

Condições Contratuais

Seguro de Pessoas e Integridade Física

Índice



Conheça seu seguro ____ 04

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



Conheça seus prazos ____ 08

6. Prazo de Carência
7. Ambito Territorial de cobertura
8. Contratação e Aceitação da Proposta de Contratação
9. Informações Sobre Risco e Declarações para a Formação do Contrato
10. Vigência e Renovação do Seguro
11. Cobrança e pagamento do Prêmio
12. Cancelamento da Apólice



Conheça os valores ____ 12

13. Atualização dos Valores do Seguro
14. Reenquadramento Etário
15. Capital segurado e Despesas de Salvamento



Como utilizar ____ 13

16. Beneficiários
17. Ocorrência do Sinistro
18. Pagamento da Indenização
19. Perícia Médica/Junta Médica
20. Perda do Direito à Indenização
21. Alteração do Seguro
22. Material de Divulgação e Canal de Distribuição
23. Cumprimento das Leis Anticorrupção
24. Da Violação de Leis e Normas de Embargos ou Sanções Econômicas e Comerciais
25. Tributo
26. Prescrição
27. Foro
26. Disposições Finais

Condições Especiais

COBERTURA DE MORTE	20
COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE POR ACIDENTE (IPA)	22
COBERTURA DE DIÁRIA DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR POR ACIDENTE (DIHA)	26
COBERTURA SUPLEMENTAR DE INCLUSÃO DE CÔNJUGE (IC)	29
COBERTURA DE ASSISTÊNCIA FUNERAL - (AF)	31
COBERTURA DE ASSISTÊNCIA FUNERAL CÔNJUGE E FILHOS - (AFCF)	33
COBERTURA DE ASSISTÊNCIA FUNERAL PAIS - (AFP)	36
COBERTURA DE ASSISTÊNCIA FUNERAL SOGROS - (AFS)	38
COBERTURA DE DOENÇAS GRAVES (DG)	41
COBERTURA DE DESEMPREGO INVOLUNTÁRIO (DI)	44
COBERTURA DE INCAPACIDADE FÍSICA TOTAL E TEMPORÁRIA (ITT)	47
COBERTURA INTERNAÇÃO HOSPITALAR POR ACIDENTE OU DOENÇA (IHAD)	49
COBERTURA DE PERDA DE RENDA (PR)	52

Condições Contratuais do Seguro de Pessoas e Integridade Física Vida Individual

1. CARACTERÍSTICAS

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

2. OBJETIVO

2.1. O presente Seguro tem por objetivo garantir o pagamento de uma indenização ao Segurado ou a seu(s) Beneficiário(s), na ocorrência de Eventos Cobertos pela(s) Cobertura(s) contratada(s), desde que respeitadas as Condições Gerais e Especiais deste documento.

3. DEFINIÇÕES

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

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

- b) a) suicídio ou a sua tentativa, após dois anos de contratação do seguro ou da sua recondução depois de suspenso, que será equiparado, para fins de Indenização, a Acidente Pessoal, observada a legislação em vigor; 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:**
definição:

a) Quaisquer doenças, conforme apuradas nos termos dessa Apólice, mesmo as consideradas acidentes pela legislação trabalhista e previdenciária, quaisquer que sejam suas causas, ainda que agravadas, direta ou indiretamente por

acidente, ressalvadas as infecções, estados septicêmicos e embolias, resultantes de ferimento visível causado em decorrência de acidente coberto. As intercorrências ou complicações consequentes da realização de exames, tratamentos clínicos ou cirúrgicos, quando não decorrentes de acidente coberto.

b) As intercorrências ou complicações consequentes da realização de exames, tratamentos clínicos ou cirúrgicos, quando não decorrentes de acidente coberto.

c) As lesões decorrentes, dependentes, predispostas ou facilitadas por esforços repetitivos ou micro traumas cumulativos, ou que tenham relação de causa e efeito com os mesmos, assim como as lesões classificadas como: Lesão por Esforços Repetitivos – LER, Doenças Osteomusculares Relacionadas ao Trabalho – DORT, Lesão por Trauma Continuado ou Contínuo – LTC, ou similares que venham a ser aceitas pela classe médico-científica, bem como as suas consequências pós-tratamentos, inclusive cirúrgicos, em qualquer tempo, desde que não decorram direta ou indiretamente de acidente de trabalho, causa laborativa ou situação relacionada ao trabalho.

d) As situações reconhecidas por instituições oficiais de previdência social ou semelhantes e que não se enquadrem integralmente na caracterização de Acidente Pessoal definido no subitem 3.1.

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

3.3. **Beneficiário(s):** pessoa física ou pessoa jurídica, indicada livremente pelo Segurado na Apólice, para receber a indenização na hipótese da ocorrência de evento coberto na forma prevista nestas Condições Gerais. Em caso de Antecipação do Pagamento Total do Capital Segurado em decorrência de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente e/ou Diária de Internação Hospitalar, o Beneficiário será o próprio 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 do Seguro ou do aumento do capital segurado, durante o qual o Segurado permanece no seguro sem ter direito as Coberturas contratadas, sem prejuízo do pagamento dos Prêmios individuais. A Carência poderá ser parcial ou total, abranger todas as Coberturas ou algumas delas, exceto as Coberturas relacionadas a Acidente Pessoal, para as quais não há Carência e as quais estarão descritas na Apólice Individual do Seguro.

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

3.7. 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. 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.

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

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

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

3.12. Declaração Pessoal de Saúde: documento formal e legal, integrante da Proposta de Contratação e do Formulário de Informações Médicas, em que o Proponente/Segurado presta informações sobre suas condições de saúde e suas atividades na data da assinatura dos referidos documentos, assinando-o e responsabilizando-se pela veracidade e integralidade das informações prestadas, sob pena de perder o direito ao Capital Segurado, nos termos do Artigo 766 do Código Civil Brasileiro.

3.13. Despesas de Contratação: São despesas e custos efetivamente incorridos pela Seguradora durante o processo de formação e administração do contrato de seguro, tais como, mas não limitados a: custos operacionais e administrativos; despesas com análise de risco e subscrição; emissão de apólice; comissões e remunerações pagas aos Intermediários; despesas com comunicação e atendimento ao cliente; despesas com os serviços de regulação e liquidação do sinistro.

3.14. Disposições Contratuais: é o conjunto de condições que regem a contratação do seguro, e inclui a

Apólice de Seguro, as Condições Gerais e as Condições Especiais.

3.15. Doenças e Lesões Preexistentes: é qualquer condição de saúde ou doença que uma pessoa tem conhecimento antes de contratar o Seguro. Isso inclui doenças crônicas, lesões ou condições que precisam de tratamento contínuo.

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

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

3.18. 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.

3.19. Hospital: estabelecimento legalmente autorizado a funcionar como tal, e que dispõe de pelo menos 5 (cinco) leitos, para internação de pacientes, que garante um atendimento básico de diagnóstico e tratamento, com equipe clínica organizada e presença de médico 24 (vinte e quatro) horas, com prova de admissão e assistência permanente prestada por médicos e serviços de enfermagem durante 24 (vinte e quatro) horas, podendo um paciente permanecer internado por 24 (vinte e quatro) horas.

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

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

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

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

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

3.25. Nota Técnica Atuarial: documento, previamente aprovado pela SUSEP, que contém a descrição e explicação técnica do plano

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

3.27. Período de Tolerância: período de 90 (noventa) dias ininterruptos, contados a partir do dia imediatamente posterior à data de vencimento do primeiro Prêmio não pago, durante o qual o Segurado ainda estará resguardado, pela Seguradora, em caso de ocorrência de evento coberto.

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

3.29. Pretense Segurado: é a pessoa que manifesta interesse em contratar ou aderir a um seguro, mas ainda não possui vínculo contratual formal com a Seguradora.

3.30. Proponente: Pessoa física interessada em contratar o Seguro.

3.31. Proposta de Contratação: documento com a declaração dos itens essenciais do interesse a ser garantido e do Risco, em que o Proponente, pessoa física, expressa a intenção de contratar uma Cobertura (ou Coberturas), com pleno conhecimento das condições contratuais.

3.32. Reenquadramento Etário: alteração do Prêmio em função de nova idade e aumento do Risco do Segurado.

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

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

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

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

3.37. Segurado: é a pessoa física cuja inclusão no Seguro foi aceita.

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

3.39. 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.

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

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

3.42. Unidade de Terapia Intensiva (UTI): área crítica dentro da estrutura hospitalar destinada à internação de pacientes graves, que requerem atenção profissional especializada de forma contínua, materiais específicos e tecnologias necessárias ao diagnóstico, monitorização e terapia. Os cuidados ministrados aos pacientes deverão compreender:

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

3.43. 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 comprove seus rendimentos através de documento contábil comprobatório da atividade profissional, e que seja contribuinte regular da previdência social.

3.44. 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.

3.45. Questionário de Avaliação de Risco: é o documento que engloba a Declaração Pessoal de Saúde e Atividade (DPSA), faz parte integrante da Proposta de Contratação, elaborado pela Seguradora com informações necessárias à aceitação do seguro e à fixação da taxa para cálculo do valor do prêmio, por meio do qual o, Proponente, pretendo segurado ou contratante devem prestar informações completas e verdadeiras sobre o interesse e o risco a serem garantidos.

4. COBERTURAS

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

- Morte (M)
- Invalidez Permanente por Acidente (IPA)
- Diária de Internação Hospitalar por Acidente (DIHA)
- Assistência Funeral (AF)
- Assistência Funeral Cônjuge e Filhos (AFCF)
- Assistência Funeral Pais (AFP)
- Assistência Funeral Sogros (AFS)
- Doenças Graves - (DG)
- Desemprego Involuntário (DI)
- Incapacidade Física Total e Temporária (ITT)
- Internação Hospitalar por Acidente ou Doença (IHAD)
- Perda de Renda (PR)

4.2. Este seguro prevê ainda a possibilidade de contratação da seguinte Cobertura Suplementar:

- Inclusão de Cônjuges (IC)

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

4.4. 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.

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

- a) Desemprego Involuntário (DI) e Perda de Renda (PR)

b) Incapacidade Física e Total e Temporária (ITT) e Perda de Renda (PR)

c) Internação Hospitalar por Acidente ou Doença (IHAD) e Perda de Renda (PR)

5. RISCOS EXCLUÍDOS

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

a) Uso de material nuclear para quaisquer fins, ainda que ocorridos em testes, experiências ou no transporte de armas e/ou projéteis nucleares, incluindo explosões nucleares provocadas ou não, bem como a contaminação radioativa ou exposição a radiações nucleares ou ionizantes;

b) Atos ou operações de guerra civil, química ou bacteriológica, declaradas ou não, invasão, hostilidade, insurreição de poder militar ou usurpado, guerrilha, revolução, agitação, motim, revolta, sedição, sublevação ou outras perturbações da ordem pública e delas decorrentes, excetuando-se os casos de prestação de serviço militar, da prática de esporte ou de atos de humanidade em auxílio de outrem;

c) Doenças e Lesões 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 expresse 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, a apólice discriminará a(s) Doença(s) Preexistente(s) objeto(s) de exclusão de Cobertura.

