

Condições Gerais Seguro de Prestamista

Índice



Conheça seu seguro____04

1. Características
2. Objetivo
3. Definições
4. Coberturas
5. Riscos Excluídos



Conheça seus prazos____07

6. Aceitação da Proposta de Contratação
7. Prazo De Carência
8. Vigência e Renovação do Seguro
9. Cancelamento do Seguro
10. Informações Sobre Risco e Declarações para a Formação Do Contrato
11. Reavaliação da Taxa do Seguro
12. Cobrança e Pagamento do Prêmio
13. Cobertura e Cancelamento em Caso de não Pagamento Do Prêmio



Conheça os valores____12

14. Capital Segurado e Despesas de Salvamento

15. Atualização dos Valores



Como utilizar____13

16. Beneficiário (s)
17. Ocorrência do Evento
18. Pagamento do Capital Segurado
19. Perícia Médica/Junta Médica
20. Perda do Direito à Indenização
21. Material de Divulgação
22. Cumprimento das Leis Anticorrupção
23. Da Violação De Leis e Normas de Embargos ou Sanções Econômicas e Comerciais
24. Tributo
25. Prescrição
26. Foro
27. Disposições Finais

Condições Especiais

Cobertura de Morte	21
Cobertura de Morte Acidental(MA)	22
Cobertura Adicional de Invalidez Permanente Total por Acidente (IPTA)	23
Cobertura Adicional de Desemprego Involuntário (DI)	25
Cobertura Adicional de Incapacidade Física Total e Temporária (ITT)	27
Cobertura Internação Hospitalar por Acidente ou Doença (IHAD)	29
Condições Especiais da Cobertura de Perda de Renda (PR)	32

Condições Gerais do Seguro Prestamista

1. CARACTERÍSTICAS

1.1. A METROPOLITAN LIFE SEGUROS E PREVIDÊNCIA PRIVADA S.A., doravante denominada Seguradora, institui o Seguro Individual Prestamista de Capital Fixo, descrito nestas Condições Gerais, nas Condições Especiais e demais Condições Contratuais.

2. OBJETIVO

2.1. O objetivo do Seguro Prestamista é amortizar ou custear, total ou parcialmente, Obrigação ou dívida assumida junto ao Credor pelo Segurado, caso este venha a sofrer um dos eventos previstos no Contrato, **até o limite do respectivo Capital Segurado, exceto se decorrentes de Riscos Excluídos e desde que respeitadas as disposições destas Condições Gerais, das Condições Especiais, da Apólice de Seguro e legislação aplicável.**

3. DEFINIÇÕES

3.1. Acidente Pessoal: é o evento com data caracterizada, exclusivo e diretamente externo, súbito, involuntário e violento, causador de lesão física que, por si só e independentemente de toda e qualquer outra causa, tenha como consequência direta a Morte ou a Invalidez Permanente Total ou torne necessário o afastamento do Segurado.

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

- a)** suicídio, ou a sua tentativa, após dois anos de contratação do seguro, que será equiparado, para fins de Indenização, a acidente pessoal, observada legislação em vigor;
- b)** acidentes decorrentes de ação da temperatura do ambiente ou influência atmosférica, quando a elas o Segurado ficar sujeito em decorrência de acidente coberto;
- c)** acidentes decorrentes de escapamento acidental de gases e vapores;
- d)** acidentes decorrentes de sequestros e suas tentativas;
- e)** acidentes decorrentes de alterações anatômicas ou funcionais da coluna vertebral, de origem traumática, causadas exclusivamente por fraturas ou luxações, radiologicamente comprovadas;

3.1.2. Excluem-se do conceito de Acidente Pessoal:

- a) doenças, quaisquer que sejam suas causas, ainda que agravadas, direta ou indiretamente por acidente; ressalvadas as infecções,**

- b) estados septicêmicos e embolias, resultantes de ferimento visível causado por acidente coberto;**
- c) intercorrências ou complicações em consequência da realização de exames, de tratamentos clínicos ou cirúrgicos, quando não decorrentes de acidente coberto;**
- d) quaisquer doenças, conforme apuradas nos termos dessa Apólice, mesmo as consideradas acidentes pela legislação previdenciária**
- e) 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. Apólice Individual: é o documento emitido pela Seguradora que formaliza a aceitação da(s) cobertura(s) contratada(s) pelo Segurado.

3.3. Beneficiários: são as pessoas físicas ou jurídicas que, em decorrência de Sinistro coberto, farão jus ao recebimento do valor do Capital Segurado.

3.4. Capital Segurado: é o valor máximo a ser pago pela Seguradora para a Cobertura contratada, em caso de ocorrência de Evento Coberto. Nenhuma Indenização será superior ao Capital Segurado.

3.5. Carência: é o período de tempo ininterrupto contado da data do início de vigência da Apólice individual do Seguro ou do aumento do capital, durante o qual o Segurado permanece no seguro sem ter direito as Coberturas contratadas, sem prejuízo do pagamento dos Prêmios individuais.

3.6. Cláusula Adicional: é o conjunto de disposições que descreve especificamente cada uma das Coberturas adicionais contratadas passando a ser parte integrante do Seguro.

3.7. Coberturas: É a designação genérica utilizada para indicar as obrigações que a Seguradora assume para com o Segurado quando da ocorrência de um evento coberto, desde que constantes na Apólice individual.

3.8. Condições Gerais: é o conjunto de cláusulas que regem um mesmo plano de seguro, estabelecendo obrigações e direitos da Seguradora, dos Segurados, e dos Beneficiários, bem como as características gerais do seguro.

3.9. Contratante: é a pessoa física ou jurídica que mantém Vínculo com o Credor, regularmente incluída e aceita no seguro. No caso de Pessoa Jurídica, o seguro será feito sobre a vida de um ou mais sócios titulares, instituidores, administradores ou empresários, conforme descrito nas Disposições Contratuais. As regras e critérios para casos em existam mais de um proponente responsável pelos pagamentos da obrigação, se houver, serão estabelecidos nas condições particulares

3.10. Condições Contratuais: é o conjunto de condições que regem a contratação, incluindo as constantes na proposta de contratação Individual e da Apólice Individual de seguro.

3.11. 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.

3.12. Credor: aquele a quem o Devedor deve pagar o valor decorrente da Obrigação contratada.

3.13. 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

3.14. Devedor: aquele que deve pagar o valor decorrente da Obrigação contratada.

3.15. Endosso / Aditivo: é o documento emitido pela Seguradora, utilizado para alterar, acrescentar ou excluir dispositivos contratuais do seguro e que fará parte integrante e inseparável da Apólice.

3.16. 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.

3.17. Franquia: é o período de tempo 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.

3.18. Início de vigência: É a data de início da qual as Coberturas de risco propostas serão garantidas pela Seguradora.

3.19. Indenização: é o valor descrito na Apólice Individual de Seguro que a Seguradora deverá pagar ao Beneficiário quando da ocorrência de um Evento Coberto. A Indenização está limitada ao Capital Segurado individual contratado para cada uma das Coberturas.

3.20. 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..

3.21. Obrigação: produto, serviço ou compromisso financeiro a que o Segurado está atrelado, com Vínculo contratual entre Credor ou Devedor, que confere ao Credor o direito de exigir do Devedor o pagamento do valor correspondente.

3.22. Prêmio: é o valor a ser pago à Seguradora em contraprestação às Coberturas contratadas. Cada Cobertura determinará a cobrança de um Prêmio correspondente.

3.23. Proponente: é a pessoa física ou jurídica que solicita a contratação do seguro, e que passará à condição de Segurado somente após a sua aceitação pela Seguradora.

3.24. Profissional Autônomo e liberal regulamentado: é a pessoa que exerce sua atividade profissional, por conta própria e com aceitação de seus próprios riscos, e que comprova seus rendimentos através de documento contábil comprobatório da atividade profissional, e que seja contribuinte regular da previdência social.

3.25. Profissional Autônomo e liberal NÃO regulamentado: é a pessoa que exerce sua atividade profissional, por conta própria e com aceitação de seus próprios riscos, e que NÃO tem como comprovar seus rendimentos através de contrato ou documento contábil comprobatório da atividade profissional.

3.26. Questionário de Avaliação de 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;

3.27. Riscos Excluídos: são aqueles riscos, previstos nas Condições Gerais, e demais Disposições Contratuais que não serão cobertos pelo presente seguro.

3.28. Segurado: pessoa física sobre a qual se procederá a avaliação do risco e se estabelecerá o seguro.

3.29. 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.

3.30. Sinistro: é a ocorrência de um Evento Coberto pelas Coberturas contratadas, desde que, estas estejam em vigor e capaz de acarretar obrigações pecuniárias à Seguradora.

4. COBERTURAS

As Coberturas deste seguro são:

4.1. Básicas:

- Morte
- Morte Acidental

É obrigatória a contratação de ao menos uma das Coberturas básicas acima indicadas, sendo facultativa a contratação de Coberturas adicionais.

4.2. Adicionais:

Poderão ser contratadas as Coberturas adicionais a seguir mencionadas, desde que obedecidas às conjugações permitidas pela Seguradora:

- Morte
- Morte Acidental
- Invalidez Permanente Total por Acidente (IPTA)
- Desemprego Involuntário (DI)
- Incapacidade Física Total e Temporária (ITT)
- Internação Hospitalar por Acidente ou Doença (IHAD)
- Perda de Renda (PR)

4.3. A(s) cobertura(s) contratada(s) será(ão) expressa(s) contratualmente e na Apólice Individual do Seguro, sendo a básica obrigatória e as demais facultativas.

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

4.4.1. Perda de Renda (PR) quando contratadas as Cláusulas de Desemprego Involuntário (DI), Incapacidade Total e Temporária (ITT) e Internação Hospitalar por Acidente ou Doença (IHAD)

4.5. As coberturas previstas nestas Condições Gerais somente terão validade quando contratadas e expressamente incluídas na Apólice pelo Contrato e/ou seu Aditivo e constarão nas Apólices Individuais do Seguro.

4.6. A definição de cada uma das coberturas nestas Condições Gerais, seus respectivos objetivos, seus Riscos Excluídos específicos, capital(is) Segurado(s) e demais disposições estão determinados nas condições especiais correspondentes às respectivas coberturas.

5. RISCOS EXCLUÍDOS

5.1. Além dos riscos expressamente excluídos apresentados no Conceito de Acidente Pessoal, item 3.1.2. 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) 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, declarada ou não, de guerra química ou bacteriológica, de guerra civil, invasão, hostilidade, insurreição de poder militar ou usurpado, guerrilha, revolução, agitação, motim, revolta, sedição, sublevação, atos de terrorismo ou outras perturbações da ordem pública e delas decorrentes, excetuando-se os casos de prestação de serviço militar, ou de atos de humanidade em auxílio de outrem;

c) doenças e acidentes preexistentes 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. Em relação as doenças preexistentes, excepcionalmente, mediante expresso acordo entre Seguradora e Segurado, poderá ser excluída da Cobertura Doenças Preexistentes específicas declaradas no Questionário de Risco que integra a Proposta de Adesão.

Nestas hipóteses, o certificado individual discriminará a(s) doença(s) preexistente(s) objeto(s) de exclusão de cobertura.

d) d) suicídio voluntário ou sua tentativa nos 2 (dois) primeiros anos de vigência, ou da recondução do contrato, quando suspenso, contados:

- do início de vigência individual do seguro; ou

- da solicitação de aumento de Capital Segurado feita exclusivamente pelo Segurado/Credor. Nesta hipótese a exclusão somente se aplica à diferença do Capital Segurado aumentado;

- A presente exclusão não será aplicável se comprovado que o suicídio decorreu de grave ameaça ou legítima defesa de terceiro

e) atos ilícitos dolosos praticados pelo Segurado, pelo Beneficiário ou pelo representante legal, de um ou de outro, ou ainda pelos sócios controladores, dirigentes e administradores do Credor;

f) tufões, furacões, ciclones, terremotos, maremotos, erupções vulcânicas e outras convulsões da natureza;

g) epidemias, pandemias, envenenamento de caráter coletivo ou qualquer outra causa física que atinja maciçamente a população, assim declaradas por órgão competente.

h) prática de atos reconhecidamente perigosos que não sejam motivados por necessidade justificada, excetuando-se quando a morte ou a incapacidade decorrer do trabalho, utilização de meios de transporte mais arriscados, de prestação de serviço militar, da prática de esporte ou de atos de humanidade em auxílio de outrem.

5.2. Na hipótese de o sinistro decorrer de ato doloso praticado por um dos beneficiários contra a vida do segurado, será excluído da Cobertura o Beneficiário

responsável, mantendo-se o direito dos demais Beneficiários ao recebimento da indenização, proporcionalmente ao valor que lhes couber.

5.2.1. Não haverá Cobertura securitária, para nenhum Beneficiário, quando o Seguro tiver sido celebrado com o objetivo de fraudar a Seguradora, inclusive nos casos em que o sinistro tenha sido premeditado ou provocado com essa finalidade.

6. ACEITAÇÃO DA PROPOSTA DE CONTRATAÇÃO

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

6.2. A inclusão individual deverá ser realizada mediante Proposta de Contratação. As Condições Gerais deste Seguro deverão estar à disposição dos Segurados.

6.3. Poderão ser feitas outras exigências para aceitação dos componentes no grupo, como o preenchimento do Questionário de Avaliação de Risco, incluindo a Declaração Pessoal ou prova de saúde.

6.4. A aceitação do seguro estará sujeita à análise do risco pela Seguradora. Para a aceitação, a Seguradora poderá exigir informações, declarações, documentos ou exames médicos para auxiliar na avaliação do risco.

6.5. O Proponente deverá preencher Proposta de Adesão que será submetida à análise de risco da Seguradora.

6.6. O prazo para aceitação ou recusa da Proposta de Adesão será de 25 (vinte e cinco) dias, sendo certo que a recusa da Proposta de Adesão deve ser comunicada por escrito.

6.7. A Seguradora poderá solicitar esclarecimentos ou a produção de exames ou documentos complementares. Neste caso, o prazo de 25 (vinte e cinco) dias previsto no item anterior será interrompido, tendo novo início a partir da data do recebimento pela Seguradora das informações adicionais solicitadas.

6.8. Decorrido o prazo de 25 (vinte e cinco) dias, sem que tenha havido manifestação da Seguradora, a Proposta de Adesão será considerada como automaticamente aceita. Caso a Proposta de Adesão não seja aceita pela Seguradora, a recusa será comunicada e justificada por escrito ao Pretendo Segurado ou Proponente e o respectivo Prêmio eventualmente pago a título de cobertura provisória será devolvido, no prazo máximo de 10 (dez) dias corridos, devidamente atualizado pelo IPCA/IBGE (Índice de Preços ao Consumidor Amplo), em caso de extinção do IPCA/IBGE, a atualização de que trata este item será feita pelo índice de IPC/FIPE (Preços ao Consumidor/ Fundação Instituto de

Pesquisas Econômicas da Universidade de São Paulo), desde a data do pagamento até a data da efetiva devolução.

6.8.1. É facultado à Seguradora solicitar, para efeito de aceitação, informação ao Proponente ou ao Segurado quanto à contratação de outros seguros de pessoas com Coberturas concomitantes.

6.9. O Segurado está obrigado a comunicar à Seguradora, logo que saiba, qualquer fato suscetível de agravar relevantemente o risco coberto.

6.9.1. O Segurado que dolosamente descumprir o dever previsto no item 6.9 perde a garantia, sem prejuízo da dívida de prêmio e da obrigação de ressarcir as Despesas Incorridas pela seguradora.

6.9.2. Quando o descumprimento do dever previsto no item 6.9. não for doloso, o Segurado fica obrigado a pagar a diferença de prêmio apurada ou, se a garantia for tecnicamente impossível ou o fato corresponder a tipo de risco que não seja normalmente subscrito pela Seguradora, perderá a cobertura.

6.9.3. A Seguradora poderá, no prazo de 20 (vinte) dias após o recebimento do aviso de relevante agravamento do risco, cobrar do Segurado ou do Credor (em se tratando de seguro não contributivo) a diferença de prêmio para o risco agravado ou, em se tratando de um risco tecnicamente impossível, dar ciência ao Segurado, por escrito, de sua decisão de cancelar o seguro, mediante notificação ao Segurado e/ou ao Credor.

6.9.4. Caso o aumento do Prêmio proposto 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.

6.9.5. Considera-se riscos tecnicamente impossíveis de garantia:

- a) riscos novos que impliquem em um aumento ou redução do valor segurável igual ou superior a 20% (vinte por cento) do Capital Segurado já contratado,
- b) riscos novos que não são da mesma natureza do interesse segurável deste seguro e/ou são de ramos não operados pela Seguradora ou, ainda que operados, não habitualmente negociados pela Seguradora,
- c) riscos novos para os quais a Seguradora não esteja apta a obter, em condições técnicas e comerciais satisfatórias, resseguro e/ou cosseguro e
- d) riscos novos cujo impacto atuarial altere substancialmente as reservas matemáticas da Seguradora.

6.9.6. 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.

6.9.7. 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.

6.9.8. O pagamento da indenização será recusado se comprovado o nexo causal entre o agravamento relevante do risco e o fato gerador do sinistro.

6.9.9. Caso ocorra uma redução relevante do risco segurado, o Segurado ou o Credor 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.

6.9.10. 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.

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

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

7. PRAZO DE CARÊNCIA

7.1. Poderá ser estabelecido Prazo de Carência, durante o qual a Seguradora não será responsável pelo pagamento da indenização da respectiva Cobertura.

7.2. O Prazo de Carência não será aplicável na renovação ou substituição do Seguro, ainda que com outra Seguradora.

7.3. Para os fins deste Seguro, a caracterização da substituição somente ocorrerá no caso de a substituição ter sido informada pelo proponente na contratação deste Seguro.

7.4. 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, se houver.

7.5. Durante o Prazo de Carência estão excluídos da Cobertura os sinistros cuja causa exclusiva ou principal corresponda a estados patológicos preexistentes à fase de Proposta de Seguro não informados no Questionário de Risco.

7.6. A Carência poderá ser total ou parcial, abrangendo exclusivamente as coberturas não relacionadas a Acidente Pessoal, para as quais não há Carência.

7.7. Na hipótese de aumento do Capital Segurado, o Seguro estará sujeito a novo Prazo de Carência, contado a partir da data do início de vigência do aumento, exclusivamente aplicável ao aumento solicitado.

7.8. Não há Cobertura para o suicídio voluntário ou sua tentativa nos 2 (dois) primeiros anos de Vigência do Seguro, ou da sua recondução, quando suspenso, contados:

**a) do Início de Vigência individual do Seguro; ou
b) da solicitação de aumento de Capital Segurado feita exclusivamente pelo Segurado e/ou Credor. Nesta hipótese a exclusão somente se aplica à diferença do Capital Segurado que foi elevado;**

7.9. O Prazo de Carência não será aplicável se comprovado que o suicídio decorreu de grave ameaça ou legítima defesa de terceiro.

7.10. Este seguro funciona no modelo de repartição simples, o que significa que não há acumulação de reservas financeiras individuais. Por isso, se ocorrer suicídio durante o período de carência, não há valores a serem devolvidos ao Segurado ou aos Beneficiários

8. VIGÊNCIA E RENOVAÇÃO DO SEGURO

8.1. O início de vigência do seguro desde que o proponente seja aceito no seguro, terá seu início às (vinte e quatro) horas e término de vigência do seguro às 24:00 (vinte e quatro) horas das datas indicadas, respectivamente, na Apólice

8.2. O prazo de vigência do Contrato de seguro será de 1 (um) ano, quando outro prazo não for estabelecido contratualmente ou na Apólice Individual do Seguro.

8.3. Nas Apólices de seguro cujas propostas tenham sido recepcionadas, sem pagamento de prêmio, o início de vigência da cobertura deverá coincidir com a data de aceitação da proposta ou com data distinta, desde que expressamente acordada entre as partes.

8.4. As Apólices de seguro cujas propostas tenham sido recepcionadas, 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 sociedade seguradora,

8.5. Caso o credor e o devedor repactuarem o prazo original da Obrigação, a Seguradora deverá ser formalmente comunicada.

8.5.1. Na hipótese de redução do prazo original da Obrigação, o seguro permanecerá vigente até o término do novo prazo, sem prejuízo, se for o caso, da devolução do prêmio correspondente ao período remanescente; ou

8.5.2. Na hipótese da ampliação do prazo original da Obrigação, a Seguradora deverá se manifestar, dentro do prazo fixado na regulamentação aplicável, quanto ao interesse na extensão da vigência do seguro, bem como eventual ajuste do prêmio correspondente.

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

8.7. A Apólice será automaticamente renovada, salvo manifestação expressa em contrário da Seguradora ou do Segurado, comunicada com antecedência mínima de 30 (trinta) dias do término da vigência.

9. CANCELAMENTO DO SEGURO

9.1. A Apólice Individual poderá ser cancelada:

- a) no final do prazo de vigência da Apólice se esta não for renovada;**
- b) a qualquer tempo, por mútuo acordo entre Seguradora e o Segurado respeitado o aviso prévio de 30 (trinta) dias;**
- c) automaticamente, se houver dolo, culpa grave ou prática de fraude por parte do Credor ou Segurado, no ato da contratação ou durante toda a vigência da Apólice;**
- d) pelo atraso no pagamento do Prêmio superior a 90 (noventa) dias consecutivos ou alternados, nos termos do item 11 destas Condições Gerais.**
- e) Em caso de extinção antecipada da obrigação, o seguro estará automaticamente cancelado, devendo a seguradora ser formalmente comunicada, sem prejuízo, se for o caso, da devolução do prêmio pago referente ao período a decorrer.**
- f) A pedido do Segurado a qualquer tempo, ainda que anteriormente à extinção da Obrigação**
- g) com o pagamento de Indenização em decorrência das Coberturas de Morte, Morte Acidental ou Invalidez Permanente Total por Acidente;**
- h) imediatamente, se constatada uma das hipóteses previstas na cláusula “Perda do Direito a Indenização” destas Condições Gerais.**

9.2. Exclusivamente para os casos em que o capital segurado for baseado no saldo devedor:

- a) com o desaparecimento do vínculo entre o segurado e o credor, em função da quitação da dívida contraída;**
- b) quando ocorrer a quitação antecipada da Obrigação.**

9.3. As Apólices Individuais não poderão ser canceladas durante a vigência pela seguradora sob a alegação de alteração da natureza dos riscos.

9.4. O Segurado poderá solicitar o cancelamento da Apólice Individual a qualquer tempo, ainda que anteriormente à extinção da Obrigação.

9.5. 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.

9.6. 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.

9.7. Quando o seguro for feito sobre a vida ou integridade física de outra pessoa que não seja o pretense Segurado, 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.

9.8. 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.

9.9. Deverão ser declarados todos os elementos de que o Proponente e o Credor tenham conhecimento sobre o interesse e o risco a serem garantidos, conforme as regras ordinárias de conhecimento e boa-fé. Essas declarações configurar-se-ão para fins de agravamento do risco como se tivessem sido questionadas pela Seguradora.

9.10. 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.

9.11. A omissão ou erro culposos acarretará a redução proporcional da Cobertura, conforme a diferença entre o

Prêmio pago e o que seria devido com base nas informações corretas.

9.12. 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.

9.13. 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 houver qualquer interesse legítimo do contratante sobre a vida do segurado.

9.14. 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 ou Credor.

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

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

10.1. O contrato de seguro será nulo se, na data de sua celebração, a Seguradora, pretendo 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.

10.2. 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.

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

10.4. Os Intervenientes, Proponente, Pretendo 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.

10.5. Deverão ser declarados todos os elementos de que o Proponente e o Estipulante tenham conhecimento sobre o interesse e o risco a serem garantidos, conforme as regras ordinárias de conhecimento e boa-fé. Essas declarações configurar-se-ão para fins de agravamento do risco como se tivessem sido questionadas pela Seguradora.

10.6. 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.

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

10.8. 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.

10.9. 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 houver qualquer interesse legítimo do contratante sobre a vida do segurado.

10.10. 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 ou Estipulante.

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

11. REAVALIAÇÃO DA TAXA DO SEGURO

11.1. A Seguradora poderá no aniversário da Apólice Individual recalcular a taxa do seguro se a natureza dos riscos do seguro tornar-se inviável ou prejudicar o equilíbrio financeiro-atuarial.