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

-do início de vigência individual do seguro; ou
-da solicitação de aumento de Capital Segurado feita exclusivamente pelo Segurado. Nesta hipótese a exclusão somente se aplica à diferença do Capital Segurado aumentado;

e) atos ilícitos dolosos praticados pelo Segurado, pelo Beneficiário ou pelo representante legal, de um ou de outro;

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

g) epidemias, pandemias, envenenamento de caráter coletivo 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.

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. 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. PRAZO DE CARÊNCIA

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

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

6.3. Para os fins deste Seguro, em especial do item 6.2, a caracterização da substituição somente ocorrerá no caso de a substituição ter sido informada pelo proponente na contratação deste Seguro.

6.4. 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. 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.

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

6.6. 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.

6.7. 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:

-do Início de Vigência individual do Seguro; ou

-da solicitação de aumento de Capital Segurado feita exclusivamente pelo Segurado.

Nesta hipótese a exclusão somente se aplica à diferença do Capital Segurado que foi elevado;

6.8. O Prazo de Carência não será aplicável se comprovado que o suicídio decorreu de grave ameaça ou legítima defesa de terceiro. 6.9. 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.

7. ÂMBITO TERRITORIAL DA COBERTURA

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

8. CONTRATAÇÃO E ACEITAÇÃO DA PROPOSTA DE CONTRATAÇÃO

8.1. A aceitação deste seguro estará sujeita à Análise de Risco. Para a aceitação, a Seguradora poderá exigir informações, declarações, documentos ou exames médicos para auxiliar na avaliação do risco.

8.2. A contratação do seguro deverá ser realizada mediante Proposta de Contratação assinada pelo proponente, seu representante ou por corretor de seguros habilitado, e deverá ser entregue à Seguradora. A Proposta escrita terá os elementos essenciais para análise e aceitação do Risco.

8.3. As Condições Contratuais e Especiais do Seguro estarão à disposição dos Segurados.

8.4. A Seguradora terá um prazo de 25 (vinte e cinco) dias corridos, contados a partir da data do recebimento da Proposta de Contratação, para aceitá-la ou recusá-la. Vencido o prazo de 25 (vinte e cinco) dias, sem manifestação da Seguradora, o Seguro será considerado aceito.

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

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

8.7. Em caso de recusa do risco, em que tenha havido adiantamento de valor para futuro pagamento parcial ou total de Prêmio, o valor do adiantamento é devido no momento da formalização da recusa, devendo ser restituído integralmente ao Proponente, no prazo máximo de 10 (dez) dias corridos. Durante o período compreendido entre a data da recepção do Prêmio pago antecipadamente pela Seguradora até a data da formalização da recusa, haverá cobertura provisória ao proponente, desde solicitada pelo proponente na proposta de contratação.

8.8. Salvo nas hipóteses de cobertura provisória, a Seguradora não aceitará o pagamento de Prêmio antes da aceitação da Proposta de Contratação.

8.9. O Corretor de Seguros poderá representar o Proponente na formação do contrato, na forma da lei.

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

8.11. O segurado não poderá agravar, de forma intencional e relevante, o risco objeto do Seguro. O descumprimento desta obrigação implicará na perda da Cobertura, sem prejuízo da cobrança do Prêmio e do ressarcimento das Despesas de Contratação.

8.11.1. 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.

8.11.2. O Segurado que dolosamente descumprir o dever previsto no item 8.10 perde a Cobertura, sem

prejuízo da dívida de prêmio e da obrigação de ressarcir as despesas incorridas pela Seguradora.

8.11.3. Quando o descumprimento do dever previsto no item 8.10 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.

8.11.4. Considera-se riscos tecnicamente impossíveis de garantia:

(i) 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,

(ii) 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,

(iii) riscos novos para os quais a Seguradora não esteja apta a obter, em condições técnicas e comerciais satisfatórias, resseguro e/ou cosseguro e

(iv) riscos novos cujo impacto atuarial altere substancialmente as reservas matemáticas da Seguradora

8.11.5. A Seguradora poderá, no prazo de 20 (vinte) dias após o recebimento do aviso de agravamento do risco, dar ciência ao Segurado, por escrito, a diferença no valor de Prêmio cabível, equivalente ao agravamento do risco original.

8.11.6. 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.

8.12. 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.

8.12.1. 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.

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

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

8.12.4. 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.

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

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

9. INFORMAÇÕES SOBRE RISCO E DECLARAÇÕES PARA A FORMAÇÃO DO CONTRATO:

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

9.2. 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.

9.3. 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.

9.4. Os Intervenientes, Proponente, Pretense Segurado, Segurado, Contratante e Responsável Financeiro devem fornecer, de forma completa e verdadeira, todas as informações solicitadas pela Seguradora no Questionário de Avaliação de Risco, essenciais para a aceitação da Proposta e definição do prêmio do seguro.

9.5. Deverão ser declarados todos os elementos de que o Proponente tenha 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.

9.6. 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.

9.7. 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.

9.8. 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. VIGÊNCIA E RENOVAÇÃO DO SEGURO

10.1. O prazo do seguro é o estipulado na Proposta de Contratação e na Apólice de Seguro, com início a partir das 24 (vinte e quatro) horas da data de pagamento do prêmio e término de vigência às 24 (vinte e quatro) horas do dia designado.

10.2. Nos seguros cujas Propostas de Contratação tenham sido recepcionadas sem pagamento de prêmio, o início de vigência da cobertura coincidirá com a data de aceitação da proposta ou com data distinta, definida na Proposta de Contratação.

10.3. Os seguros cujas Propostas de Contratação 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 de Contratação pela Seguradora.

10.4. O prazo de vigência do Contrato de Seguro será de 01 (um) ano, quando outro prazo não for estabelecido contratualmente ou na Apólice Individual do Seguro.

10.4.1. O seguro poderá ser renovado automaticamente uma única vez pelo mesmo período de vigência contratado inicialmente, salvo se o Segurado ou a Seguradora se manifestarem em sentido conrestrário, mediante aviso prévio, por escrito, com antecedência mínima de 30 (trinta) dias do final de vigência da apólice.

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

10.5. Caso a sociedade seguradora não tenha interesse em renovar a apólice, deverá comunicar ao segurado mediante aviso prévio de, no mínimo, 60 (sessenta) dias que antecedam o final de vigência da apólice.

11. COBRANÇA E PAGAMENTO DO PRÊMIO

11.1. O Segurado deverá efetuar o pagamento do prêmio do seguro até a data de vencimento prevista no documento de cobrança, sob pena de prejudicar o seu direito à cobertura.

11.2. O prêmio do seguro poderá ser pago em parcela única (à vista), mensalmente, bimestralmente, trimestralmente, semestralmente ou anualmente durante o período de vigência do seguro, sendo a forma e a periodicidade de cobrança estabelecidas no ato da contratação.

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

11.4. O não pagamento da parcela única ou da primeira parcela do prêmio na data de vencimento prevista no documento de cobrança implicará o cancelamento automático do seguro, independentemente de qualquer interpelação judicial ou extrajudicial.

11.5. Em caso de atraso no pagamento da segunda parcela do Prêmio, e/ou de parcelas posteriores, incidirão sobre a parcela os seguintes encargos:

multa de 2% (dois por cento) sobre o valor da parcela em atraso, juros de 1% (um por cento) ao mês e a atualização monetária pela variação positiva do índice do IPCA/IBGE (Índice de Preço ao Consumidor Amplo) ambos contados desde a data do vencimento da parcela até o efetivo pagamento.

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

11.5.2. Quando a forma de pagamento de Prêmio for por meio de cartão de crédito, contas de concessionárias ou débito em conta corrente, devem ser observados os encargos estabelecidos, respectivamente, em Contrato firmado entre o titular do cartão de crédito e a administradora do cartão, entre o titular da conta dos serviços de concessão e a Concessionária, ou ainda entre o titular da conta-corrente e a instituição bancária, encargos estes totalmente desvinculados dos encargos do Contrato de seguro indicados no item 11.5 acima.

11.6. 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.

11.7. 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 o Segurado será notificado por meio idôneo, com comprovação de recebimento, para regularizar o(s) pagamento(s) no prazo mínimo de 15 (quinze) dias.

11.7.1. Recebida a notificação para regularização do(s) pagamento(s) e não purgada a mora no prazo nela indicado, haverá suspensão das Coberturas da Apólice desde o vencimento da parcela original não paga.

11.7.2. Decorridos os prazos previstos na notificação de inadimplência e não purgada a mora, a Seguradora suspenderá a 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).

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

11.7.4. 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.

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

11.7.6. 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.

11.8. No caso de recebimento indevido de prêmio, os valores pagos serão devolvidos e ficam sujeitos às atualizações monetárias a partir da data de recebimento, até a data da devolução, com base na variação positiva do índice IPCA/IBGE.

11.9. De acordo com as características do seguro não está prevista a devolução ou resgate de prêmio ao segurado, exceto para suicídio ou tentativa de suicídio, nos primeiros 24 meses de vigência inicial do seguro, quando será devolvido o prêmio puro pago referente ao prazo de risco a decorrer, a contar da data de ocorrência do suicídio.

11.10. Fica vedado o cancelamento do seguro cujo prêmio tenha sido pago à vista, mediante financiamento obtido junto a instituições financeiras, nos casos em que o Segurado deixar de pagar o financiamento.

11.11. Os tributos incidentes sobre o valor do prêmio de seguro serão pagos por quem a legislação vigente determinar, não podendo haver estipulação expressa.

12. CANCELAMENTO DA APÓLICE

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

- a) No final do prazo de sua vigência;**
- b) Na hipótese do segurado, seus prepostos ou seu beneficiário agirem com dolo, fraude ou simulação na contratação do seguro, durante toda sua vigência, ou ainda para obter ou para majorar a indenização.**
- c) pelo atraso no pagamento do Prêmio conforme disposto no item "11 Cobrança e Pagamento do Prêmio", destas Condições Gerais, após o término do prazo de 90 (noventa) dias da última notificação ao Segurado e se o pagamento não for regularizado**

d) Com o falecimento do Segurado;

e) Imediatamente, se constatada uma das hipóteses previstas no item "20 Perda do Direito a Indenização" destas Condições Gerais.

f) na hipótese do segurado, seus prepostos ou seus beneficiários legais agirem com dolo, fraude ou simulação na contratação do seguro, durante toda sua vigência, ou ainda para obter ou para majorar a indenização.

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

12.3. O Segurado poderá solicitar a qualquer momento, o cancelamento do Seguro, desde que respeitada a antecedência mínima de 30 dias do Prêmio a vencer.. A solicitação deverá ser feita através dos canais de atendimento da MetLife. O referido prazo começará a ser contado a partir da data de recebimento da carta original pela Seguradora.

12.4. O Segurado tem o direito de arrependimento, tornando o Seguro nulo de pleno direito no prazo de 7 (sete) dias, a partir do Início de Vigência da Apólice, mediante requerimento feito à Seguradora através de seus canais de atendimento. Com o recebimento da solicitação do arrependimento, a Seguradora devolverá qualquer Prêmio recebido, livre de taxas ou encargos e atualizada monetariamente, tendo como base a variação positiva acumulada do IPCA/IBGE, calculada, na forma da lei, desde a data do pagamento do Prêmio até a data da devolução do seu valor.