12. COBRANÇA E PAGAMENTO DO PRÊMIO

12.1. A responsabilidade do pagamento do Prêmio poderá ser do Segurado ou do credor, no caso em que a cobrança for feita diretamente a este, conforme estabelecido contratualmente.

12.2. A periodicidade e a forma de pagamento dos Prêmios serão definidas no Contrato do seguro, de acordo com o número de parcelas da obrigação contratada..

12.3. Quando a data limite para pagamento do Prêmio cair em dia em que não haja expediente bancário o pagamento do Prêmio poderá ser efetuado no primeiro dia útil em que houver expediente bancário.

12.4. É vedado ao Credor recolher dos Segurados, a título de Prêmio, qualquer valor além daquele fixado pela Seguradora e a ela devido. Caso o Credor receba, juntamente com o Prêmio, qualquer quantia que lhe seja devida, a qualquer título, fica obrigado a destacar no documento utilizado na cobrança o valor do Prêmio de cada Segurado.

12.5. É vedada a cobrança de qualquer taxa de inscrição ou intermediação nos planos de Seguro.

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

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

12.8. Devem ser observados os encargos estabelecidos em Contrato firmado entre o Segurado e o Credor, encargos estes totalmente desvinculados dos encargos indicados no item 11.6.

12.9. As regras e critérios para casos em existam mais de um proponente responsável pelos pagamentos da Obrigação,

se houverem, serão estabelecidos na proposta de contratação.

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

12.11. O não pagamento da primeira parcela ou do prêmio único até o vencimento, implicará no cancelamento automático do Seguro, sem direito à cobertura, salvo disposição contratual expressa em sentido contrário.

12.12. Em caso de atraso no pagamento de qualquer parcela do prêmio, exceto a primeira, superior a 45 (quarenta e cinco) dias consecutivos ou alternados, o Segurado será notificado por meio idôneo, com comprovação de recebimento, para regularizar o(s) pagamento(s) no prazo mínimo de 15 (quinze) dias.

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

12.14. Decorridos os prazos previstos na notificação de inadimplência, e não havendo a purgação da mora, a Seguradora estará suscetível à suspensão da Cobertura e poderá enviar nova notificação ao Segurado, informando sobre sua decisão em cancelar o Seguro, independentemente de haver parcela(s) em atraso intercalada(s) com parcela(s) paga(s).

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

12.16. 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.

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

12.18. 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.

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

13. COBERTURA E CANCELAMENTO EM CASO DE NÃO PAGAMENTO DO PRÊMIO

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

13.2. O Segurado deverá pagar as faturas em atraso, acrescidas dos encargos previstos no item 11.6, no prazo mencionado no item 11.12.

13.3. Ocorrendo Sinistro no período de inadimplência, antes do cancelamento final do seguro, a Seguradora realizará o pagamento do Capital Segurado ao(s) Beneficiário(s), sem prejuízo da cobrança dos Prêmios em atraso, mediante o abatimento do prêmio devido do valor da indenização.

13.4. 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. CAPITAL SEGURADO E DESPESAS DE SALVAMENTO

14.1. O Capital Segurado será fixo, ou seja, mantendo-se sem variação ao longo da vigência, independentemente da evolução do valor da Obrigação, conforme estabelecido nas Condições Contratuais e na Apólice Individual do Seguro, respeitado o limite máximo aplicável.

14.2. Para a(s) cobertura(s) adicional(is), se contratada(s), o Capital Segurado poderá corresponder ao próprio valor da Obrigação ou a parcelas fixas referentes a este, de acordo com o estabelecido nas Condições Contratuais.

14.3. O valor máximo de cada parcela e a quantidade máxima de parcelas indenizáveis, serão estabelecidos nas Condições Contratuais e na Apólice Individual do Seguro.

14.4. A Seguradora reembolsará as despesas comprovadamente incorridas pelo Segurado ou por Terceiros, com medidas tecnicamente adequadas 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.

14.5. 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.

14.6. Percentual fixado do (LMI) - Serão reembolsáveis os valores comprovadamente despendidos, limitados à de até 1% 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, limitado ao máximo de R\$ 10.000,00 (dez mil reais).

14.7. 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.

14.8. A seguradora não estará obrigada a custear: (a) Despesas de contenção ou salvamento relativas à prevenção ordinária, incluindo qualquer tipo de manutenção, as quais são de responsabilidade exclusiva do Segurado; e (b) Despesas com medidas notoriamente inadequadas ou desproporcionais ao risco, considerando a garantia contratada para o tipo de sinistro iminente ou verificado.

14.9. 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.

14.10. A ocorrência de sinistros com efeitos parciais importa em redução do valor da garantia aplicável.

14.11. A seguradora não estará obrigada a custear:
a) Despesas de contenção ou salvamento relativas à prevenção ordinária, incluindo qualquer tipo de manutenção, as quais são de responsabilidade exclusiva do Segurado.
b) Despesas com medidas notoriamente inadequadas ou desproporcionais ao risco, considerando a garantia contratada para o tipo de sinistro iminente ou verificado.

14.12. A Seguradora somente suportará despesas incorridas pelo Segurado, ou por Terceiros, que venham a exceder o limite contratado quando essas despesas quando essas despesas se referirem diretamente a medidas expressamente recomendadas ao Segurado pela Seguradora e comprovadamente cumpridas pelo Segurado ou Terceiro.

14.13. 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.

15. ATUALIZAÇÃO DOS VALORES

15.1. Para esta modalidade de capital (fixo), o Capital Segurado bem como o Prêmio serão atualizados anualmente pela variação do Índice de Preços ao Consumidor Amplo (IPCA/IBGE).

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

16. BENEFICIÁRIOS

16.1. O primeiro Beneficiário é o próprio Credor até o valor do saldo devedor da Obrigação contraída ou do compromisso assumido, trazido a valor presente na data do evento, conforme estabelecido contratualmente e limitado ao Capital Segurado contratado.

16.2. Nos casos em que o Capital Segurado ultrapassar o saldo devedor da Obrigação ou do compromisso assumido junto ao Credor, a diferença será paga ao(s) Beneficiário(s), previamente indicado(s) pelo Segurado, no caso de seu falecimento, ou ao próprio Segurado, nas demais Coberturas. **Não havendo indicação de Beneficiário(s), a Indenização será paga de acordo com o que estabelece a lei.**

17. OCORRÊNCIA DO EVENTO

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

17.2. 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.

O descumprimento doloso dos deveres previstos nesta cláusula 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.

17.3. 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.

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

18. PAGAMENTO DO CAPITAL SEGURADO

18.1. Para o recebimento da Indenização, deverá ser comprovada satisfatoriamente a ocorrência do evento, bem como todas as circunstâncias a ele relacionadas, facultado à Seguradora quaisquer medidas tendentes à elucidação do fato.

18.2. 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.

18.3. A Seguradora terá o prazo máximo de 30 (trinta) dias para manifestar-se expressamente sobre a existência de cobertura, sob pena de não poder mais recusá-lo, prazo este contado da data de recebimento do aviso de sinistro totalmente preenchido, a apresentação dos documentos previstos na Cobertura pleiteada e documentos e informações adicionais que contenham os elementos mínimos de aviso de sinistro listados na Apólice.

18.4. Os documentos e informações enviados devem ser adequadamente nomeados e estar legíveis e/claros.

18.5. Os documentos básicos para a análise da Cobertura estão expressamente listados no item das condições especiais de cada Cobertura.

18.6. A diferença entre a parcela da Indenização devida ao Credor e o Capital Segurado apurado na data do evento coberto, se houver, deverá ser paga ao próprio Segurado ou ao segundo Beneficiário indicado, conforme dispuserem as Condições Gerais.

18.7. 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 manifestou-se sobre a existência de Cobertura.

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

18.8.1. Para as Coberturas adicionais de Desemprego Involuntário, Incapacidade Física Total e Temporária e Perda de Renda, se contratadas, o pagamento do Capital Segurado poderá ser efetuado sob forma de parcela(s) mensal(is), enquanto o Segurado permaneça na condição de desempregado ou incapacitado, **sempre observado o valor limite de parcelas/capital contratado e constante na apólice individual do Seguro.**

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

18.10. 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 30 (trinta) dias.

18.11. Caso ao final do prazo indicado no item 17.10 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.

18.12. 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.

18.13. As parcelas em atraso, juros e/ou multas decorrentes de eventual inadimplência no pagamento da obrigação por parte do segurado serão incorporados ao valor do capital segurado e consequentemente à indenização a ser paga ao primeiro beneficiário em caso de sinistro coberto.

18.14. Independentemente dos documentos acima, a Seguradora poderá consultar, livremente e a seu critério exclusivo, especialistas de sua indicação, para apurar comprovação ou não do evento.

18.15. Os documentos elencados nas Condições Gerais e nas Coberturas contratadas são um rol exemplificativo/sugestivo de documentos que podem conter os elementos necessários à regulação. Em caso de dúvida fundada e justificável, a Seguradora poderá solicitar documentos complementares que sejam necessários para a completa elucidação do sinistro, desde que tais documentos possam ser produzidos pelo Segurado ou Beneficiário e a solicitação seja devidamente justificada.

18.16. 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 17.3. por, no máximo, 1 (uma) vez, reiniciando-se a contagem no primeiro dia útil subsequente ao atendimento integral da solicitação.

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

18.18. Iniciado o processo de regulação de sinistro, caso não sejam entregues no prazo de 150 os documentos adicionais que vierem a ser solicitados pela Seguradora, o processo de regulação será extinto e a cobertura será automaticamente negada em razão da falta de elementos essenciais necessários ao processo de regulação e liquidação de sinistro.

18.19. Os elementos essenciais para aferição e decisão sobre a existência de Cobertura, referentes à presente Cobertura são:

- (i) o aviso de sinistro totalmente preenchido e assinado
- ii) a entrega dos documentos associados à Cobertura pleiteada, conforme abaixo:

18.20. Para a análise do pagamento da Indenização, respeitado o disposto nas Condições Gerais neste item 17, além do aviso de sinistro devidamente preenchido, deverão ser apresentados os seguintes documentos:

a) Morte

Não decorrente de acidente:

- Aviso de Sinistro preenchido e assinado (formulário padrão MetLife);
- 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 da Certidão de Óbito;
- Cópia do RG (Carteira de Identidade) e CPF (Cadastro de Pessoa Física);
- Cópia do Contrato de Financiamento;
- Declaração do Credor informando o saldo devedor, demonstrando o cálculo trazido a valor presente;

Documentação para habilitação do(s) Beneficiário(s):

- Cópia do RG (carteira de identidade), CPF (Cadastro de Pessoa Física) e comprovante de residência do(s) Beneficiário(s);
- “Autorização para Crédito” em conta corrente nominal a cada um do(s) Beneficiário(s);
- Cônjuge: Certidão de Casamento atualizada;

- Companheiro(a): Comprovação de união estável por ocasião da ocorrência do Sinistro;
- Filhos: Caso não tenha RG (carteira de identidade) e CPF (Cadastro de Pessoa Física), enviar Certidão de Nascimento;
- Pais ou Outros: RG (carteira de identidade), CPF (Cadastro de Pessoa Física)

b) Morte Acidental

Além dos documentos relacionados na alínea a) acima, providenciar:

- Cópia do Boletim de Ocorrência Policial (B.O.), se houver;
- Cópia do Laudo Necroscópico - I.M.L. (Instituto Médico-Legal), se realizado;
- Cópia da CNH (Carteira Nacional de Habilitação) em caso de acidente com veículo dirigido pelo Segurado;
- Cópia do Laudo do Exame de Dosagem Alcoólica e/ou Toxicológico, se houver;
- Cópia da perícia do local de acidente, se houver.

c) Invalidez Permanente Total por Acidente (IPTA)

- Aviso de Sinistro preenchido e assinado (formulário padrão MetLife);
- 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 “Autorização para Crédito” preenchido e assinado pelo Segurado;
- Cópia do RG (carteira de identidade), C.P.F. (Cadastro de Pessoa Física) e comprovante de residência do Segurado;
- Cópia do Boletim de Ocorrência Policial (B.O.) ou da Comunicação de Acidente de Trabalho (C.A.T.), se houver;
- Cópia da CNH (Carteira Nacional de Habilitação) em caso de acidente com veículo dirigido pelo Segurado;
- Cópia do Laudo do Exame de Dosagem Alcoólica e/ou Toxicológico, se houver
- Cópia do Contrato de Financiamento;
- Declaração do Credor informando o saldo devedor, demonstrando o cálculo trazido a valor presente.