13. ATUALIZAÇÃO DOS VALORES DO SEGURO

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

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

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

14. REENQUADRAMENTO ETÁRIO

14.2. O valor do prêmio a ser cobrado pelas Coberturas constantes no item 4. poderão ser alterados no aniversário da apólice de seguro.

14.3. O prêmio será alterado sem prejuízo da atualização monetária anual.

14.4. O reajuste será aplicado aos prêmios das Coberturas contratadas de acordo com a idade na data de renovação da apólice, conforme estabelecido na Proposta de Contratação.

15. CAPITAL SEGURADO E DESPESAS DE SALVAMENTO

15.1. O Capital Segurado de cada cobertura contratada deverá ser estabelecido contratualmente e constar nas respectivas Apólices Individuais de Seguro.

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

15.3. 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.

15.4. 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).

15.5. 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.

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

15.7. 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.

15.8. A Seguradora somente suportará despesas incorridas pelo Segurado, ou por Terceiros, que venham a exceder o limite disposto na cláusula 14 quando essas despesas se referirem diretamente a medidas expressamente recomendadas ao Segurado pela Seguradora e comprovadamente cumpridas pelo Segurado ou Terceiro.

15.9. 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.

16. BENEFICIÁRIOS

16.1. É direito do Segurado, se não renunciar a esse direito, indicar e ou alterar, a qualquer momento, nos termos da legislação vigente, a indicação de Beneficiário à Seguradora. Será considerada, em caso de Sinistro, a última indicação e/ou alteração de Beneficiário(s) feita pelo Segurado e recebida pela Seguradora antes do sinistro. Caso a Seguradora não seja cientificada oportunamente da indicação e/ou alteração, exonerá-se-á pagando o Capital Segurado na forma anterior.

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

16.3. No caso de **Invalidez Permanente por Acidente**, será efetuado o pagamento, ao próprio Segurado, de um percentual do Capital Segurado Líquido de acordo com o grau da invalidez, conforme tabela apresentada nas Condições Especiais da cobertura de Invalidez Permanente por Acidente.

16.4. No caso de **Diária de Internação Hospitalar por Acidente**, será efetuado o pagamento, ao próprio Segurado, do Capital Segurado Líquido, de acordo com

as Condições Especiais da cobertura de Diária de Internação Hospitalar por Acidente.

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

16.6. É válida a instituição de companheiro(a) como Beneficiário(a) se, ao tempo do contrato o Segurado era separado judicialmente, ou já se encontrava separado de fato.

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

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

16.9. Considera-se ineficaz a indicação quando o beneficiário falecer antes da ocorrência do sinistro e em caso de Comoriência.

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

16.11. Caso a seguradora não tenha sido informada sobre a substituição do beneficiário ocorrida por ato entre vivos ou declaração de última vontade do Segurado, estará desobrigada de qualquer responsabilidade ao realizar o pagamento ao beneficiário anteriormente indicado.

16.12. Caso o Segurado seja separado, ainda que de fato, caberá ao companheiro a metade que caberia ao cônjuge.

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

17. OCORRÊNCIA DO SINISTRO

17.1. Ocorrido o Sinistro, deverá ser ele comunicado, por escrito, à Seguradora, pelo pelo Segurado, seu Representante ou pelo Beneficiário, 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.

17.3. 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.

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

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

18. PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO

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

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

18.3. Para os casos de Morte, Invalidez Permanente por Acidente e Diária de Internação Hospitalar, em posse de toda a documentação obrigatória para análise da cobertura solicitada, a Seguradora terá o prazo de 30 (trinta) dias para aceitar e efetuar o pagamento do Capital Segurado Líquido, ou recusar o pagamento do mesmo. Se dentro do prazo mencionado, devido à dúvida fundada e justificável, a Seguradora solicitar ao interessado, outro documento para elucidar a análise do evento, a contagem do prazo sofrerá suspensão e voltará a correr a partir do dia útil seguinte à chegada do último documento solicitado.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

18.13. 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-la, 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.

18.14. Caso ao final do prazo indicado no item 18.13 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.

18.14.1. 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.

18.15. 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 18.13 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.

18.17.1. Iniciado o processo de regulação de sinistro, caso não sejam entregues no prazo de 150 dias 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.

19. PERÍCIA MÉDICA/JUNTA MÉDICA

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

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

19.2.1. A junta médica será constituída por 3 (três) membros, sendo um nomeado pelo Segurado, outro pela Seguradora, e um terceiro, desempatedor, 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 para constituição da junta médica será de, no máximo, 15 (quinze) dias a contar da data da indicação do profissional 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:

i) 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;

ii) 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.

20.1.1. Não se aplicam as hipóteses dos itens i e ii do item 20.1 quando o interessado provar que a Seguradora tomou ciência oportunamente do sinistro e das informações por outros meios.

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

20.2.1. Na hipótese de não ocorrência do Sinistro:

a) após o pagamento da indenização, cancelar o seguro, retendo do prêmio originalmente pactuado a parcela calculada proporcionalmente ao tempo decorrido, acrescido da diferença cabível; ou

b) mediante acordo entre Segurado e Seguradora, permitir a continuidade do seguro, podendo cobrar a diferença de prêmio cabível, deduzi-la do valor a ser indenizado e/ou restringir termos e condições da cobertura contratada..

20.2.2. Na hipótese de ocorrência de Sinistro com pagamento parcial da indenização, **após o pagamento da indenização:**

a) Cancelar o seguro, após o pagamento da indenização, retendo, do Prêmio originalmente pactuado, acrescido da diferença cabível, a parcela calculada proporcionalmente ao tempo decorrido; ou

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

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

20.3. O Segurado está obrigado a comunicar à Seguradora, logo que saiba, todo incidente suscetível de agravar consideravelmente o risco coberto, sob pena de perder o direito à(s) Cobertura(s) contratada(s), se ficar comprovado que ele silenciou de má-fé.

20.3.1. A Seguradora poderá, no prazo de 15 (quinze) dias após o recebimento do aviso de agravamento do risco, dar ciência ao Segurado, por escrito, de sua decisão de cancelar o seguro ou, mediante acordo entre as partes, restringir a cobertura ou cobrar a diferença de prêmio cabível.

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

20.4. O Segurado e o(s) Beneficiário(s) perderão o direito à Indenização para qualquer das Coberturas contratadas, ainda, pelas seguintes razões:

- a) Inobservância das obrigações convencionadas neste seguro;
- b) Dolo, fraude ou sua tentativa, simulação ou culpa grave, para obter ou majorar a indenização, ou ainda se o Segurado ou o 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 item 6".
- 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

20.5. Em qualquer das hipóteses acima não haverá restituição de Prêmio, ficando a Seguradora isenta de quaisquer responsabilidades, excetuada a hipótese da alínea "e" do item 20.4, onde o pagamento será feito aos herdeiros do Segurado na forma prevista nessas Condições Gerais.

21. ALTERAÇÃO DO SEGURO

21.2. Qualquer alteração no seguro só será válida se for feita por escrito, mediante concordância das partes contratantes.

21.3. Não é válida a presunção de que a seguradora tenha conhecimento de circunstâncias que não constem dos documentos citados nas disposições contratuais, e daquelas que não lhe tenham sido comunicadas posteriormente na forma estabelecida nestas condições.

22. MATERIAL DE DIVULGAÇÃO E CANAL DE DISTRIBUIÇÃO

22.1. As peças promocionais e de propaganda deverão ser divulgadas com autorização expressa e supervisão da Seguradora, respeitadas as Condições Gerais, as Condições Especiais e a Nota Técnica Atuarial submetidos à SUSEP.

22.2. O seguro será comercializado por Corretores de Seguros e/ou Representantes de Seguros.

23. CUMPRIMENTO DAS LEIS ANTICORRUPÇÃO

23.1. O Segurado, e/ou seu representante, não ofertarão tampouco aceitarão pagamentos, ou fornecerão qualquer coisa de valor a nenhuma pessoa em violação das leis antissuborno aplicáveis com relação ao presente contrato de seguro ou de qualquer maneira que possa afetá-lo. O 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.

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

24.1. 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.

24.2. 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.

24.3. 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.

24.4. 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 suspenso até que ocorra a superação do referido embargo ou sanção ou até que ocorra decisão da corte judicial superior brasileira referente ao procedimento que deverá ser adotado para este fim, mediante consulta a ser efetuada por esta Seguradora.

24.5. Adicionalmente, no caso de sanção de indisponibilidade de bens por parte Segurado ou beneficiários, nos termos da Lei n. 13.810, de 8 de março de 2019, qualquer tipo de pagamento decorrente do presente contrato de seguro ficará suspenso até que ocorra a superação da referida sanção ou até que ocorra decisão da corte judicial superior brasileira referente ao procedimento que deverá ser adotado para este fim, mediante consulta a ser efetuada por esta Seguradora. Destaca-se que o referido procedimento não prejudica o direito à cobertura contratada.

25. TRIBUTOS

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

26. PRESCRIÇÃO

26.1. 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.

27. FORO

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

28. DISPOSIÇÕES FINAIS

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

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

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

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

28.5. Este seguro é por prazo determinado tendo a Seguradora a faculdade de não renovar a Apólice na data de vencimento, sem devolução dos Prêmios pagos nos termos da Apólice.

28.6. 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.

28.7. 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.

28.8. 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

28.9. 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.

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

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

28.12. Este seguro é por prazo determinado tendo Seguradora a faculdade de não renová-lo na data de vencimento, independentemente do tempo de relação contratual, salvo quando a renovação tiver ocorrido de forma automática e sucessiva por prazo superior à 10 (dez) anos.

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



COBERTURA DE MORTE

1. OBJETIVO

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

2. DEFINIÇÃO

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

3. RISCOS EXCLUÍDOS

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

4. CAPITAL SEGURADO

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

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

5. INÍCIO DE VIGÊNCIA

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

6. CESSAÇÃO DE COBERTURA

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

a) com o falecimento do Segurado;

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

7. PRÊMIO

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

8. ÂMBITO TERRITORIAL DE COBERTURA

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

9. CARÊNCIA

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

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

10. PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO

10.1. 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 (ii) a entrega dos documentos associados à Cobertura pleiteada, conforme abaixo:

10.2. Para a análise do Pagamento da Indenização, respeitado o disposto nas Condições Gerais item 18, além do aviso de sinistro devidamente preenchido, deverão ser apresentados os seguintes documentos conforme abaixo:

a) Morte decorrente de doença

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

- Comprovante de indicação de Beneficiário(s) assinado pelo Segurado;
- Cópia da Apólice Individual do Seguro;
- Cópia da Conta da Concessionária com vencimento imediatamente anterior à ocorrência do Sinistro, quando tratar-se de Apólice cuja cobrança seja efetuada por intermédio de Conta de Concessionária;
- Cópia do comprovante de quitação da Conta da Concessionária indicada no item anterior.

b) Morte decorrente de acidente

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

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

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

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

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

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

Na hipótese de Beneficiários Pessoa Jurídica:

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

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

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

11. DISPOSIÇÕES GERAIS



COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE POR ACIDENTE (IPA)

1. OBJETIVO

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

2. DEFINIÇÕES

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

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

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

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

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

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

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

3. RISCOS EXCLUÍDOS

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

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

4. CAPITAL SEGURADO

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

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

5. REINTEGRAÇÃO DO CAPITAL SEGURADO

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

6. ACUMULAÇÃO DE INDENIZAÇÕES

6.1. As Indenizações decorrentes de eventos por morte acidental e invalidez permanente por acidente, em quaisquer das coberturas contratadas, não se

acumulam. Se, depois de paga uma Indenização por invalidez permanente por acidente, seja parcial ou total, ocorrer a caracterização de outra cobertura de invalidez permanente por acidente e/ou a morte do Segurado, em consequência do mesmo acidente, será deduzido, do valor do Capital Segurado a ser pago, o valor já indenizado.

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

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

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

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

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

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

8. INÍCIO DE VIGÊNCIA

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

9. CESSAÇÃO DE COBERTURA

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

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

10. PRÊMIO

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

11. ÂMBITO TERRITORIAL DE COBERTURA

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

12. PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO

12.1. 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
- (ii) a entrega dos documentos associados à Cobertura pleiteada, conforme abaixo:

12.2. Para a análise do Pagamento da Indenização, respeitado o disposto nas Condições Gerais item 18, além do aviso de sinistro devidamente preenchido, deverão ser apresentados os seguintes documentos conforme abaixo:

- Aviso de sinistro preenchido e assinado (formulário padrão MetLife);
- Formulário “Autorização para Crédito de Indenização” (Formulário padrão MetLife), devidamente preenchido e assinado pelo Segurado;
- Cópias do RG. (cédula de identidade), CPF (Cadastro de Pessoas Físicas) e comprovante de residência do Segurado;

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

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.

13. DISPOSIÇÕES GERAIS

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



COBERTURA DE DIÁRIA DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR POR ACIDENTE (DIHA)

1. OBJETIVO

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

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

1.3. Nos casos em que, durante a internação hospitalar, o Segurado utilizar a UTI (Unidade de Terapia Intensiva), a diária referente ao período de permanência nessa Unidade, será paga em dobro em relação ao valor fixado contratualmente para esta cobertura.

2. DEFINIÇÕES

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

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

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

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

2.4. Limite Máximo de Diárias Indenizáveis: é a quantidade máxima de diárias a que o Segurado fará jus enquanto o mesmo estiver hospitalizado por motivo de Acidente Pessoal, a contar do término do período de Franquia.

2.5. Período de Hospitalização Indenizável: é a quantidade de diárias indenizáveis correspondente ao número de pernoites que o Segurado permanecer hospitalizado. O Segurado terá direito a uma diária sem que tenha havido pernoite, exclusivamente se permanecer hospitalizado somente um dia, desde que a Hospitalização seja superior a 12 (doze) horas.

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

3. RISCOS EXCLUÍDOS

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

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

4. CAPITAL SEGURADO

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

4.1.1. O Capital Segurado corresponde a cada diária de hospitalização devendo o seu valor ser multiplicado pelo

Período de Hospitalização Indenizável, observados a Franquia e o Limite Máximo de Diárias Indenizáveis.

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

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

5. REINTEGRAÇÃO DO CAPITAL SEGURADO

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

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

6. LIMITE DE DIÁRIAS

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

7. INÍCIO DE VIGÊNCIA

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

8. CESSAÇÃO DE COBERTURA

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

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

9. PRÊMIO

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

10. FRANQUIA

10.1. O período de Franquia é de 12 (doze) horas a contar do horário inicial de internação hospitalar.

11. ÂMBITO TERRITORIAL DE COBERTURA

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

12. PAGAMENTO DA DIÁRIA POR INTERNAÇÃO HOSPITALAR

12.1. O Período de Hospitalização Indenizável a ser pago será determinado pela Seguradora em função da necessidade comprovada de Hospitalização do Segurado, fundamentado no tempo médio de dias, observado pela prática médica, análise da documentação médica e exames complementares para mesmas lesões.

12.2. Em caso de falecimento do Segurado durante o Período de Hospitalização Indenizável, a(s) diária(s) devida(s) e eventualmente não indenizada(s) será(ão) paga(s) ao(s) Beneficiário(s) indicado(s) e na falta deste(s), conforme legislação em vigor.

12.3. 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
- (ii) a entrega dos documentos associados à Cobertura pleiteada, conforme abaixo:

12.4. Para a análise do Pagamento da Indenização, respeitado o disposto nas Condições Gerais item 18, além do aviso de sinistro devidamente preenchido, deverão ser apresentados os seguintes documentos conforme abaixo:

- Aviso de sinistro preenchido e assinado (formulário padrão MetLife);
- Formulário “Autorização para Crédito de Indenização” (formulário padrão MetLife), devidamente preenchido e assinado pelo Segurado ou, quando for o caso, por cada um dos Beneficiários;
- Cópias do RG (cédula de identidade), CPF (Cadastro de Pessoas Físicas) e comprovantes de residência do Segurado e, quando for o caso, de cada um dos Beneficiários;
- Cópia do Prontuário Hospitalar completo;
- Declaração original assinada e carimbada por representante do Hospital indicando data e hora de entrada e de alta hospitalar, mencionando períodos de enfermaria e UTI;
- Cópia do 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 Apólice Individual do Seguro;
- Cópia da Conta da Concessionária com vencimento imediatamente anterior à ocorrência do Sinistro, quando tratar-se de Apólice cuja cobrança seja efetuada por intermédio de Conta de Concessionária;
- Cópia do comprovante de quitação da Conta da Concessionária indicada no item anterior.

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

- a) cópia autenticada do comprovante da condição de dependente, caso seja;
- b) cônjuge: RG / CPF e comprovante de residência e certidão de casamento atualizada;
- c) companheira(o): cópia autenticada da cédula de identidade, CPF e comprovação de união estável por ocasião da ocorrência do sinistro e Comprovante de residência;
- d) filhos: cópia autenticada da certidão de nascimento ou cédula de identidade e CPF;
- e) enteados: cópia autenticada da cédula de identidade, comprovante de casamento dos pais e CPF.

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.

13. DISPOSIÇÕES GERAIS

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



COBERTURA SUPLEMENTAR DE INCLUSÃO DE CÔNJUGE (IC)

1. OBJETIVO

1.1. Esta cobertura Suplementar, desde que contratada, garante ao Segurado, uma Indenização em caso de falecimento do Cônjuge do Segurado, ou ainda na ocorrência de algum do(s) demais Evento(s) Coberto(s) previsto(s) na(s) cobertura (s) contratada(s) pelo Segurado em favor de seu Cônjuge, **exceto se decorrente de Riscos Excluídos, observados os demais termos desta cobertura Suplementar, das Condições Gerais, da(s) cobertura (s) eventualmente contratada(s) e as demais Disposições Contratuais.**

1.2. Esta cobertura Suplementar somente poderá ser contratada, se for extensiva da(s) cobertura (s) contratada(s) para o Segurado, respeitadas as conjugações estabelecidas contratualmente.

2. DEFINIÇÃO

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

3. COBERTURAS

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

4. RISCOS EXCLUÍDOS

4.1. Estão expressamente excluídos desta cobertura Suplementar de Cônjuge todos os riscos apresentados no Conceito de Acidente Pessoal, item 3.1.2. Aplicam-se os riscos excluídos do item 5 das Condições Gerais.

5. CONDIÇÕES DE ACEITAÇÃO

5.1. Somente poderão participar do seguro os Cônjuges que obedçam às regras de aceitação definidas nesta cobertura, nas Condições Gerais, na(s)

cobertura (s) contratada(s) e demais Disposições Contratuais.

6. FORMA DE PARTICIPAÇÃO

6.1. A cobertura para Cônjuge poderá ser:

a) automática: quando estarão cobertos automaticamente todos os Cônjuges dos respectivos Segurados, sem necessidade de adesão individual e desde que respeitados os limites de idade e eventuais restrições estabelecidas contratualmente.

b) facultativa: quando serão incluídos os Cônjuges dos Segurados que se manifestarem para a adesão individual e, desde que aceitos previamente pela Seguradora.

7. CAPITAL SEGURADO

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

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

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

8. BENEFICIÁRIO(S)

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

9. INÍCIO DE VIGÊNCIA

9.1. Início de vigência da Cobertura Suplementar

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

9.2. Início de vigência dos riscos individuais

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

a) na forma automática: a partir da caracterização da condição de Cônjuge de acordo com o item 2.1 acima.

b) na forma facultativa: na data da inclusão do Cônjuge, desde que aceito previamente pela Seguradora.

10. CESSAÇÃO DA COBERTURA

10.1. Além das hipóteses previstas nos itens 11, 12 e 20 das Condições Gerais, e no item “Cessação de Cobertura” de cada uma das coberturas contratadas para o Cônjuge, a(s) cobertura (s) do risco a que se refere(m) esta cobertura Suplementar cessa(m) simultaneamente com o cancelamento da Apólice do Segurado, das coberturas contratadas ou da presente cobertura Suplementar e:

a) com a cessação da condição de Cônjuge, seja ou não comunicado este fato à Seguradora e independentemente da cobrança de Prêmio;

b) quando o Segurado solicitar a exclusão de seu Cônjuge, exclusivamente na hipótese de adesão facultativa;

c) com o falecimento do Cônjuge, exclusivamente na hipótese de adesão facultativa.

11. PRÊMIO

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

12. ÂMBITO TERRITORIAL DE COBERTURA

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

13. CARÊNCIA

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

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

14. PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO

14.1. 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

(ii) a entrega dos documentos associados à Cobertura pleiteada, conforme abaixo:

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

- Certidão de Casamento atualizada; ou
- Provas de união estável (no mínimo três);
- RG (carteira de identidade), CPF (Cadastro de Pessoa Física) e Comprovante de Residência

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.

15. DISPOSIÇÕES GERAIS

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



COBERTURA DE ASSISTÊNCIA FUNERAL - (AF)

1. OBJETIVO

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

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

2. SERVIÇOS DE ASSISTÊNCIA FUNERAL

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

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

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

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

2.5. Fica estabelecido que os serviços garantidos pelo seguro não poderão ser prestados nos municípios em que a legislação não permita que a Seguradora ou seus prestadores de serviço intervenham para a realização do funeral. **Neste caso, o responsável pelo pagamento das despesas com funeral terá direito ao reembolso das despesas, até o limite estabelecido contratualmente para esta cobertura, se a cobertura for devida.**

3. RISCOS EXCLUÍDOS

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

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

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

4. CAPITAL SEGURADO

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

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

5. INÍCIO DE VIGÊNCIA

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

6. CESSAÇÃO DE COBERTURA

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

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

7. ÂMBITO TERRITORIAL DE COBERTURA

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

8. CARÊNCIA

8.1. 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.