Na hipótese de Contratantes Pessoa Jurídica, para as Coberturas de Morte, Morte Acidental ou Invalidez Permanente Total por Acidente, além dos documentos mencionados acima:

- Cópia do Contrato Social e última alteração que comprove a participação societária do Segurado há no mínimo 06 (seis) meses antes da data do evento coberto da empresa devedora ou Ficha Cadastral de Empresário Individual devidamente registrada na Junta Comercial ou Comprovante de cadastro de Microempreendedor Individual

d) Desemprego Involuntário (DI)

- Aviso de Sinistro preenchido e assinado (formulário padrão MetLife);
- formulário “Autorização para Crédito de Indenização” (formulário padrão MetLife) devidamente preenchido e assinado pelo Segurado;
- Cópia autenticada da Carteira de Trabalho, página da foto e qualificação civil, página do último Contrato de Trabalho, folha posterior ao Contrato (a autenticação deverá ocorrer após cumprido o período de franquia) e da página que comprove o recebimento do Seguro Desemprego, quando houver; ou Carteira de Trabalho Digital e documentos complementares (Contrato de trabalho) documento físico, e que se fizeram necessário no momento da análise.
- Cópia do RG (carteira de identidade), CPF (Cadastro de Pessoa Física) e do comprovante de residência do Segurado;
- Cópia do Contrato de Financiamento
- Cópia autenticada do Termo de Rescisão do Contrato de Trabalho homologado no TRT ou Sindicato;
- Cópia autenticada da Autorização de Movimento do Fundo de Garantia por Tempo de Serviço (FGTS);
- Cópia autenticada do último extrato do Fundo de Garantia por Tempo de Serviço caso tenha sido fornecido pela empresa;
- Declaração do Credor informando o saldo devedor, demonstrando o cálculo trazido a valor presente.

e) Incapacidade Física Total e Temporária (ITT)

(*) Importante: a Seguradora poderá solicitar a atualização mensal destas informações ao Segurado, nesta hipótese, a não apresentação poderá ensejar a suspensão do pagamento da Indenização.

- Aviso de Sinistro preenchido e assinado (formulário padrão MetLife);
- formulário “Autorização para Crédito de Indenização” (formulário padrão MetLife), devidamente preenchido e assinado pelo Segurado;
- Cópia do RG (carteira de identidade), CPF (Cadastro de Pessoa Física) e do comprovante de residência do Segurado;
- Exames médicos complementares realizados;
- Cópia do Contrato de Financiamento
- Comprovante de recolhimento do INSS ou Recibo de Pagamento Autônomo (RPA) - os três últimos anteriores ao afastamento - ou Declaração do imposto de renda ou Carnê leão – último;
- Cópia da comprovação contábil/fiscal da atividade profissional nos 3 (três) meses que antecedem ao afastamento;
- Declaração do Credor informando o saldo devedor, demonstrando o cálculo trazido a valor presente.

f) Internação Hospitalar Por Acidente ou Doença (IHAD)

- Aviso de sinistro preenchido e assinado (formulário padrão MetLife);

- Formulário “Autorização de Pagamento de Indenização” (formulário padrão MetLife), devidamente preenchido e assinado pelo Segurado ou, quando for o caso, por cada um dos Beneficiários;
- Cópias do RG (cédula de identidade), CPF (Cadastro de Pessoas Físicas) e comprovantes de residência do Segurado e, quando for o caso, de cada um dos Beneficiários;
- Cópia do Prontuário Hospitalar completo;
- Declaração assinada e carimbada por representante do Hospital indicando data e hora de entrada e de alta hospitalar, mencionando períodos de enfermagem e UTI;
- Cópia do BO (Boletim de Ocorrência Policial) e/ou CAT (Comunicação de Acidente do Trabalho), se houver;
- Cópia da CNH (Carteira Nacional de Habilitação), em caso de acidente com veículo dirigido pelo Segurado;
- Cópia do Laudo do Exame de Dosagem Alcoólica e/ou Toxicológico, se realizado(s);
- Cópia do laudo da perícia técnica realizada no local do acidente, se houver;
- Cópia do resultado de exames complementares realizados;
- Todos os resultados de exames comprobatórios do acidente ou doença, de Clínicas, Consultórios e Hospitais, exames laboratoriais, laudo do médico-assistente e quaisquer outros documentos referentes ao evento.
- Laudo de Exame de Corpo Delito (IML) quando realizado.

g) Perda de Renda (PR)

Pagamento da Indenização em caso de Segurado que trabalhe sob regime CLT.

- Aviso de Sinistro preenchido e assinado (formulário padrão MetLife);
- Cópia autenticada da Carteira de Trabalho, página da foto e qualificação civil, página do último Contrato de Trabalho, folha posterior ao Contrato (a autenticação deverá ocorrer após cumprido o período de franquia) e da página que comprove o recebimento do Seguro Desemprego, quando houver; ou Carteira de Trabalho Digital e documentos complementares (Contrato de trabalho) documento físico, e que se fizeram necessário no momento da análise.
- Cópia do RG (carteira de identidade), CPF (Cadastro de Pessoa Física) e do comprovante de residência do Segurado;
- Cópia do Contrato de Financiamento
- Declaração do Credor informando o saldo devedor, demonstrando o cálculo trazido a valor presente, quando esta for a modalidade de cálculo da Indenização
- Cópia autenticada do Termo de Rescisão do Contrato de Trabalho homologado no TRT ou Sindicato;
- Cópia autenticada da Autorização de Movimento do Fundo de Garantia por Tempo de Serviço (FGTS);
- Cópia autenticada do último extrato do Fundo de Garantia por Tempo de Serviço caso tenha sido fornecido pela empresa.
- Extrato do Cartão de Crédito com o primeiro vencimento subsequente à data de Sinistro e que conste a Obrigação (cópia legível), quando este for o meio de pagamento do Seguro.

Pagamento da Indenização em caso de Segurado que trabalhe como Profissional Liberal ou Autônomo Regulamentado.

- Aviso de Sinistro preenchido e assinado (formulário padrão MetLife);
- Relatório médico informando desde quando o Segurado recebeu o primeiro diagnóstico do quadro médico apresentado, bem como descrição da evolução clínica e data em que iniciou o tratamento. No caso de acidente, deverá conter a data do acidente, o percentual do déficit funcional apresentado por segmento, a data de confirmação da alta médica e, obrigatoriamente, da reabilitação;
- Exames médicos complementares realizados;
- Cópia do RG (carteira de identidade), CPF (Cadastro de Pessoa Física) e do comprovante de residência do Segurado;
- Exames médicos complementares realizados;
- Cópia do Contrato de Financiamento
- Comprovante de recolhimento do INSS ou Recibo de Pagamento Autônomo (RPA) - os três últimos anteriores ao afastamento - ou Declaração do imposto de renda ou Carnê leão – último;
- Cópia da comprovação contábil/fiscal da atividade profissional nos 3 (três) meses que antecedem ao afastamento.
- Declaração do Credor informando o saldo devedor, demonstrando o cálculo trazido a valor presente, quando esta for a modalidade de cálculo da Indenização;
- Extrato do Cartão de Crédito com o primeiro vencimento subsequente à data de Sinistro e que conste a Obrigação (cópia legível), quando este for o meio de pagamento do Seguro.

Pagamento da Indenização em caso de Segurado que trabalhe como Profissional Liberal ou Autônomo NÃO Regulamentado.

- Aviso de sinistro preenchido e assinado (formulário padrão MetLife);
- Formulário “Autorização de Pagamento de Indenização” (formulário padrão MetLife), devidamente preenchido e assinado pelo Segurado ou, quando for o caso, por cada um dos Beneficiários;
- Cópias do RG (cédula de identidade), CPF (Cadastro de Pessoas Físicas) e comprovantes de residência do Segurado e, quando for o caso, de cada um dos Beneficiários;
- Cópia do Prontuário Hospitalar completo;
- Declaração assinada e carimbada por representante do Hospital indicando data e hora de entrada e de alta hospitalar, mencionando períodos de enfermagem e UTI;
- Cópia do BO (Boletim de Ocorrência Policial) e/ou CAT (Comunicação de Acidente do Trabalho), se houver;
- Cópia da CNH (Carteira Nacional de Habilitação), em caso de acidente com veículo dirigido pelo Segurado;
- Cópia do Laudo do Exame de Dosagem Alcoólica e/ou Toxicológico, se realizado(s);
- Cópia do laudo da perícia técnica realizada no local do acidente, se houver;

- Cópia do resultado de exames complementares realizados;
- Cópia da Ficha de Registro de Empregado;
- Cópia dos 3 (três) últimos comprovantes de salário;
- Todos os resultados de exames comprobatórios do acidente ou doença, de Clínicas, Consultórios e Hospitais, exames laboratoriais, laudo do médico-assistente e quaisquer outros documentos referentes ao evento.
- Laudo de Exame de Corpo Delito (IML) quando realizado

18.20.1. O não fornecimento da documentação solicitada acarreta a suspensão do prazo para pagamento da Indenização.

18.21. Independentemente dos documentos acima, a Seguradora poderá consultar, livremente e a seu critério exclusivo, especialistas de sua indicação, para apurar comprovação ou não do evento.

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

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.

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

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

18.25. As providências ou atos que a Seguradora praticar após o Sinistro não importam, por si só, no reconhecimento da obrigação de pagar qualquer Indenização.

19. PERÍCIA MÉDICA/JUNTA MÉDICA

19.1. A Seguradora poderá, a seu critério, submeter o Segurado a exame (perícia) para comprovação da invalidez e/ou avaliação do nível de incapacidade e/ou do período indicado de afastamento. No caso de divergências e dúvidas de natureza médica relacionada ao objeto do Seguro, sobre a causa, natureza ou extensão das lesões, bem como a avaliação da incapacidade ou invalidez ou ainda sobre

matéria médica não prevista expressamente na Apólice será proposta pela Seguradora, por meio de correspondência escrita ao Segurado, no prazo de 15 (quinze) dias a contar da data da contestação, a constituição de uma junta médica.

19.2. 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.

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

20. PERDA DO DIREITO À INDENIZAÇÃO

20.1. 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 Risco submetido pela Seguradora, o Segurado:

- 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;
- 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 i e ii do item 19.1 quando o interessado provar que a Seguradora tomou ciência oportunamente do sinistro e das informações por outros meios.

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

20.3. O Segurado perderá o direito à Indenização ainda pelas seguintes razões:

- inobservância das obrigações convencionadas neste Seguro;
- dolo, fraude ou sua tentativa, simulação ou culpa grave para obter ou majorar a Indenização ou ainda se o Segurado ou Beneficiário tentar obter vantagem indevida com o Sinistro;

- c) Omitir ou prestar informações falsas à Seguradora dolosamente
- d) Provocar dolosamente o sinistro, exceto quando se tratar da hipótese de suicídio, que obedecerá a disposição do PERÍODO DE CARÊNCIA;
- e) Tiver prévia ciência de prática delituosa por parte do Beneficiário em causar o sinistro.
- f) 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.
- g) cometer fraude por ocasião da reclamação do sinistro

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

21. MATERIAL DE DIVULGAÇÃO

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

22. CUMPRIMENTO DAS LEIS ANTICORRUPÇÃO

22.1. O Segurado ou seu representante, não ofertará tampouco aceitará pagamentos, 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 brasileira n.º 12.846/2013 e seu respectivo decreto n.º 11.129/22, proíbem qualquer oferta direta ou indireta, pagamento ou recebimento de dinheiro ou qualquer coisa de valor de/para qualquer pessoa (inclusive, sem limitação, qualquer servidor público, organização internacional, partido político, oficial de partido ou candidato a cargos políticos) para fins de obter, manter ou instruir negócios, garantir qualquer vantagem imprópria na condução de negócios ou aliciar a realização imprópria de qualquer função pública ou comercial. O Segurado declara e garante que durante o cumprimento de suas obrigações segundo as presentes Condições Gerais, não ofertou tampouco realizou, e concorda que não ofertará tampouco fará nenhum pagamento proibido.

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

23.1. O objetivo da presente cláusula, respeitando-se todo o conteúdo destas Condições Gerais, 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 seguro nas situações nas quais o Segurado ou seu(s) beneficiário(s) for(em) ou estiver(em) inserido(s) em listas de embargos ou sanções econômicas ou comerciais expedidas por órgãos nacionais ou internacionais de combate a lavagem de dinheiro e financiamento ao terrorismo ou esteja(m) sujeito(s) as sanções previstas na legislação brasileira ou internacional, desde que não violem o ordenamento jurídico pátrio e a ordem pública.

23.2. 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 e seu(s) beneficiário(s) 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.

23.3. Ressalta-se que as coberturas contratadas através das presentes Condições Gerais 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.

23.4. Durante o processo de regulação de sinistro esta Seguradora verificará se o Segurado, seu(s) beneficiário(s) ou se os locais de ocorrência dos eventos reclamados constam de listas de embargos ou sanções expedidas por órgãos nacionais ou internacionais de combate a lavagem de dinheiro e financiamento ao terrorismo. Neste sentido, no que contrariar ou não constar das informações prestadas pelo Segurado à Seguradora quando da análise da proposta de seguro, na hipótese do Segurado ou 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

suspensão 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.

23.5. 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.

24. TRIBUTO

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

25. PRESCRIÇÃO

25.1. 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 as partes envolvida.

26. FORO

26.1. Fica eleito o foro de domicílio do Segurado ou do Beneficiário, conforme o caso, para dirimir quaisquer dúvidas relacionadas às presentes Condições Gerais.

27. DISPOSIÇÕES FINAIS

27.1. a aceitação da proposta está sujeita à análise do risco

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

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

27.4. Este seguro é estruturado no regime financeiro de repartição simples, portanto, não haverá devolução ou resgate de Prêmios ao Segurado ou aos Beneficiários.

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

27.6. Como uma organização global, a MetLife está sujeita a programa de sanções comerciais e econômicas nos países onde opera. A MetLife cumpre todos os programas de Compliance aplicáveis, incluindo, entre outros, os administrados pelo Escritório de Controle de Ativos Estrangeiros ("OFAC"). A MetLife e seus Colaboradores estão proibidos de realizar qualquer tipo de negócio (incluindo pagamento de Sinistro), direta ou indiretamente, com pessoas e entidades constantes de listas de sanções aplicáveis, como a lista de Cidadãos Especialmente Designados ("SDN") ou localizados em países-alvo de sanções comerciais e econômicas.

27.7. A contratação do Seguro é opcional, sendo facultado ao Segurado o seu cancelamento a qualquer tempo, com devolução do Prêmio pago referente ao período a decorrer, se houver;

27.8. É obrigação do Segurado manter seus dados cadastrais atualizados junto à Seguradora, incluindo endereço, telefone e e-mail. A falta de atualização poderá impedir o recebimento de comunicações, avisos e orientações importantes relacionadas à apólice, podendo impactar a correta execução do contrato. Sempre que houver alteração nas informações de contato, o Segurado deverá informar imediatamente à Seguradora por meio dos canais de atendimento disponíveis.

27.9. Todos os dados fornecidos a qualquer tempo, seja pelo titular bem como seus Beneficiários ou qualquer parte envolvida na condução da compra, manutenção ou pagamento do sinistro serão utilizados pela Metlife para os fins devidos e descritos na Política de Privacidade. Conheça a Política de Privacidade da Informação no site www.metlife.com.br.

27.10. A contratação do seguro é opcional, sendo facultado ao Segurado o seu cancelamento a qualquer tempo, com devolução do Prêmio pago referente ao período a decorrer, se houver;

27.11. Na ocorrência de evento coberto, caso o valor da Obrigação financeira devida ao Credor seja menor do que o valor a ser indenizado no seguro prestamista, a diferença apurada será paga ao próprio Segurado ou ao segundo Beneficiário indicado.

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

27.13. O Corretor, Credor 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.

27.14. As condições particulares do seguro prevalecem sobre as especiais, e estas, sobre as gerais.



CLÁUSULA DE MORTE

1. OBJETIVO

1.1. Esta Cláusula, garante o pagamento de uma Indenização ao Credor, em caso de morte do Segurado decorrente de causas naturais ou acidentais, **exceto se decorrente de Riscos Excluídos, observados os demais termos desta Cláusula, das Condições Gerais e as demais Disposições Contratuais.**

2. DEFINIÇÃO

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

3. RISCOS EXCLUÍDOS

3.1. Além dos riscos expressamente excluídos apresentados no Conceito de Acidente Pessoal, item **3.2.2.** Aplicam-se os riscos excluídos do item 5 das Condições Gerais.

4. CAPITAL SEGURADO

4.1. O Capital Segurado para esta Cláusula será estabelecido contratualmente e deverá constar nas respectivas Apólices Individuais do Seguro.

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

5. VIGÊNCIA

5.1. A cobertura compreendida por esta Cláusula terá vigência igual à prevista na Apólice individual.

6. CESSAÇÃO DE COBERTURA

6.1. Para fins desta cobertura se aplicam as hipóteses previstas nos itens 09, 13 e 20 das Condições Gerais.

7. PRÊMIO

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

8. ÂMBITO TERRITORIAL DE COBERTURA

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

9. CARÊNCIA

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

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

9.3. Em caso de suicídio voluntário ou sua tentativa, aplica-se carência de 2 (dois) anos, contados a partir:

- do início da vigência individual da cobertura; ou
- da solicitação de aumento de Capital Segurado feita exclusivamente pelo Segurado ou pelo Credor, sendo que, nesta hipótese, a carência aplica-se apenas à diferença do Capital Segurado aumentado.

9.3.1. Não será permitida a recontagem do prazo de carência em caso de renovação ou substituição do contrato, ainda que com outra seguradora.

9.3.2. O suicídio ocorrido em razão de grave ameaça ou de legítima defesa de terceiro não está compreendido no prazo de carência, sendo garantido o pagamento integral do capital segurado.

10. DISPOSIÇÕES GERAIS

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



CLÁUSULA DE MORTE ACIDENTAL (MA)

1. OBJETIVO

1.1. Esta Cláusula, desde que contratada, garante o pagamento de uma indenização ao Credor, em caso de morte do Segurado decorrente Acidente Pessoal, **exceto se decorrente de Riscos Excluídos, observados os demais termos desta Cláusula, das Condições Gerais e as demais Disposições Contratuais.**

2. DEFINIÇÃO

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

3. RISCOS EXCLUÍDOS

3.1. Além dos riscos expressamente excluídos apresentados no Conceito de Acidente Pessoal, item 3.2.2. Aplicam-se os riscos excluídos do item 5 das Condições Gerais, estão também excluídos os eventos ocorridos em consequência, direta ou indireta de e/ou relacionados a:

- a) acidentes ocorridos anteriormente à contratação do seguro;
- b) perturbações e intoxicações alimentares de qualquer espécie;
- c) eventos causados exclusivamente pela não utilização, pelo Segurado, de equipamentos de segurança exigidos por lei;
- d) eventos causados exclusivamente pela ausência de habilitação do Segurado para condução de veículo automotor;
- e) eventos em que o Segurado tenha intencionalmente atentado contra a vida e integridade física de outrem, consumado ou não, exceto em caso de legítima defesa ou assistência à pessoa em perigo.

4. CAPITAL SEGURADO

4.1. O Capital Segurado para esta Cláusula será estabelecido contratualmente e deverá constar nas respectivas Apólices Individuais do Seguro.

4.2. Para fins desta Cláusula, considera-se como data

5. VIGÊNCIA

5.1. A cobertura compreendida por esta Cláusula terá vigência igual à prevista na Apólice individual.

6. CESSAÇÃO DE COBERTURA

6.1. Para fins desta cobertura se aplicam as hipóteses previstas nos itens 09, 13 e 20 das Condições Gerais.

7. PRÊMIO

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

8. ÂMBITO TERRITORIAL DE COBERTURA

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

9. DISPOSIÇÕES GERAIS

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



CLÁUSULA ADICIONAL DE INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL POR ACIDENTE (IPTA)

1. OBJETIVO

1.1. Esta Cláusula, desde que contratada, garante o pagamento de uma Indenização ao Credor, em caso de Invalidez Permanente e Total do Segurado, decorrente de Acidente Pessoal, **exceto se decorrente de Riscos Excluídos, observados os demais termos desta Cláusula Adicional, das Condições Gerais e do Contrato.**

2. DEFINIÇÕES

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

2.2. Invalidez Permanente Total por Acidente: é a perda ou impotência funcional definitiva e total de membros ou órgãos, decorrente de lesão física causada por Acidente Pessoal devidamente coberto, para a qual não se pode esperar recuperação ou reabilitação pela medicina, tendo em vista os recursos terapêuticos disponíveis no momento, e quando da alta médica definitiva.

É considerada Invalidez Permanente e Total por Acidente:

Perda total da visão de ambos os olhos; ou
Perda total do uso de ambos os membros superiores; ou
Perda total do uso de ambos os membros inferiores; ou
Perda total do uso de ambas as mãos; ou
Perda total do uso de um membro superior e um membro inferior; ou
Perda total do uso de uma das mãos e de um dos pés; ou
Perda total do uso de ambos os pés; ou
Alienação mental total e incurável; ou
Nefrectomia bilateral

2.2.1. Nos casos de perda parcial ou redução de funções de membros e/ou órgãos, sem aboli-los por completo, não haverá Indenização a ser paga, pois a Cobertura estabelecida nesta Cláusula Adicional limita-se a riscos de Invalidez Permanente Total por Acidente.

2.2.2. Na hipótese de ocorrência de um acidente que provoque incapacidade definitiva de um membro ou órgão já defeituoso, o percentual correspondente à

incapacidade anterior ao acidente será deduzido da Indenização.

2.2.3. Ainda que do mesmo acidente resulte mais de uma situação prevista acima, a Indenização não poderá exceder a 100% (cem por cento) do Capital Segurado contratado para esta Cláusula Adicional.

3. RISCOS EXCLUÍDOS

3.1. Além dos riscos expressamente excluídos apresentados no Conceito de Acidente Pessoal, item **3.2.2.** Aplicam-se os riscos excluídos do item 5 das Condições Gerais, estão também excluídos os eventos ocorridos em consequência, direta ou indireta de e/ou relacionados a:

a) eventos em que o 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;

b) todo e qualquer dano estético, ainda que decorrente de acidente coberto;

c) perda de dentes, ainda que decorrente de acidente coberto.

4. CAPITAL SEGURADO

4.1. O Capital Segurado para esta Cláusula será estabelecido contratualmente e deverá constar nas respectivas Apólices Individuais do Seguro.

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

5. VIGÊNCIA

5.1. A cobertura compreendida por esta Cláusula terá vigência igual à prevista na Apólice individual.

6. CESSAÇÃO DE COBERTURA

6.1. Para fins desta cobertura se aplicam as hipóteses previstas nos itens 09, 13 e 20 das Condições Gerais.

7. PRÊMIO

7.1. O Prêmio referente a esta Cláusula Adicional estará previsto contratualmente e na Apólice Individual do Seguro.

8. ÂMBITO TERRITORIAL DE COBERTURA

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

9. DISPOSIÇÕES GERAIS

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



CLÁUSULA ADICIONAL DE DESEMPREGO INVOLUNTÁRIO (DI)

1. OBJETIVO

1.1. Esta Cláusula desde que contratada, garante o pagamento de uma Indenização ao Credor, em caso de rescisão do Contrato de trabalho do Segurado, não motivada por justa causa por parte do empregador, **exceto se decorrente de Riscos Excluídos e observadas as disposições desta Cláusula e as constantes das Condições Gerais.**

2. ELEGIBILIDADE

2.1. Somente serão considerados elegíveis ao recebimento da Indenização, os Segurados que na data do desligamento, na rescisão do Contrato de trabalho, tiverem vínculo empregatício, sujeito exclusivamente ao regime da CLT (Consolidação das Leis do Trabalho), apresentando mínimo de 12 (doze) meses ininterruptos de duração do Contrato de Trabalho para o atual empregador.