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

9. FRANQUIA

9.1. Não há prazo de franquias para esta Cobertura.

10. PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO

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

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

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

10.4. Se a opção for pelo reembolso das despesas com funeral,

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
- (ii) a entrega dos documentos associados à Cobertura pleiteada, conforme abaixo:

Para a análise do Pagamento da Indenização, respeitado o disposto nas Condições Gerais item 18, além do aviso de sinistro devidamente preenchido, deverão ser apresentados os seguintes documentos conforme abaixo:

a) Morte decorrente de doença

- Aviso de sinistro preenchido e assinado (formulário padrão MetLife);
- Formulário "Autorização para Crédito de Indenização" (formulário padrão MetLife), devidamente preenchido e assinado por cada um dos Beneficiários;
- Cópias do RG (cédula de identidade), CPF (Cadastro de Pessoas Físicas) e comprovantes de residência do Segurado e do(s) Beneficiário(s);
- Cópia da Certidão de Óbito do Segurado;
- notas fiscais e recibos originais das despesas com funeral;
- Comprovante de indicação de Beneficiário(s) assinado pelo Segurado;
- Cópia da Apólice Individual do Seguro;
- Cópia da Conta da Concessionária com vencimento imediatamente anterior à ocorrência do Sinistro, quando tratar-se de Apólice cuja cobrança seja efetuada por intermédio de Conta de Concessionária;
- Cópia do comprovante de quitação da Conta da Concessionária indicada no item anterior.

b) Morte decorrente de acidente

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

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

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

11. DISPOSIÇÕES GERAIS

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



COBERTURA DE ASSISTÊNCIA FUNERAL CÔNJUGE E FILHOS - (AFCF)

1. OBJETIVO

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

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

1.3. Para efeito desta cobertura, entende-se: filhos e enteados, ambos de até 21 anos, considerados dependentes do Segurado, devidamente comprovado na forma da Lei.

2. SERVIÇOS DE ASSISTÊNCIA FUNERAL

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

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

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

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

2.5. Fica estabelecido que os serviços garantidos pelo seguro não poderão ser prestados nos municípios em que a legislação não permita que a Seguradora ou seus prestadores de serviço intervenham para a realização do funeral. **Neste caso, o responsável pelo pagamento das despesas com funeral terá direito ao reembolso das despesas, até o limite estabelecido**

contratualmente para esta cobertura, se a cobertura for devida.

3. RISCOS EXCLUÍDOS

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

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

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

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

4. CAPITAL SEGURADO

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

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

5. INÍCIO DE VIGÊNCIA

5.1. Esta cobertura começa a vigorar, para todos os Segurados da Apólice, simultaneamente com o início

da vigência da Apólice, ou em data posterior, por meio de aditivo, quando esta cobertura for contratada após entrada em vigor da Apólice.

6. CESSAÇÃO DE COBERTURA

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

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

7. ÂMBITO TERRITORIAL DE COBERTURA

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

8. CARÊNCIA

8.1. 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.

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

9. FRANQUIA

9.1. Não há prazo de franquias para esta Cobertura.

10. PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO

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

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

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

13.2. Se a opção for pelo reembolso das despesas com funeral, 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
- (ii) a entrega dos documentos associados à Cobertura pleiteada, conforme abaixo:

Para a análise do Pagamento da Indenização, respeitado o disposto nas Condições Gerais item 18, além do aviso de sinistro devidamente preenchido, deverão ser apresentados os seguintes documentos conforme abaixo:

10.4. Morte decorrente de doença

- Aviso de sinistro preenchido e assinado (formulário padrão MetLife);
- Formulário “Autorização para Crédito de Indenização” (formulário padrão MetLife), devidamente preenchido e assinado por cada um dos Beneficiários;
- Cópias do RG (cédula de identidade), CPF (Cadastro de Pessoas Físicas) e comprovantes de residência do Cônjuge e/ou Filhos do Segurado, do Segurado e do(s) Beneficiário(s);
- Cópia da Certidão de Óbito Cônjuge e/ou Filhos do Segurado;
- notas fiscais e recibos originais das despesas com funeral;
- Cópia da Apólice Individual do Seguro;
- Cópia da Conta da Concessionária com vencimento imediatamente anterior à ocorrência do Sinistro, quando tratar-se de Apólice cuja cobrança seja efetuada por intermédio de Conta de Concessionária;
- Cópia do comprovante de quitação da Conta da Concessionária indicada no item anterior.

b) Morte decorrente de acidente

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

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

c) Independente da causa da Morte:

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

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

11. DISPOSIÇÕES GERAIS

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



COBERTURA DE ASSISTÊNCIA FUNERAL PAIS - (AFP)

1. OBJETIVO

1.1. Esta cobertura, desde que contratada, garante ao(s) Beneficiário(s) o reembolso das despesas com funeral ou a disponibilização dos serviços de Assistência Funeral, até o limite do Capital Segurado contratado, em caso de falecimento dos Pais, desde que tenham até 75 anos no momento da contratação do seguro, seja decorrente de causa natural ou acidental, **exceto se decorrente de Riscos Excluídos, observados os demais termos desta cobertura, das Condições Gerais e as demais Disposições Contratuais.**

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

2. SERVIÇOS DE ASSISTÊNCIA FUNERAL

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

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

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

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

2.5. Fica estabelecido que os serviços garantidos pelo seguro não poderão ser prestados nos municípios em que a legislação não permita que a Seguradora ou seus prestadores de serviço intervenham para a realização do funeral. **Neste caso, o responsável pelo pagamento das despesas com funeral terá direito ao reembolso das despesas, até o limite estabelecido contratualmente para esta cobertura, se a cobertura for devida.**

3. RISCOS EXCLUÍDOS

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

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

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

4. CAPITAL SEGURADO

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

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

5. INÍCIO DE VIGÊNCIA

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

6. CESSAÇÃO DE COBERTURA

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

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

7. ÂMBITO TERRITORIAL DE COBERTURA

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

8. CARÊNCIA

8.1. 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.

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

9. FRANQUIA

9.1. Não há prazo de franquia para esta Cobertura.

10. PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO

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

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

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

11.2. Se a opção for pelo reembolso das despesas com funeral, 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
- (ii) a entrega dos documentos associados à Cobertura pleiteada, conforme abaixo:

Para a análise do Pagamento da Indenização, respeitado o disposto nas Condições Gerais item 18, além do aviso de sinistro devidamente preenchido, deverão ser apresentados os seguintes documentos conforme abaixo:

a) Morte decorrente de doença

- Aviso de sinistro preenchido e assinado (formulário padrão MetLife);
- Formulário “Autorização para Crédito de Indenização” (formulário padrão MetLife), devidamente preenchido e assinado por cada um dos Beneficiários;
- Cópias do RG (cédula de identidade), CPF (Cadastro de Pessoas Físicas) e comprovantes de residência do Pai ou Mãe do Segurado, do Segurado e do(s) Beneficiário(s);
- Cópia da Certidão de Óbito do Pai ou Mãe do Segurado;
- notas fiscais e recibos originais das despesas com funeral;
- Cópia da Apólice Individual do Seguro;
- Cópia da Conta da Concessionária com vencimento imediatamente anterior à ocorrência do Sinistro, quando tratar-se de Apólice cuja cobrança seja efetuada por intermédio de Conta de Concessionária;
- Cópia do comprovante de quitação da Conta da Concessionária indicada no item anterior.

b) Morte decorrente de acidente

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

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

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

11. DISPOSIÇÕES GERAIS

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



COBERTURA DE ASSISTÊNCIA FUNERAL SOGROS - (AFS)

1. OBJETIVO

1.1. Esta cobertura, desde que contratada, garante ao(s) Beneficiário(s) o reembolso das despesas com funeral ou a disponibilização dos serviços de Assistência Funeral, até o limite do Capital Segurado contratado, em caso de falecimento dos Sogros, desde que tenham até 75 anos no momento da contratação do seguro, seja decorrente de causa natural ou acidental, **exceto se decorrente de Riscos Excluídos, observados os demais termos desta cobertura, das Condições Gerais e as demais Disposições Contratuais.**

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

2. SERVIÇOS DE ASSISTÊNCIA FUNERAL

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

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

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

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

2.5. Fica estabelecido que os serviços garantidos pelo seguro não poderão ser prestados nos municípios em que a legislação não permita que a Seguradora ou seus prestadores de serviço intervenham para a realização do funeral. **Neste caso, o responsável pelo pagamento das despesas com funeral terá direito ao reembolso das despesas, até o limite estabelecido contratualmente para esta cobertura, se a cobertura for devida.**

3. RISCOS EXCLUÍDOS

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

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

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

4. CAPITAL SEGURADO

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

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

5. INÍCIO DE VIGÊNCIA

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

6. CESSAÇÃO DE COBERTURA

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

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

7. ÂMBITO TERRITORIAL DE COBERTURA

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

8. CARÊNCIA

8.1. 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.

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

9. FRANQUIA

9.1. Não há prazo de franquia para esta Cobertura.

10. PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO

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

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

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

11.3. Se a opção for pelo reembolso das despesas com funeral, 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
(ii) a entrega dos documentos associados à
Cobertura pleiteada, conforme abaixo:

Para a análise do Pagamento da Indenização, respeitado o disposto nas Condições Gerais item 18, além do aviso de sinistro devidamente preenchido, deverão ser apresentados os seguintes documentos conforme abaixo:

a) Morte decorrente de doença

- Aviso de sinistro preenchido e assinado (formulário padrão MetLife);
- Formulário “Autorização para Crédito de Indenização” (formulário padrão MetLife), devidamente preenchido e assinado por cada um dos Beneficiários;
- Cópias do RG (cédula de identidade), CPF (Cadastro de Pessoas Físicas) e comprovantes de residência do(a) Sogro(a) do Segurado, do Segurado e do(s) Beneficiário(s);
- Cópia da Certidão de Óbito do(a) Sogro(a) do Segurado;
- notas fiscais e recibos originais das despesas com funeral;
- Cópia da Apólice Individual do Seguro;
- Cópia da Conta da Concessionária com vencimento imediatamente anterior à ocorrência do Sinistro, quando tratar-se de Apólice cuja cobrança seja efetuada por intermédio de Conta de Concessionária;
- Cópia do comprovante de quitação da Conta da Concessionária indicada no item anterior.

b) Morte decorrente de acidente

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

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

c) Independente da causa da Morte, declaração de cônjuge:

- cônjuge: cópia da Certidão de Casamento atualizada;
- companheiro(a): comprovação de união estável por ocasião do Sinistro;

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

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

11. DISPOSIÇÕES GERAIS



COBERTURA DE DOENÇAS GRAVES

1. OBJETIVO

1.1. Esta Cobertura, desde que contratada, garante ao garante ao Segurado o pagamento de uma indenização, após o período de Carência, caso o Segurado tenha Diagnóstico de Câncer, Indicação de Cirurgia de Revascularização do Miocárdio (Artéria Coronariana), Diagnóstico de Insuficiência Renal Crônica, Diagnóstico de Transplante de Órgãos, Diagnóstico de Infarto Agudo do Miocárdio, Diagnóstico de Derrame (Acidente Vascular Cerebral), por médico habilitado, e demonstrada por resultado de exame anátomo-patológico, exceto se decorrente dos riscos excluídos, observado as demais cláusulas destas Condições Gerais e, se houver, do Contrato.

1.2. Neoplasia Maligna (Câncer): é a doença caracterizada pela presença de um tumor maligno (crescimento descontrolado de células malignas com disseminação e invasão dos tecidos). O diagnóstico de Câncer deve ser confirmado pela evidência histológica de malignidade.

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

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

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

A indenização será paga mediante agendamento da cirurgia do Transplante de Órgãos

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

Será elegível ao pagamento da indenização o Segurado que teve Infarto Agudo do Miocárdio

fulminante e que precisou ser internado em função deste diagnóstico.

1.7. Derrame (Acidente Vascular Cerebral): Isquemia cerebral (diminuição do fluxo sanguíneo em áreas do cérebro) e/ou hemorragia no cérebro (rompimento de vasos sanguíneos) que produz alteração da função motora e sensitiva dos membros, perceptiva e da linguagem, comprovada após três meses da data do diagnóstico.

2. RISCOS EXCLUÍDOS

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

a) Qualquer Câncer não invasivo (*in situ*), Doença de Hodgkin na fase I, todos o Câncer de pele com exceção do melanoma maligno invasivo (a partir da classificação Clark nível III), qualquer tumor em portadores de vírus da imunodeficiência humana, carcinoma micropapilar da bexiga e leucemia linfocítica crônica (classificação Rai menor que III);

b) Angioplastia e/ou qualquer procedimento intra-arterial, tratamento a laser e/ou qualquer outro tratamento não cirúrgico, bem como cirurgias de revascularização decorrentes de lesões coronarianas preexistentes à contratação do seguro.

c) Insuficiência Renal Aguda e/ou Insuficiência Renal Crônica que não necessite de diálise peritoneal, hemodiálise e/ou transplante renal;

d) Qualquer autotransplante, demais órgãos ou células, exceto os cobertos citados no item 1.5;

e) Infartos do miocárdio anteriores a contratação do seguro, infarto que não produz elevação no segmento ST no Eletrocardiograma, bem como os infartos ocorridos dentro da vigência da Apólice decorrentes de doenças preexistentes à contratação.

f) Ataques isquêmicos transitórios; alteração neurológica não resultante de acidente vascular cerebral isquêmico e/ou hemorrágico e lesão cerebral resultante de trauma; não estão cobertos ainda os derrames decorrentes de doenças preexistentes à contratação do seguro, ainda que o derrame ocorra dentro do período de vigência da Apólice e os derrames anteriores à contratação do seguro.

3. CAPITAL SEGURADO

3.1. O Capital Segurado para esta cobertura será estabelecido contratualmente e deverá constar na Apólice do Seguro.

3.2. Para fins desta cobertura, considera-se como data do evento, para efeito de determinação do Capital

Segurado, a data do diagnóstico comprovado das doenças relacionadas nessa clausula.

4. INÍCIO DE VIGÊNCIA

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

5. CARÊNCIA

5.1. 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 VIGÊNCIA individual.

6. FRANQUIA

6.1. O pagamento do Capital Segurado dessa Cobertura será condicionado ao período de franquia estabelecido contratualmente, sendo este a sobrevivência do Segurado após a ocorrência do diagnóstico de uma doença coberta ou da realização de um procedimento médico coberto.

7. CESSAÇÃO DE COBERTURA

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

7.1.1. Para o Segurado:

- a) com o falecimento do Segurado;
- b) com o pagamento da Indenização, se houver previsão de exclusão do Segurado da Apólice na respectiva cobertura contratada, que gerou a Indenização;
- c) com o pagamento da Indenização, de qualquer uma das doenças graves relacionadas nestas Condições Gerais;
- d) a partir da data em que o segurado atingir o limite de idade estabelecido na proposta de contratação, se houver previsão de exclusão na respectiva Apólice.

8. PRÊMIO

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

9. ÂMBITO TERRITORIAL DE COBERTURA

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

10. PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO

10.1. 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
- (ii) a entrega dos documentos associados à Cobertura pleiteada, conforme abaixo:

Para a análise do Pagamento da Indenização, respeitado o disposto nas Condições Gerais item 18, além do aviso de sinistro devidamente preenchido, deverão ser apresentados os seguintes documentos conforme abaixo:

a) Diagnóstico De Câncer

- Aviso de sinistro preenchido e assinado (formulário padrão MetLife); formulário "Autorização para Crédito de Indenização" (formulário padrão MetLife), devidamente preenchido e assinado pelo Segurado;
- Cópias do RG (cédula de identidade), CPF (Cadastro de Pessoas Físicas) e comprovante de residência do Segurado;
- Relatório médico informando desde quando o segurado recebeu o primeiro diagnóstico das doenças registradas na Declaração/Certidão de Óbito, descrição da evolução clínica e data em que iniciou o tratamento;
- Cópia de todos os documentos médicos e exames realizados;
- Cópia da Apólice;
- Cópia da Conta da Concessionária com vencimento imediatamente anterior à ocorrência do Sinistro, quando tratar-se de Apólice cuja cobrança seja efetuada por intermédio de Conta de Concessionária;
- Cópia do comprovante de quitação da Conta da Concessionária indicada no item anterior;
- Resultado do exame Anátomo- Patológico, comprovando a malignidade do Câncer;
- Relatório do médico assistente constando: nome do paciente, história clínica, tempo de evolução da doença, estadiamento, diagnóstico (CID-10), tratamento proposto e identificação do médico (nome e nº do CRM-UF);
- Na ausência do exame Anátomo-Patológico, poderão ser solicitados, a critério da seguradora, exames laboratoriais e de imagem que comprovem o diagnóstico.

b) Indicação De Cirurgia De Revascularização Do Miocárdio

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

- Cópias do RG (cédula de identidade), CPF (Cadastro de Pessoas Físicas) e comprovante de residência do Segurado;
- Relatório médico informando desde quando o segurado recebeu o primeiro diagnóstico das doenças registradas na Declaração/Certidão de Óbito, descrição da evolução clínica e data em que iniciou o tratamento;
- Cópia de todos os documentos médicos e exames realizados;
- Cópia da Apólice do Seguro;
- Cópia da Conta da Concessionária com vencimento imediatamente anterior à ocorrência do Sinistro, quando tratar-se de Apólice cuja cobrança seja efetuada por intermédio de Conta de Concessionária;
- Cópia do comprovante de quitação da Conta da Concessionária indicada no item anterior;
- Relatório médico detalhado da doença e do procedimento cirúrgico (Neste relatório deve constar: nome do paciente, história clínica, tempo de evolução da doença, diagnóstico (CID-10), tratamento realizado, descrição do procedimento, relato de intercorrências e identificação do médico (nome e nº do CRM-UF);
- Poderão ser solicitados, a critério da seguradora, exames laboratoriais, eletrocardiográficos e de imagem que mostrem alteração compatível com a insuficiência coronariana antes do procedimento, como por exemplo, Eletrocardiograma com desnivelamento da onda ST, Ecocardiograma com diminuição do DC e sobrecarga ventricular direita, Cintilografia Cardíaca com áreas de hipoperfusão ou necrose tecidual, Angiografia com hipoperfusão do miocárdio e Enzimas Cardíacas aumentadas (CK e CKMB);
- No caso de persistência da dúvida diagnóstica, poderá ser solicitado, também a critério da seguradora, auditoria do prontuário médico e/ou perícia médica.

c) Diagnóstico De Insuficiência Renal Crônica

- Aviso de sinistro preenchido e assinado (formulário padrão MetLife);
- formulário “Autorização para Crédito de Indenização” (formulário padrão MetLife), devidamente preenchido e assinado pelo Segurado;
- Cópias do RG (cédula de identidade), CPF (Cadastro de Pessoas Físicas) e comprovante de residência do Segurado;
- Relatório médico informando desde quando o segurado recebeu o primeiro diagnóstico das doenças registradas na Declaração/Certidão de Óbito, descrição da evolução clínica e data em que iniciou o tratamento;
- Cópia de todos os documentos médicos e exames realizados;
- Cópia da Apólice do Seguro;
- Cópia da Conta da Concessionária com vencimento imediatamente anterior à ocorrência do Sinistro, quando tratar-se de Apólice cuja cobrança seja efetuada por intermédio de Conta de Concessionária;

- Cópia do comprovante de quitação da Conta da Concessionária indicada no item anterior;
- Comprovação de uremia através de exames laboratoriais (aumento da ureia, aumento da creatinina e diminuição do clearance de creatinina, diminuição da taxa de filtração glomerular);
- No caso de persistência da dúvida diagnóstica, poderá ser solicitado, a critério da seguradora, análise do prontuário médico e/ou perícia médica.

d) Diagnóstico de Transplante De Órgãos

- Aviso de sinistro preenchido e assinado (formulário padrão MetLife);
- Formulário “Autorização para Crédito de Indenização” (formulário padrão MetLife), devidamente preenchido e assinado pelo Segurado;
- Cópias do RG (cédula de identidade), CPF (Cadastro de Pessoas Físicas) e comprovante de residência do Segurado;
- Relatório médico informando desde quando o segurado recebeu o primeiro diagnóstico das doenças registradas na Declaração/Certidão de Óbito, descrição da evolução clínica e data em que iniciou o tratamento;
- Cópia de todos os documentos médicos e exames realizados;
- Cópia da Apólice do Seguro;
- Cópia da Conta da Concessionária com vencimento imediatamente anterior à ocorrência do Sinistro, quando tratar-se de Apólice cuja cobrança seja efetuada por intermédio de Conta de Concessionária;
- Cópia do comprovante de quitação da Conta da Concessionária indicada no item anterior;
- Poderão ser solicitados, a critério da seguradora, exames laboratoriais, eletrocardiográficos e de imagem que mostrem alteração compatível com a insuficiência funcional do órgão a ser transplantado;
- No caso de persistência da dúvida diagnóstica, poderá ser solicitado, também a critério da seguradora, será solicitado prontuário médico e/ou perícia médica.

e) Diagnóstico De Infarto Agudo Do Miocárdio

- Aviso de sinistro preenchido e assinado (formulário padrão MetLife);
- Formulário “Autorização para Crédito de Indenização” (formulário padrão MetLife), devidamente preenchido e assinado pelo Segurado;
- Cópias do RG (cédula de identidade), CPF (Cadastro de Pessoas Físicas) e comprovante de residência do Segurado;
- Relatório médico informando desde quando o segurado recebeu o primeiro diagnóstico das doenças registradas na Declaração/Certidão de Óbito, descrição da evolução clínica e data em que iniciou o tratamento;
- Cópia de todos os documentos médicos e exames realizados;
- Cópia da Apólice do Seguro;

- Cópia da Conta da Concessionária com vencimento imediatamente anterior à ocorrência do Sinistro, quando tratar-se de Apólice cuja cobrança seja efetuada por intermédio de Conta de Concessionária;
- Cópia do comprovante de quitação da Conta da Concessionária indicada no item anterior;
- Eletrocardiograma (ECG) com alteração da onda ST, angiografia ou cintilografia mostrando a diminuição da perfusão do órgão e exame de sangue com elevação da dosagem de CK e CKMB;

f) Diagnóstico De Derrame (Acidente Vascular Cerebral)

- Aviso de sinistro preenchido e assinado (formulário padrão MetLife);
- Formulário “Autorização para Crédito de Indenização” (formulário padrão MetLife), devidamente preenchido e assinado pelo Segurado;
- Cópias do RG (cédula de identidade), CPF (Cadastro de Pessoas Físicas) e comprovante de residência do Segurado;
- Relatório médico informando desde quando o segurado recebeu o primeiro diagnóstico das doenças registradas na Declaração/Certidão de Óbito, descrição da evolução clínica e data em que iniciou o tratamento;
- Cópia de todos os documentos médicos e exames realizados;
- Cópia da Apólice do Seguro;
- Cópia da Conta da Concessionária com vencimento imediatamente anterior à ocorrência do Sinistro, quando tratar-se de Apólice cuja cobrança seja efetuada por intermédio de Conta de Concessionária;
- Cópia do comprovante de quitação da Conta da Concessionária indicada no item anterior;
- Exame de Imagem: Tomografia Computadorizada ou Ressonância Magnética mostrando áreas de isquemia ou de hemorragia cerebral recentes e Angiografia Cerebral (em caso de dúvida do diagnóstico) mostrando interrupção do fluxo sanguíneo (isquemia) ou extravasamento de sangue em alguma região do cérebro;
- No caso de persistência da dúvida diagnóstica, poderá ser solicitado, a critério da seguradora, análise do prontuário médico e/ou perícia médica.