2.1.1. O vínculo empregatício do Segurado deve ser mantido com uma pessoa física ou jurídica, através de Contrato de trabalho formalizado pela Carteira Profissional (CTPS) e que receba pagamentos periódicos consecutivos, com uma jornada mínima de 30 (trinta) horas semanais na data do evento.

2.1.2. Após um evento de desemprego involuntário indenizado, o Segurado deverá comprovar novo período de 12 (doze) meses de trabalho contínuo e ininterrupto para um mesmo empregador para que venha a ser elegível à Indenização de um segundo evento de desemprego involuntário.

2.1.3 Não serão elegíveis à Indenização as pessoas que contratarem o seguro no período de aviso prévio, cumprido ou indenizado.

3. CARÊNCIA

3.1. É de até 31 (trinta e um) dias a Carência desta Cobertura, conforme definido na Apólice Individual do Seguro, contada a partir do início de vigência individual..

4. FRANQUIA

4.1. É de até 31 (trinta e um) dias ininterruptos, por evento, conforme definido na Apólice Individual do Seguro, contados a partir da data do desligamento do Segurado junto ao empregador.

5. RISCOS EXCLUÍDOS

5.1. Além dos riscos expressamente excluídos apresentados no Conceito de Acidente Pessoal, item 3.2.2. Aplicam-se os riscos excluídos do item 5 das Condições Gerais, estão também excluídos os eventos ocorridos em consequência, direta ou indireta de e/ou relacionados a:

- a) abandono de emprego ou pedido voluntário de demissão pelo empregado;
- b) adesão do empregado a programas de demissão voluntária (PDV) de qualquer natureza ou incentivada e/ou por acordo coletivo de trabalho;
- c) demissão quando o Segurado é funcionário direto de parente, consanguíneo ou afim;
- d) acordo entre empregado e empregador;
- e) dispensa do empregado por justa causa;
- f) jubilação, exoneração, pensão ou aposentadoria por qualquer causa;
- g) perda de emprego decorrente da falência, concordata e recuperação judicial ou extrajudicial do empregador;
- h) prestação de Serviço Militar;
- i) campanhas de demissões em massa. Para fins de aplicação deste seguro, considera-se demissão em massa empresas que demitam mais de 10% (dez por cento) de seu quadro de pessoal no prazo de seis meses contados a partir do primeiro Sinistro avisado;
- j) extinção automática ou término do Contrato de trabalho, quando o Contrato tiver prazo determinado (Contrato a termo);
- k) quando o Segurado for profissional liberal;
- l) Demissão motivada por guerra, revolução ou assemelhados;
- m) quando o Segurado for membro do conselho de administração da empresa
- n) dispensa com imediata admissão em outra empresa seja ela ou não, do mesmo grupo econômico, coligada, filiada, associada, subsidiária e/ou acionista.
- o) contratação e/ou início de vigência do seguro dentro do período de Aviso Prévio, cumprido ou indenizado.



6. CAPITAL SEGURADO

6.1. O Capital Segurado para esta Cláusula será estabelecido contratualmente e deverá constar nas respectivas Apólices Individuais do Seguro.

6.2. Para fins desta cláusula, considera-se data do evento a data desligamento indicada no Termo de Rescisão do Contrato de Trabalho e/ou na Carteira de Trabalho (CTPS), data que deve incluir o aviso prévio cumprido ou indenizado. Caso a data de desligamento indicada no Termo de Rescisão e/ou Carteira de Trabalho (CTPS) não contemple o período de aviso prévio, cumprido ou indenizado, tal período deverá ser computado para caracterização da data do evento.

7. VIGÊNCIA

7.1. A cobertura compreendida por esta Cláusula terá vigência igual à prevista na Apólice individual.

8. CESSAÇÃO DE COBERTURA

8.1. Para fins desta cobertura se aplicam as hipóteses previstas nos itens 09, 13 e 20 das Condições Gerais.

9. PRÊMIO

9.1 O Prêmio referente a esta Cláusula estará previsto contratualmente.

10. ÂMBITO TERRITORIAL DE COBERTURA

10.1. Esta Cláusula abrange os eventos ocorridos no Brasil.

11. REINTEGRAÇÃO

11.1. A reintegração do Capital Segurado da Cobertura desta Cláusula é automática após cada evento, observado o disposto no item **2.1.2** acima.

12. DISPOSIÇÕES GERAIS

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



CLÁUSULA ADICIONAL DE INCAPACIDADE FÍSICA TOTAL E TEMPORÁRIA (ITT)

1. OBJETIVO

1.1 Esta Cláusula desde que contratada, garante o pagamento de uma Indenização ao Credor, caso o Segurado sofra um estado de incapacidade física total e temporária em decorrência de acidente ou doença que o impeça de realizar sua atividade laborativa, **exceto se decorrente de Riscos Excluídos e observadas as disposições desta Cláusula e as constantes das Condições Gerais.**

2. ELEGIBILIDADE

2.1. Somente terá direito a esta Cobertura o Segurado, profissional liberal ou autônomo em atividade profissional, que possua documento contábil/fiscal comprobatório da atividade exercida.

2.2. Após um evento de incapacidade física total e temporária indenizado, o Segurado somente estará elegível à Indenização de um segundo evento de Incapacidade Física Total e Temporária, após 6 (seis) meses, a partir da data do pagamento total do Capital Segurado.

3. CARÊNCIA

3.1. É de até 31 (trinta e um) dias a Carência desta Cobertura, conforme definido na Apólice Individual do Seguro, para os eventos decorrentes de doença, contada a partir do início de vigência individual. Para os eventos decorrentes de acidentes pessoais não haverá Carência.

3.2. Para os eventos decorrentes de acidentes pessoais não haverá Carência.

4. FRANQUIA

4.1. É o período de até 15 (quinze) dias ininterruptos, contados a partir da data do evento coberto, durante o qual não há Cobertura pelo seguro, suportando o Segurado as consequências do evento gerador. Este

período será expresso na Apólice Individual do Seguro e será contado em cada evento coberto.

5. RISCOS EXCLUÍDOS

5.1. Além dos riscos expressamente excluídos apresentados no Conceito de Acidente Pessoal, item 3.2.2. Aplicam-se os riscos excluídos do item 5 das Condições Gerais, estão também excluídos os eventos ocorridos em consequência, direta ou indireta de e/ou relacionados a:

- a) gravidez;
- b) procedimentos e/ou tratamentos, clínicos ou cirúrgicos, para esterilidade, infertilidade, inseminação artificial, impotência sexual, controle de natalidade, bem como suas consequências, inclusive períodos de convalescença a eles relacionados;
- c) tratamentos clínicos ou cirúrgicos com finalidade estética, salvo quando necessárias à restauração das funções alteradas em razão de Sinistro ocorrido na vigência do seguro;
- d) cirurgias plásticas (estéticas ou não) e períodos de convalescença a elas relacionados;
- e) tratamentos para obesidade, em qualquer modalidade, inclusive gastroplastia redutora;
- f) tratamentos para senilidade, geriatria, rejuvenescimento, repouso, convalescença e suas consequências;
- g) tratamentos odontológicos e ortodônticos de quaisquer espécies, salvo quando decorrentes de Acidente Pessoal, ocorridos dentro do período de vigência do seguro;
- h) doenças degenerativas da coluna vertebral, com exceção de tratamento cirúrgico;
- i) doenças crônicas, mesmo em fase aguda, entendendo-se como tal aquelas caracterizadas por sua evolução longa e insidiosa, com período de melhora e piora, não respondendo satisfatoriamente a procedimentos terapêuticos;
- j) doenças de características reconhecidamente progressivas, tais como fibromialgia, artrite reumatoide, osteoartrose, dor miofascial, esclerose múltipla, doença de Alzheimer, Doença de Parkinson, entre outras;
- k) prática de atos reconhecidamente perigosos que não sejam motivados por necessidade justificada, excetuando-se os casos que provierem da utilização de meios de transporte mais arriscado, de prestação de serviço militar, da prática de esporte ou de atos de humanidade em auxílio de outrem;
- l) eventos causados exclusivamente pela não utilização, pelo Segurado, de equipamentos de segurança exigidos por lei;
- m) eventos causados exclusivamente pela ausência de habilitação do Segurado para condução de veículo automotor;

n) 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.

6. CAPITAL SEGURADO

6.1. O Capital Segurado para esta Cláusula será estabelecido contratualmente e deverá constar nas respectivas Apólices Individuais do Seguro.

6.2. Para fins desta cláusula, considera-se data do evento, a data do afastamento do Segurado de suas atividades profissionais.

7. VIGÊNCIA

7.1. A cobertura compreendida por esta Cláusula terá vigência igual à prevista na Apólice individual.

8. CESSAÇÃO DE COBERTURA

8.1. Para fins desta cobertura se aplicam as hipóteses previstas nos itens 09, 13 e 20 das Condições Gerais.

9. PRÊMIO

9.1 O Prêmio referente a esta Cláusula estará previsto contratualmente.

10. ÂMBITO TERRITORIAL DE COBERTURA

10.1. Esta Cláusula abrange os eventos ocorridos no Brasil.

11. REINTEGRAÇÃO

11.1. A reintegração do Capital Segurado da Cobertura desta Cláusula é automática após cada evento, observado o disposto no item 2.1.2 acima.

12. DISPOSIÇÕES GERAIS

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



COBERTURA INTERNAÇÃO HOSPITALAR POR ACIDENTE OU DOENÇA (IHAD)

1. OBJETIVO

1.1. Esta cobertura, desde que contratada, garante o pagamento de uma Indenização ao Credor, em caso de internação hospitalar do Segurado em decorrência de Acidente Pessoal ou Doença, **exceto se decorrente de Riscos Excluídos, observados os demais termos desta cobertura, das Condições Gerais e as demais Disposições Contratuais.**

1.2. As Indenizações previstas nesta cobertura serão devidas após decorrido o período de Franquia e respeitado o Limite Máximo de Parcelas Indenizáveis, conforme estabelecido contratualmente.

2. ELEGIBILIDADE

2.1. Somente terá direito a esta cobertura o Segurado, Profissional Autônomo e Liberal NÃO Regulamentado, conforme definido no item 2.1.30. das Condições Gerais, e segurados que não exerçam atividades remuneradas.

3. DEFINIÇÕES

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

3.2. Hospital: é qualquer estabelecimento legalmente constituído e licenciado, devidamente instalado e equipado para a prática de tratamentos médicos clínicos e/ou cirúrgicos a pessoas que deles necessitem. Não serão reconhecidas internações ocorridas em:

- a) qualquer estabelecimento que não se enquadre na definição de Hospital acima;
- b) instituição de saúde hidroterápica ou clínica de métodos curativos naturais;
- c) casa de saúde para convalescentes e/ou reabilitação de quaisquer espécies;
- d) “Home care” (internação domiciliar).

3.3. Hospitalização: é a permanência em hospital por período mínimo de 12 horas, em regime de internação, caracterizada pela utilização de acomodação, qualquer que seja o tipo, para tratamento médico-hospitalar que não possa ser realizado em residência. **Independente do período de**

Hospitalização, é necessário cumprir o período de Franquia observado o estabelecido contratualmente.

3.4. Limite Máximo de Parcelas Indenizáveis: é a quantidade máxima de Parcelas a que o Segurado fará jus enquanto o mesmo estiver hospitalizado por motivo de Acidente Pessoal ou doença, a contar do término do período de Franquia. Observado o Limite Máximo de Parcelas Indenizáveis estabelecido contratualmente.