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

11. DISPOSIÇÕES GERAIS

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

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



COBERTURA POR DESEMPREGO INVOLUNTÁRIO (DI)

1. OBJETIVO

1.1. Esta Cobertura, desde que contratada, tem por objetivo garantir ao Segurado uma indenização correspondente ao pagamento de parcelas mensais ou pagamento de uma Indenização em caso de rescisão do Contrato de trabalho do Segurado por parte do empregador, não motivada por justa causa, **exceto se decorrente de Riscos Excluídos, observada a elegibilidade, carência, franquia e os demais termos desta Cobertura, das Condições Gerais e as demais Disposições Contratuais.** O limite da quantidade de parcelas, valor das parcelas, período de carência e de franquia são estabelecidos na proposta de contratação e Apólice.

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

2. ELEGIBILIDADE

2.1. Somente serão considerados elegíveis ao recebimento da Indenização, os Segurados que na data da rescisão involuntária do contrato de trabalho tiverem **vínculo empregatício**, sujeito exclusivamente ao regime da CLT (Consolidação das Leis do Trabalho), apresentando 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

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

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

2.2. Após um evento de desemprego involuntário 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.

3. RISCOS EXCLUÍDOS

3.1. Além dos riscos expressamente excluídos apresentados no 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 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 contado a partir do primeiro Sinistro avisado e de um mesmo Empregador;
- 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 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;
- p) segurados não considerados elegíveis a indenização, conforme item 2.

4. CAPITAL SEGURADO

4.1. O Capital Segurado para esta Cobertura será estabelecido contratualmente e deverá constar na respectiva Apólice.

4.1.1. O valor máximo de cada parcela e a quantidade máxima de parcelas indenizáveis, serão estabelecidos no Contrato do Seguro e na Apólice Seguro.

4.1.2. Para fins desta Cobertura, considera-se data do evento, para efeito de determinação do Capital Segurado, a data do desligamento indicada no Termo de Rescisão do Contrato de Trabalho, independentemente do aviso prévio ser cumprido ou indenizado. Caso a data de desligamento indicada no Termo de Rescisão não contemple o período de aviso prévio, cumprido ou indenizado, tal período deverá ser computado para caracterização da data do evento.

5. REINTEGRAÇÃO DO CAPITAL SEGURADO

5.1. O Capital Segurado relativo a esta cobertura será totalmente reintegrado, de forma automática, após ocorrência de cada Evento Coberto, sem cobrança de Prêmio adicional, observado o disposto no subitem 2.2. acima.

6. INÍCIO DE VIGÊNCIA

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

7. CESSAÇÃO DE COBERTURA

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

7.1.1. Para o Segurado:

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

8. CARÊNCIA

8.1. É o período de até 180 (cento e oitenta) 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.

9. FRANQUIA

9.1. É de até 90 (noventa) 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.

10. PRÊMIO

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

11. ÂMBITO TERRITORIAL DE COBERTURA

11.1. Esta Cláusula abrange os eventos ocorridos em território nacional, salvo Disposições Contratuais em contrário.

12. PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO

12.1. 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**
- (ii) a entrega dos documentos associados à Cobertura pleiteada, conforme abaixo:**

12.2. Para a análise do pagamento da Indenização, respeitado o disposto nas Condições Gerais item 20., além do aviso de sinistro devidamente preenchido, deverão ser apresentados os seguintes documentos conforme abaixo:

- Aviso de sinistro preenchido e assinado (formulário padrão MetLife);
- Formulário “Autorização para Crédito de Indenização” (formulário padrão MetLife) devidamente preenchido e assinado pelo Segurado;
- Cópia da Apólice do Seguro;
- 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 31 dias após a data da demissão) e da página que comprove o recebimento do Seguro Desemprego, quando houver; (*)
- Cópia do RG (carteira de identidade), CPF (Cadastro de Pessoa Física) e do comprovante de residência do Segurado;

- Cópia autenticada do Termo de Rescisão do Contrato de Trabalho homologado no TRT ou Sindicato;
- Cópia autenticada da Autorização de Movimento do Fundo de Cobertura por Tempo de Serviço (FGTS);
- Cópia autenticada do último extrato do Fundo de Garantia por Tempo de Serviço caso tenha sido fornecido pela empresa.

(*) 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.

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.

13. DISPOSIÇÕES GERAIS

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



COBERTURA DE INCAPACIDADE FÍSICA TOTAL E TEMPORÁRIA - (ITT)

1. OBJETIVO

1.1. Esta Cobertura, desde que contratada, tem por objetivo garantir ao Segurado uma indenização correspondente ao pagamento de parcelas mensais ou pagamento de uma Indenização, em caso da impossibilidade contínua e ininterrupta do segurado exercer a sua profissão ou ocupação, durante o período em que estiver sob tratamento médico, exceto se decorrente de Riscos Excluídos, observados os demais termos desta Cobertura, das Condições Gerais e as demais Disposições Contratuais.

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

2. ELEGIBILIDADE

2.1. Somente terá direito a esta cobertura o Segurado, Prestador de Serviços conforme definido no item 3.37 das Condições Gerais.

2.2. Após um evento de Incapacidade Física Total e Temporária indenizado, o Segurado somente estará elegível à Indenização de um segundo evento da mesma cobertura, após 6 (seis) meses, contados a partir da data do retorno a toda e qualquer atividade laborativa.

3. RISCOS EXCLUÍDOS

3.1. Além dos riscos expressamente excluídos apresentados no item 5 das Condições Gerais, estão também excluídos da presente cobertura, as despesas decorrentes de:

- a) gravidez,;
- b) procedimentos e/ou tratamentos, clínicos ou cirúrgicos, para esterilidade, infertilidade, inseminação artificial, impotência sexual, controle de natalidade, e, bem como suas consequências, inclusive períodos de convalescença a eles relacionados;
- c) tratamentos clínicos ou cirúrgicos com finalidade estética, salvo quando necessárias à restauração das funções alteradas em razão de Sinistro ocorrido na vigência do seguro;
- d) cirurgias plásticas (estéticas ou não) e períodos de convalescença a elas relacionados;

- e) tratamentos para obesidade, em qualquer modalidade, inclusive gastroplastia redutora;
- f) tratamentos para senilidade, geriatria, rejuvenescimento, repouso, convalescença e suas consequências;
- g) tratamentos odontológicos e ortodônticos de quaisquer espécies, salvo quando decorrentes de acidente pessoal, ocorridos dentro do período de vigência do seguro;
- h) doenças degenerativas da coluna vertebral, com exceção de tratamento cirúrgico;
- i) doenças crônicas, mesmo em fase aguda, entendendo-se como tal aquelas caracterizadas por sua evolução longa e insidiosa, com período de melhora e piora, não respondendo satisfatoriamente a procedimentos terapêuticos;
- j) doenças de características reconhecidamente progressivas, tais como fibromialgia, artrite reumatoide, osteoartrose, dor miofascial, esclerose múltipla, doença de Alzheimer, Doença de Parkinson, entre outras;
- 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.

4. CAPITAL SEGURADO

4.1. O Capital Segurado para esta cobertura será estabelecido contratualmente e deverá constar na Apólice do Seguro.

4.2. Para fins desta cobertura, considera-se como data do evento, para efeito de determinação do Capital segurado a data do afastamento do Segurado de toda e qualquer atividade laborativa.

5. REINTEGRAÇÃO DO CAPITAL SEGURADO

5.1. O Capital Segurado relativo a esta cobertura será totalmente reintegrado, de forma automática, após ocorrência de cada Evento Coberto, sem cobrança de Prêmio adicional, observado o disposto no item 2.2. acima.

6. INÍCIO DE VIGÊNCIA

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

7. CESSAÇÃO DE COBERTURA

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

7.1.1. Para o Segurado:

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

8. PRÊMIO

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

9. ÂMBITO TERRITORIAL DE COBERTURA

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

10. CARÊNCIA

10.1. É o período de até 180 (cento e oitenta) 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.

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

11. FRANQUIA

11.1. É de até 15 (quinze) dias ininterruptos, por evento, conforme definido no Contrato de Seguro e/ou Apólice Individual do Seguro, contados a partir da data do início da incapacidade total e temporária do Segurado que o impeça de realizar toda e qualquer atividade laborativa.

12. PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO

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

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

12.2. Para a análise do pagamento da Indenização, respeitado o disposto nas Condições Gerais item 20, além do aviso de sinistro devidamente preenchido, deverão ser apresentados os seguintes documentos conforme abaixo:

- Aviso de sinistro preenchido e assinado (formulário padrão MetLife);
- Formulário “Autorização para Crédito de Indenização” (formulário padrão MetLife), devidamente preenchido e assinado pelo Segurado; Cópia do RG (carteira de identidade), CPF (Cadastro de Pessoa Física) e do comprovante de residência do Segurado;
- Cópia do Apólice Individual do Seguro;
- Declaração médica, constando diagnóstico, tratamento instituído e período de afastamento de toda e qualquer atividade laborativa, justificando o período indicado;
- Exames médicos complementares realizados;
- Comprovante de recolhimento do INSS ou Recibo de Pagamento Autônomo (RPA) - os três últimos anteriores ao afastamento - ou Declaração do imposto de renda ou Carnê leão – último;
- Cópia da comprovação contábil/fiscal da atividade profissional nos 3 (três) meses que antecedem ao afastamento.

13. DISPOSIÇÕES GERAIS

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



COBERTURA INTERNAÇÃO HOSPITALAR POR ACIDENTE OU DOENÇA (IHAD)

1. OBJETIVO

1.1. Esta Cobertura, desde que contratada, tem por objetivo garantir ao Segurado uma indenização correspondente ao pagamento de parcelas mensais ou pagamento de uma Indenização, 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 Carência 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 3.38 desta Condição Geral, e segurados que não exerçam atividades remuneradas.