3.5. Diária: cada diária é caracterizada pelo período completo de 24 (vinte e quatro) horas de Internação.

4. RISCOS EXCLUÍDOS

4.1. Além dos riscos expressamente excluídos apresentados no Conceito de Acidente Pessoal, item 3.2.2. Aplicam-se os riscos excluídos do item 5 das Condições Gerais, estão também excluídos os eventos ocorridos em consequência, direta ou indireta de e/ou relacionados a:

- a) perturbações e intoxicações alimentares de qualquer espécie;
- b) eventos causados exclusivamente pela não utilização, pelo Segurado, de equipamentos de segurança exigidos por lei;
- c) eventos causados exclusivamente pela ausência de habilitação do Segurado para condução de veículo automotor;
- d) 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.
- e) tratamentos clínicos ou cirúrgicos experimentais e/ou não previstos no Código Brasileiro de Ética Médica e/ou não reconhecidos pelo Ministério da Saúde;
- f) tratamento odontológico de qualquer espécie e suas consequências;
- g) tratamentos clínicos ou cirúrgicos com finalidade estética;
- h) cirurgias plásticas (estéticas ou não);
- i) diárias de internação não necessárias para o efetivo tratamento médico, tais como, mas não se limitando a, espera para a realização de cirurgia; disponibilidade para exames; internação com a finalidade exclusiva de realização de exames de qualquer natureza para fins de avaliação do estado de saúde, inclusive check-up.
- j) procedimentos e/ou tratamentos clínicos ou cirúrgicos para esterilidade, infertilidade, inseminação artificial, impotência sexual, controle de natalidade, bem como suas consequências;
- l) cirurgia para correção de fimose;
- m) tratamentos para obesidade em qualquer modalidade, inclusive gastroplastia redutora;
- n) tratamentos para senilidade, geriatria, rejuvenescimento e suas consequências;

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

Também estão excluídas dessa cobertura, as internações em estabelecimento não considerados como sendo hospitais, tais como:

- a) Instituições para atendimento de deficientes mentais, de tratamento psiquiátrico, incluindo departamento psiquiátrico de hospital;
- b) Local de internação de idosos, do tipo asilo, casa de repouso e similares;
- c) Instituições de recuperação de viciados em álcool e drogas;
- d) Clínicas hidroterápicas ou de métodos curativos naturais;
- e) Clínicas de convalescença de tratamento médico, do tipo pós-operatório e/ou reabilitação de acidentes e doenças;
- f) Estâncias hidrominerais, “spa” (ou assemelhadas), e/ou internação domiciliar.

5. CAPITAL SEGURADO

5.1. O Capital Segurado para esta cobertura será estabelecido contratualmente e deverá constar nas respectivas Apólices Individuais do Seguro.

5.1.1. As Indenizações previstas nesta cobertura serão devidas a contar do término do período de Franquia e se estenderão até a alta, observado o Limite Máximo de Parcelas Indenizáveis estabelecido contratualmente.

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

6. REINTEGRAÇÃO DO CAPITAL SEGURADO

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

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

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

7. INÍCIO DE VIGÊNCIA

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

8. CESSAÇÃO DE COBERTURA

8.1. Além das hipóteses previstas nos itens 09, 13 e 20 das Condições Gerais, a cobertura do risco cessa ainda:

8.1.1. Para o Segurado:

- c) com o falecimento do Segurado;
- d) com o pagamento da Indenização, se houver previsão de cancelamento da Apólice na respectiva cobertura contratada, que gerou a Indenização.

9. PRÊMIO

9.1. O Prêmio referente a esta cobertura estará previsto contratualmente

10. CARÊNCIA

10.1. É o período de até 31 (Trinta e um) dias contados a partir da data do início de vigência individual do Seguro durante o qual o Segurado não terá direito à cobertura descrita nesta cláusula. Este período será expresso na Apólice Individual do Seguro.

11. FRANQUIA

11.1. O período de Franquia é de até 15 (Quinze) dias ininterruptos, por evento, conforme definido no Contrato de Seguro e/ou Apólice Individual do Seguro a contar do momento da hospitalização do Segurado.

12. AMBITO TERRITORIAL DE COBERTURA

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

13. PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO

13.1. Para a análise do pagamento da Indenização, respeitado o disposto nas Condições Gerais item 17, deverão ser apresentados os respectivos documentos básicos, a seguir relacionados:

- Aviso de sinistro preenchido e assinado (formulário padrão MetLife);
- Formulário “Autorização de Pagamento de Indenização” (formulário padrão MetLife), devidamente preenchido e assinado pelo Segurado ou, quando for o caso, por cada um dos Beneficiários;
- Cópias do RG (cédula de identidade), CPF (Cadastro de Pessoas Físicas) e comprovantes de residência do Segurado e, quando for o caso, de cada um dos Beneficiários;
- Cópia do Prontuário Hospitalar completo;
- Declaração assinada e carimbada por representante do Hospital indicando data e hora de entrada e de alta hospitalar, mencionando períodos de enfermagem e UTI;
- Cópia do BO (Boletim de Ocorrência Policial) e/ou CAT (Comunicação de Acidente do Trabalho), se houver;
- Cópia da CNH (Carteira Nacional de Habilitação), em caso de acidente com veículo dirigido pelo Segurado;
- Cópia do Laudo do Exame de Dosagem Alcoólica e/ou Toxicológico, se realizado(s);
- Cópia do laudo da perícia técnica realizada no local do acidente, se houver;
- Cópia do resultado de exames complementares realizados;
- Cópia da Ficha de Registro de Empregado;
- Cópia dos 3 (três) últimos comprovantes de salário;
- Todos os resultados de exames comprobatórios do acidente ou doença, de Clínicas, Consultórios e Hospitais, exames laboratoriais, laudo do médico-assistente e quaisquer outros documentos referentes ao evento.
- Laudo de Exame de Corpo Delito (IML) quando realizado

13.2. No caso de Segurado Dependente, além dos documentos exigidos acima, serão exigidos os seguintes documentos:

- a) cópia do comprovante da condição de dependente, caso seja;
- b) cônjuge: RG / CPF e comprovante de residência e certidão de casamento atualizada;

c) companheira(o): cópia da cédula de identidade, CPF e comprovação de união estável por ocasião da ocorrência do sinistro e Comprovante de residência;

d) filhos: cópia da certidão de nascimento ou cédula de identidade e CPF;

e) enteados: cópia da cédula de identidade, comprovante de casamento dos pais e CPF.

14. DISPOSIÇÕES GERAIS

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



CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA DE PERDA DE RENDA (PR)

1. OBJETIVO

1.1. Esta Cobertura, desde que contratada garante ao Credor o pagamento de valor determinado e **limitado ao descrito na Apólice**, em caso de Perda de Renda, para para Profissionais Registrados, Profissionais Liberais ou Autônomos Regulamentados e Profissionais Liberais ou Autônomos NÃO Regulamentados, em consequência de evento coberto, ocorrido durante a vigência do seguro, **exceto se decorrente de Riscos Excluídos, observados os termos destas Condições Especiais, das Condições Gerais e as demais Disposições Contratuais.**

2. ELEGIBILIDADE

2.1. Segurado sob Regime da Consolidação das Leis do Trabalho (CLT)

2.1.1. Em caso de Segurado que trabalhe sob regime exclusivo da CLT somente será considerado elegível ao recebimento da Indenização, o Segurado que na data da rescisão involuntária do Contrato de trabalho demonstrar vínculo empregatício **pelo período mínimo de 12 (doze) meses consecutivos e ininterruptos de trabalho para o atual empregador** e desde que o seguro não esteja cancelado, a Cobertura suspensa ou o evento prescrito como risco excluído na data do evento.

2.1.2. O vínculo empregatício do Segurado deve ser mantido com **uma** pessoa física ou jurídica, através de Contrato de trabalho e a formalização na Carteira de Trabalho/ Carteira de Trabalho Digital e Previdência Social (CTPS) e que receba pagamentos periódicos consecutivos, com uma jornada mínima de 30 (trinta) horas semanais, na data do evento.

2.1.3. Após um evento de Perda de Renda indenizado, o Segurado deverá comprovar novo período de 12 (doze) meses de trabalho contínuo e ininterruptos para um mesmo empregador para que venha a ser elegível à Indenização de um segundo evento de perda de renda por desemprego involuntário.

2.1.4. Não serão elegíveis a Indenização as pessoas que contratarem o seguro no período de aviso prévio, cumprido ou indenizado.

2.2. Segurado Profissional Autônomo ou Liberal com comprovação de renda

2.2.1. Em caso de Profissional Liberal ou Autônomo será considerado elegível ao recebimento da Indenização, o Segurado que em caso de afastamento ocorrido em virtude de acidente ou doença gere comprovada interrupção temporária e involuntária de exercer todas as suas atividades profissionais, mediante comprovação por laudo médico reconhecido pela Seguradora.

2.2.2. Somente terá direito a esta Cobertura o Segurado, profissional liberal ou autônomo em atividade profissional, que possua documento contábil/fiscal comprobatório da atividade exercida.

2.2.3. Após um evento de Perda de Renda indenizado, o Segurado somente estará elegível à Indenização de um segundo evento da mesma Cobertura, após 6 (seis) meses, contados a partir da data do retorno a toda e qualquer atividade laborativa.

2.3. Segurado Profissional Autônomo ou Liberal sem comprovação de renda:

2.3.1. Em caso de Profissional Liberal ou Autônomo NÃO Regulamentado sem comprovação de renda será considerado elegível ao recebimento da Indenização, o Segurado em caso de Internação hospitalar causada por Acidente Pessoal ou Doença, mediante comprovação por laudo médico reconhecido pela Seguradora.

2.3.2. Somente terá direito a esta cobertura o Segurado, Profissional Autônomo ou Liberal NÃO Regulamentado, conforme definido no item 2.1.30. das Condições Gerais, e segurados que não exerçam atividades remuneradas.

2.3.3. O Capital Segurado relativo a esta Cláusula será totalmente reintegrado, de forma automática, após ocorrência de cada Evento Coberto, sem cobrança de Prêmio adicional. Serão considerados como mesmo evento, a transferência de um Hospital para outro, desde que não tenha ocorrido alta hospitalar. O conjunto de ocorrências que tenham por origem ou causa o mesmo acidente ou a mesma doença será considerado um mesmo evento exceto quando o intervalo entre estas ocorrências for superior à 12 (doze) meses.

2.4. O Segurado é elegível à cobertura mesmo que mude sua condição empregatícia ao longo da vigência.

3. CARÊNCIA

3.1. É o período de até 31 (trinta e um) dias contados a partir da data do início de vigência individual do Seguro durante o qual o Segurado não terá direito à cobertura

descrita nesta cláusula. Este período será expresso na Apólice Individual do Seguro.

3.2. Para os eventos decorrentes de acidentes pessoais não haverá Carência.

4. FRANQUIA

4.1. É o período contado a partir da data do evento coberto durante o qual não há Cobertura pelo seguro, suportando o Segurado as consequências do evento gerador. Este período será expresso na Apólice Individual do Seguro e será contado em cada evento coberto.

4.1.1 Em caso de **Segurado que trabalhe sob regime CLT a Franquia é de até 31 (trinta e um) dias ininterruptos**, por evento, conforme definido no Contrato de Seguro e/ou Apólice Individual, contados a partir da data do desligamento do Segurado junto ao empregador.

4.1.2 Em caso de **Segurado que trabalhe como Profissional Liberal ou Autônomo Regulamentado a Franquia é de até 15 (quinze) dias ininterruptos**, por evento, conforme definido no Contrato de Seguro e/ou Apólice Individual do Seguro, contados a partir da data do início da incapacidade total e temporária do Segurado que o impeça de realizar sua atividade laborativa.

4.1.3. No caso de **Segurado que trabalhe como Profissional Liberal ou Autônomo NÃO Regulamentado a Franquia é de até 15 (quinze) dias ininterruptos**, por evento, conforme definido no Contrato de Seguro e/ou Apólice Individual do Seguro, contados a partir do momento da hospitalização do Segurado.

5. RISCOS EXCLUÍDOS

5.1. Além dos riscos expressamente excluídos apresentados no Conceito de Acidente Pessoal, item 3.2.2. Aplicam-se os riscos excluídos do item 5 das Condições Gerais, estão também excluídos os eventos ocorridos em consequência, direta ou indireta de e/ou relacionados a:

5.1.1. Segurado sob Regime da Consolidação das Leis do Trabalho (CLT)

- a) abandono de emprego ou pedido voluntário de demissão pelo empregado;
- b) adesão do empregado a programas de demissão voluntária (PDV) de qualquer natureza ou incentivada e/ou por acordo coletivo de trabalho;

- c) demissão quando o Segurado é funcionário direto de parente, consanguíneo ou afim;
- d) acordo entre empregado e empregador;
- e) dispensa do empregado por justa causa;
- f) jubilação, exoneração, pensão ou aposentadoria por qualquer causa;
- g) perda de emprego decorrente da falência, concordata e recuperação judicial ou extra-judicial do empregador;
- h) prestação de Serviço Militar;
- i) campanhas de demissões em massa. Para fins de aplicação deste seguro, considera-se demissão em massa empresas que demitam mais de 10% (dez por cento) de seu quadro de pessoal no prazo de seis meses contados a partir do primeiro Sinistro avisado;
- j) extinção automática ou término do Contrato de trabalho, quando o Contrato tiver prazo determinado (Contrato a termo);
- k) quando o Segurado for profissional liberal;
- l) Demissão motivada por guerra, revolução ou assemelhados;
- m) quando o Segurado for membro do conselho de administração da empresa
- n) dispensa com imediata admissão em outra empresa seja ela ou não, do mesmo grupo econômico, coligada, filiada, associada, subsidiária e/ou acionista.
- o) Segurados não considerados elegíveis a Indenização, conforme item 2.

5.1.2. Segurado Profissional Liberal ou Autônomo Regulamentado

- a) gravidez;
- b) procedimentos e/ou tratamentos, clínicos ou cirúrgicos, para esterilidade, infertilidade, inseminação artificial, impotência sexual, controle de natalidade, bem como suas consequências, inclusive períodos de convalescença a eles relacionados;
- c) tratamentos clínicos ou cirúrgicos com finalidade estética, salvo quando necessárias à restauração das funções alteradas em razão de Sinistro ocorrido na vigência do seguro;
- d) cirurgias plásticas (estéticas ou não) e períodos de convalescença a elas relacionados;
- e) tratamentos para obesidade, em qualquer modalidade, inclusive gastroplastia redutora;
- f) tratamentos para senilidade, geriatria, rejuvenescimento, repouso, convalescença e suas consequências;
- g) tratamentos odontológicos e ortodônticos de quaisquer espécies, salvo quando decorrentes de Acidente Pessoal, ocorridos dentro do período de vigência do seguro;
- h) doenças degenerativas da coluna vertebral, com exceção de tratamento cirúrgico;
- i) doenças crônicas, mesmo em fase aguda, entendendo-se como tal aquelas caracterizadas por sua evolução longa e insidiosa, com período de melhora e piora, não

respondendo satisfatoriamente a procedimentos terapêuticos;

j) doenças de características reconhecidamente progressivas, tais como fibromialgia, artrite reumatoide, osteoartrose, dor miofascial, esclerose múltipla, doença de Alzheimer, Doença de Parkinson, entre outras;

k) prática de atos reconhecidamente perigosos que não sejam motivados por necessidade justificada, excetuando-se os casos que provierem da utilização de meios de transporte mais arriscado, de prestação de serviço militar, da prática de esporte ou de atos de humanidade em auxílio de outrem;

l) eventos causados exclusivamente pela não utilização, pelo Segurado, de equipamentos de segurança exigidos por lei;

m) eventos causados exclusivamente pela ausência de habilitação do Segurado para condução de veículo automotor;

n) 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.

o) Segurados não considerados elegíveis a Indenização, conforme item 2.

5.1.2. Segurado Profissional Liberal ou Autônomo NÃO Regulamentado

a) perturbações e intoxicações alimentares de qualquer espécie;

b) eventos causados exclusivamente pela não utilização, pelo Segurado, de equipamentos de segurança exigidos por lei;

c) eventos causados exclusivamente pela ausência de habilitação do Segurado para condução de veículo automotor;

d) 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.

e) tratamentos clínicos ou cirúrgicos experimentais e/ou não previstos no Código Brasileiro de Ética Médica e/ou não reconhecidos pelo Ministério da Saúde;

f) tratamento odontológico de qualquer espécie e suas consequências;

g) tratamentos clínicos ou cirúrgicos com finalidade estética;

h) cirurgias plásticas (estéticas ou não);

i) diárias de internação não necessárias para o efetivo tratamento médico, tais como, mas não se limitando a, espera para a realização de cirurgia; disponibilidade para exames; internação com a finalidade exclusiva de realização de exames de qualquer natureza para fins de avaliação do estado de saúde, inclusive check-up.

j) procedimentos e/ou tratamentos clínicos ou cirúrgicos para esterilidade, infertilidade, inseminação artificial, impotência sexual, controle de natalidade, bem como suas consequências;

k) cirurgia para correção de fimose;

l) tratamentos para obesidade em qualquer modalidade, inclusive gastroplastia redutora;

m) tratamentos para senilidade, geriatria, rejuvenescimento e suas consequências;

n) 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 diagnóstico; repouso; internação com a finalidade exclusiva de realização de exames de qualquer natureza para fins de avaliação do estado de saúde, inclusive check-up; internação para doação de órgãos;

o) doenças mentais e/ou psiquiátricas inclusive o “stress”.

Também estão excluídas dessa cobertura, as internações em estabelecimento não considerados como sendo hospitais, tais como:

a) Instituições para atendimento de deficientes mentais, de tratamento psiquiátrico, incluindo departamento psiquiátrico de hospital;

b) Local de internação de idosos, do tipo asilo, casa de repouso e similares;

c) Instituições de recuperação de viciados em álcool e drogas;

d) Clínicas hidroterápicas ou de métodos curativos naturais;

e) Clínicas de convalescença de tratamento médico, do tipo pós-operatório e/ou reabilitação de acidentes e doenças;

f) Estâncias hidrominerais, “spa” (ou semelhantes), e/ou internação domiciliar.

6. CAPITAL SEGURADO

6.1. O Capital Segurado para esta Cláusula será estabelecido contratualmente e deverá constar nas respectivas Apólices Individuais do Seguro.

6.2. Para fins desta Cobertura em caso de Segurado que trabalhe sob regime CLT, considera-se data do evento, para efeito de determinação do Capital Segurado, a data da Perda de Renda, sendo esta a data do desligamento indicada no Termo de Rescisão do Contrato de Trabalho, independentemente do aviso prévio ser cumprido ou indenizado, conforme documentação comprobatória.

6.3. Para fins desta cobertura em caso de Segurado que trabalhe como profissional liberal ou autônomo considera-se data do evento, a data da Perda de Renda, sendo esta a data do afastamento, conforme documentação comprobatória.

7. VIGÊNCIA

7.1. A cobertura compreendida por esta Cláusula terá vigência igual à prevista na Apólice Individual.

8. CESSAÇÃO DE COBERTURA

8.1. Para fins desta cobertura se aplicam as hipóteses previstas nos itens 09, 13 e 20 das Condições Gerais.

8.1.1. Para o Segurado:

- a) simultaneamente, com o cancelamento da Apólice Individual de Seguro ou da presente Cobertura;
- b) com o falecimento do Segurado;
- c) quando o segurado se aposentar

9. PRÊMIO

9.1 O Prêmio referente a esta Cláusula estará previsto contratualmente.

10. PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO

10.1. Para a análise do pagamento da Indenização em caso de Segurado que trabalhe sob regime CLT, respeitado o disposto nas Condições Gerais item 17, deverão ser apresentados os respectivos documentos básicos, a seguir relacionados:

- Aviso de sinistro preenchido e assinado (formulário padrão MetLife);
- Cópia da Carteira de Trabalho, página da foto e qualificação civil, página do último Contrato de Trabalho, folha posterior ao Contrato (a autenticação deverá ocorrer após cumprido o período de franquia) e da página que comprove o recebimento do Seguro Desemprego, quando houver; ou Carteira de Trabalho Digital e documentos complementares (Contrato de trabalho) documento físico, e que se fizeram necessário no momento da análise.
- Cópia do RG (carteira de identidade), CPF (Cadastro de Pessoa Física) e do comprovante de residência do Segurado;
- Cópia do Contrato de Financiamento
- Declaração do Credor informando o saldo devedor, demonstrando o cálculo trazido a valor presente, quando esta for a modalidade de cálculo da Indenização
- Cópia do Termo de Rescisão do Contrato de Trabalho
- Cópia da Autorização de Movimento do Fundo de Garantia por Tempo de Serviço (FGTS);
- Cópia do último extrato do Fundo de Garantia por Tempo de Serviço caso tenha sido fornecido pela empresa.
- Extrato do Cartão de Crédito com o primeiro vencimento subsequente à data de Sinistro e que conste a Obrigação

(cópia legível), quando este for o meio de pagamento do Seguro.

10.2. Para a análise do pagamento da Indenização em caso de Segurado que trabalhe como Profissional Liberal ou Autônomo Regulamentado, deverão ser apresentados os respectivos documentos básicos, a seguir relacionados:

- Aviso de Sinistro preenchido e assinado (formulário padrão MetLife);
- Relatório médico informando desde quando o Segurado recebeu o primeiro diagnóstico do quadro médico apresentado, bem como descrição da evolução clínica e data em que iniciou o tratamento. No caso de acidente, deverá conter a data do acidente, o percentual do déficit funcional apresentado por segmento, a data de confirmação da alta médica e, obrigatoriamente, da reabilitação;
- Exames médicos complementares realizados;
- Cópia do RG (carteira de identidade), CPF (Cadastro de Pessoa Física) e do comprovante de residência do Segurado;
- Exames médicos complementares realizados;
- Cópia do Contrato de Financiamento
- Comprovante de recolhimento do INSS ou Recibo de Pagamento Autônomo (RPA) - os três últimos anteriores ao afastamento - ou Declaração do imposto de renda ou Carnê leão - último;
- Cópia da comprovação contábil/fiscal da atividade profissional nos 3 (três) meses que antecedem ao afastamento.
- Declaração do Credor informando o saldo devedor, demonstrando o cálculo trazido a valor presente, quando esta for a modalidade de cálculo da Indenização;
- Extrato do Cartão de Crédito com o primeiro vencimento subsequente à data de Sinistro e que conste a Obrigação (cópia legível), quando este for o meio de pagamento do Seguro.

10.3. Para a análise do pagamento da Indenização em caso de Segurado que trabalhe como Profissional Liberal ou Autônomo NÃO Regulamentado, deverão ser apresentados os respectivos documentos básicos, a seguir relacionados:

- Aviso de sinistro preenchido e assinado (formulário padrão MetLife);
- Formulário "Autorização de Pagamento de Indenização" (formulário padrão MetLife), devidamente preenchido e assinado pelo Segurado ou, quando for o caso, por cada um dos Beneficiários;
- Cópias do RG (cédula de identidade), CPF (Cadastro de Pessoas Físicas) e comprovantes de residência do Segurado e, quando for o caso, de cada um dos Beneficiários;
- Cópia do Prontuário Hospitalar completo;
- Declaração assinada e carimbada por representante do Hospital indicando data e hora de entrada e de alta hospitalar, mencionando períodos de enfermagem e UTI;

- Cópia do BO (Boletim de Ocorrência Policial) e/ou CAT (Comunicação de Acidente do Trabalho), se houver;
- Cópia da CNH (Carteira Nacional de Habilitação), em caso de acidente com veículo dirigido pelo Segurado;
- Cópia do Laudo do Exame de Dosagem Alcoólica e/ou Toxicológico, se realizado(s);
- Cópia do laudo da perícia técnica realizada no local do acidente, se houver;
- Cópia do resultado de exames complementares realizados;
- Cópia da Ficha de Registro de Empregado;
- Cópia dos 3 (três) últimos comprovantes de salário
- Todos os resultados de exames comprobatórios do acidente ou doença, de Clínicas, Consultórios e Hospitais, exames laboratoriais, laudo do médico-assistente e quaisquer outros documentos referentes ao evento.
- Laudo de Exame de Corpo Delito (IML) quando realizado.

Importante: a Seguradora poderá solicitar a atualização mensal destas informações ao Segurado, nesta hipótese, a não apresentação poderá ensejar a suspensão do pagamento da Indenização.

11. ÂMBITO TERRITORIAL DE COBERTURA

11.1. Esta Cláusula abrange os eventos ocorridos no Brasil.

12. REINTEGRAÇÃO DO CAPITAL SEGURADO

12.1 O Capital Segurado relativo a esta Cobertura será totalmente reintegrado, de forma automática, sem cobrança de Prêmio adicional, observado o disposto nos itens **2.1.3. Segurado que trabalhe sob regime CLT e 2.2.3. para Segurado que trabalhe como** Profissional Liberal ou Autônomo Regulamentado e 2.3.3. para Segurado que trabalhe como Profissional Liberal ou Autônomo **NÃO** Regulamentado conforme disposto acima.

13. DISPOSIÇÕES GERAIS

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