2.2. Após um evento de internação hospitalar por acidente ou doença indenizado, o Segurado somente estará elegível à Indenização de um segundo evento de internação hospitalar por acidente ou doença, após 6 (seis) meses, a partir da data do pagamento total do Capital Segurado.

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 **no máximo de 15 (quinze) dias ininterruptos**, 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. 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.

4. RISCOS EXCLUÍDOS

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

- a) perturbações e intoxicações alimentares de qualquer espécie;
- b) eventos causados exclusivamente pela não utilização, pelo Segurado, de equipamentos de segurança exigidos por lei;
- c) eventos causados exclusivamente pela ausência de habilitação do Segurado para condução de veículo automotor;
- 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) 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;
- k) procedimentos e/ou tratamentos clínicos ou cirúrgicos para esterilidade, infertilidade, inseminação artificial, impotência sexual, controle de natalidade e, bem como suas consequências;
- l) cirurgia para correção de fimose;
- m) tratamentos para obesidade em qualquer modalidade, inclusive gastroplastia redutora; 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 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;
- 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 acidentados 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 11,12 e 20 das Condições Gerais, a cobertura do risco a que se refere esta cobertura cessa ainda:

8.1.1. Para o Segurado:

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

9. PRÊMIO

9.1. O Prêmio referente a esta cobertura estará previsto contratualmente

10. CARÊNCIA

10.1. É o período de até 180 (cento e oitenta) 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. 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 (ii) a entrega dos documentos associados à Cobertura pleiteada, conforme abaixo:

13.2. Para a análise do pagamento da Indenização, respeitado o disposto nas Condições Gerais item 20., além do aviso de sinistro devidamente preenchido, deverão ser apresentados os seguintes documentos conforme abaixo:

- Aviso de sinistro preenchido e assinado (formulário padrão MetLife);
- Formulário “Autorização para Crédito de Indenização” (formulário padrão MetLife), devidamente preenchido e assinado pelo Segurado ou, quando for o caso, por cada um dos Beneficiários;
- Cópias do RG (cédula de identidade), CPF (Cadastro de Pessoas Físicas) e comprovantes de residência do Segurado e, quando for o caso, de cada um dos Beneficiários;
- Cópia do Prontuário Hospitalar completo;
- Declaração original assinada e carimbada por representante do Hospital indicando data e hora de entrada e de alta hospitalar, mencionando períodos de enfermaria e UTI;
- Cópia do BO (Boletim de Ocorrência Policial) e/ou CAT (Comunicação de Acidente do Trabalho), se houver;
- Cópia da CNH (Carteira Nacional de Habilitação), em caso de acidente com veículo dirigido pelo Segurado;

- Cópia do Laudo do Exame de Dosagem Alcoólica e/ou Toxicológico, se realizado(s);
- Cópia do laudo da perícia técnica realizada no local do acidente, se houver;
- Cópia do resultado de exames complementares realizados;
- Cópia da Ficha de Registro de Empregado, quando tratar-se de Apólice Coletiva, cujo Vínculo prévio seja empregatício;
- Cópia dos 3 (três) últimos comprovantes de salário, quando tratar-se de Apólice Coletiva, cujo Vínculo prévio seja empregatício;
- Cópia da Apólice Individual do Seguro;
- Cópia da Conta da Concessionária com vencimento imediatamente anterior à ocorrência do Sinistro, quando tratar-se de Apólice cuja cobrança seja efetuada por intermédio de Conta de Concessionária;
- Cópia do comprovante de quitação da Conta da Concessionária indicada no item anterior.
- 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 autenticada do comprovante da condição de dependente, caso seja;
- b) cônjuge: RG / CPF e comprovante de residência e certidão de casamento atualizada;
- c) companheira(o): cópia autenticada da cédula de identidade, CPF e comprovação de união estável por ocasião da ocorrência do sinistro e Comprovante de residência;
- d) filhos: cópia autenticada da certidão de nascimento ou cédula de identidade e CPF;
- e) enteados: cópia autenticada da cédula de identidade, comprovante de casamento dos pais e CPF.

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.

14. DISPOSIÇÕES GERAIS

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



COBERTURA DE PERDA DE RENDA (PR)

1. OBJETIVO

1.1. Esta Cobertura, desde que contratada, tem por objetivo garantir ao Segurado uma indenização correspondente ao pagamento de parcelas mensais ou pagamento de uma Indenização, 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 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 Liberal ou Autônomo ou Liberal com comprovação de renda

2.2.1. Em caso de Profissional Autônomo ou Liberal Regulamentado com comprovação de renda 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 Autônomo ou Liberal Regulamentado 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, e os 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, será considerado um mesmo evento exceto quando o intervalo entre estas ocorrências for superior à 12 (doze) meses.

2.3.4. 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.

2.4. Será considerada elegível a condição empregatícia que o segurado possuir no momento da ocorrência do sinistro.

3. RISCOS EXCLUÍDOS

3.1. Além dos riscos expressamente excluídos apresentados no item 5 das Condições Gerais, estão também excluídos da presente Cobertura, as despesas decorrentes de:

3.1.1. 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.

3.1.2. 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, e, bem como suas consequências, inclusive períodos de convalescença a eles relacionados;
- c) tratamentos clínicos ou cirúrgicos com finalidade estética, salvo quando necessárias à restauração das funções alteradas em razão de Sinistro ocorrido na vigência do seguro;

- d) cirurgias plásticas (estéticas ou não) e períodos de convalescença a elas relacionados;
- e) tratamentos para obesidade, em qualquer modalidade, inclusive gastroplastia redutora;
- f) tratamentos para senilidade, geriatria, rejuvenescimento, repouso, convalescença e suas consequências;
- g) tratamentos odontológicos e ortodônticos de quaisquer espécies, salvo quando decorrentes de acidente pessoal, ocorridos dentro do período de vigência do seguro;
- h) doenças degenerativas da coluna vertebral, com exceção de tratamento cirúrgico;
- i) doenças crônicas, mesmo em fase aguda, entendendo-se como tal aquelas caracterizadas por sua evolução longa e insidiosa, com período de melhora e piora, não respondendo satisfatoriamente a procedimentos terapêuticos;
- j) doenças de características reconhecidamente progressivas, tais como fibromialgia, artrite reumatoide, osteoartrose, dor miofascial, esclerose múltipla, doença de Alzheimer, Doença de Parkinson, entre outras;
- 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.

3.1.3. 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) 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;
 - q) procedimentos e/ou tratamentos clínicos ou cirúrgicos para esterilidade, infertilidade, inseminação artificial, impotência sexual, controle de natalidade e, bem como suas consequências;
 - r) cirurgia para correção de fimose;
 - s) tratamentos para obesidade em qualquer modalidade, inclusive gastroplastia redutora; tratamentos para senilidade, geriatria, rejuvenescimento e suas consequências;
 - t) 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.

4. CAPITAL SEGURADO

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

4.1.1. O valor máximo de cada parcela e a quantidade máxima de parcelas indenizáveis, serão estabelecidos na Apólice de Seguro.

4.2. 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.

4.3. Para fins desta cobertura em caso de **Segurado que trabalhe como Profissional Liberal ou Autônomo Regulamentado** considera-se data do evento, a data da Perda de Renda, sendo esta a data do afastamento, conforme documentação comprobatória.

4.4. Para fins desta cobertura em caso de **Segurado que trabalhe como Profissional Liberal ou Autônomo NÃO Regulamentado** considera-se data do evento, a data da Internação Hospitalar, sendo esta a data do afastamento, conforme documentação comprobatória.

5. REINTEGRAÇÃO DO CAPITAL SEGURADO

5.1. 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**, 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.

6. CESSAÇÃO DE COBERTURA

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

6.1.1. Para o Segurado:

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

7. CARÊNCIA

7.1. É o período de até 180 (cento e oitenta) 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 cobertura. Este período será expresso na Apólice Individual do Seguro.

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

8. FRANQUIA

8.1. 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.

8.2. Em caso de **Segurado que trabalhe sob regime CLT a franquia é de até 90 (noventa) 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.

8.3. 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 do Seguro, contados a partir da data do início da incapacidade total e temporária do Segurado que o impeça de realizar toda e qualquer atividade laborativa.

8.4. Em caso de **Segurado que trabalhe como Profissional Liberal ou Autônomo NÃO Regulamentado a Franquia é de até 30 (trinta) dias ininterruptos, por evento, conforme definido no Contrato de Seguro e/ou Apólice do Seguro, contados a partir do momento da hospitalização do Segurado.**

9. ÂMBITO TERRITORIAL DE COBERTURA

9.1. Esta cláusula abrange os eventos ocorridos em território nacional.

10. VIGÊNCIA

10.1. A garantia compreendida por esta Cobertura terá vigência igual à prevista na Apólice.

11. PRÊMIO

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

12. DATA DO EVENTO

12.1. Para fins desta cláusula em caso de Segurado que trabalhe sob regime CLT, considera-se data do evento, 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.

12.2. Para fins desta cláusula em caso de Segurado que trabalhe como Profissional Liberal ou Autônomo Regulamentado, considera-se data do evento, a data da perda de renda, sendo esta a data do afastamento, conforme documentação comprobatória.

12.3. Para fins desta cobertura em caso de Segurado que trabalhe como Profissional Liberal ou Autônomo NÃO Regulamentado considera-se data do evento, a data da Internação Hospitalar, sendo esta a data do afastamento, conforme documentação comprobatória.

13. PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO

13.1. 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
- (ii) a entrega dos documentos associados à Cobertura pleiteada, conforme abaixo:

Para a análise do Pagamento da Indenização, respeitado o disposto nas Condições Gerais item 18, além do aviso de sinistro devidamente preenchido, deverão ser apresentados os seguintes documentos conforme abaixo:

- 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 31 dias após a data da demissão) e da página que comprove o recebimento do Seguro Desemprego, quando houver; (*)
- Cópia do RG (carteira de identidade), CPF (Cadastro de Pessoa Física) e do comprovante de residência do Segurado;
- Cópia autenticada do Termo de Rescisão do Contrato de Trabalho homologado no TRT ou Sindicato;
- Cópia autenticada da Autorização de Movimento do Fundo de Cobertura por Tempo de Serviço (FGTS);
- Cópia autenticada do último extrato do Fundo de Garantia por Tempo de Serviço caso tenha sido fornecido pela empresa.

(*) 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.

13.1. Para a análise do pagamento da Indenização em caso de Segurado que trabalhe como Profissional Liberal ou Autônomo Regulamentado, respeitado o disposto nas Condições Gerais item 18., deverão ser apresentados os respectivos documentos básicos, a seguir relacionados:

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

13.2. Para a análise do pagamento da Indenização em caso de Segurado que trabalhe como Profissional Liberal ou Autônomo NÃO Regulamentado, respeitado o disposto nas Condições Gerais item 18 deverão ser apresentados os respectivos documentos básicos, a seguir relacionados:

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

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

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.

14. DISPOSIÇÕES GERAIS

14.1. Esta Cobertura faz parte integrante das Condições Gerais do Seguro contratado. 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.