

Condições Gerais Seguro Acidentes Pessoais Passageiros

ÍNDICE



Conheça seu seguro _____ 04

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



Conheça seus prazos _____ 08

6. Vigência e Renovação do Seguro
7. Condições De Aceitação E Adesão Individual Do Seguro
8. Aceitação da Proposta de Adesão
9. Custeio Do Seguro
10. Cobrança E Pagamento Dos Prêmios
11. Cancelamento Da Apólice
12. CessaçãO Da Cobertura Individual

Conheça os valores _____ 09



13. Capital Segurado e Despesas de Salvamento
14. Atualização dos Valores do Seguro
15. Taxa Do Seguro E Recálculo Do Prêmio
16. Beneficiário(s)
17. Grupo Segurável
18. Grupo Segurado
19. Reintegração Do Capital Segurado



Como utilizar _____ 10

20. Ocorrência Do Sinistro
21. Pagamento Da Indenização
22. Perícia Médica/Junta Médica
23. Perda Do Direito À Indenização
24. Alterações Da Apólice
25. Outras Obrigações Do Estipulante
26. Material De Divulgação
27. Cumprimento das Leis Anticorrupção
28. Da Violação de Leis E Normas de Embargos ou Sanções Econômicas e Comerciai
29. Tributos
30. Prescrição
31. Foro
32. Disposições Finais

Condições Especiais

COBERTURA DE MORTE ACIDENTAL (MA)	18
COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE POR ACIDENTE (IPA)	20
COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL POR ACIDENTE (IPTA)	28
COBERTURA DE DESPESAS MÉDICO- HOSPITALARES E ODONTOLÓGICAS POR ACIDENTE (DMHO)	30
COBERTURA DE DIÁRIAS POR INCAPACIDADE TEMPORÁRIA POR ACIDENTE (DIT-A)	32
COBERTURA DE AUXÍLIO FUNERAL POR ACIDENTE (AUXFA)	35
COBERTURA DE DIÁRIA DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR POR ACIDENTE (DIHA)	37

Condições Gerais do Seguro Acidentes Pessoais Passageiros

1. CARACTERÍSTICAS

1.1. A METROPOLITAN LIFE SEGUROS E

PREVIDÊNCIA PRIVADA S.A., doravante denominada Seguradora, institui o Seguro Coletivo Acidentes Pessoais Passageiros, descrito nestas Condições Gerais, Coberturas e Coberturas Suplementares.

2. OBJETIVO

2.1. O presente seguro tem por objetivo garantir o pagamento de uma importância, limitada ao valor do Capital Segurado contratado, ao Segurado ou a seu(s) beneficiário(s), decorrente de eventos ocorridos exclusivamente aos passageiros de veículos ou embarcações de propriedade do estipulante ou sob sua responsabilidade, devidamente licenciado para o transporte de pessoas nas linhas ou trajetos e condições especificadas no Contrato, **exceto se decorrentes de riscos excluídos e desde que respeitadas as demais cláusulas destas Condições Gerais e do Contrato.**

2.2. Considera-se como passageiros, para fins deste seguro:

2.2.1 As pessoas que tenham adquirido bilhete de passagem, ou;

2.2.2. As pessoas que contenham comprovante que no momento do acidente estiverem sendo transportadas em veículo e/ou embarcações devidamente licenciados para o transporte de pessoas, ou;

2.2.3. Os condutores dos veículos de transporte de passageiros quando previstos nas condições contratuais do seguro.

2.2.4. Para todas as situações previstas nos subitens **2.2.1, 2.2.2 e 2.2.3** o número máximo de passageiros cobertos está limitado à lotação oficial máxima autorizada para o veículo e/ou embarcação.

3. DEFINIÇÕES

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

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

a) suicídio ou a sua tentativa, após dois anos de contratação do Seguro Individual ou da sua

recondução depois de suspenso, que será equiparado, para fins de indenização, a Acidente Pessoal, observada a legislação em vigor;

b) ação da temperatura do ambiente ou influência atmosférica, quando a elas o Segurado ficar sujeito em decorrência de acidente coberto;

c) escapamento acidental de gases e vapores;

d) sequestros e suas tentativas;

e) alterações anatômicas ou funcionais da coluna vertebral, de origem traumática, causadas exclusivamente por fraturas ou luxações radiologicamente comprovadas;

3.1.2. Excluem-se do conceito de Acidente Pessoal:

a) **doenças, quaisquer que sejam suas causas, ainda que agravadas, direta ou indiretamente por acidente; ressalvadas as infecções, estados septicêmicos e embolias, resultantes de ferimento visível causado por acidente coberto;**

b) **intercorrências ou complicações em consequência da realização de exames, de tratamentos clínicos ou cirúrgicos, quando não decorrentes de acidente coberto;**

c) **Quaisquer doenças, conforme apuradas nos termos dessa Apólice, mesmo as consideradas acidentes pela legislação previdenciária**

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

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

3.3. Capital Segurado: é o valor máximo para a cobertura contratada por ocupante do(s) veículo(s) discriminado(s) na apólice, a ser pago ou reembolsado pela Seguradora, no caso de ocorrência de sinistro coberto pela apólice, vigente na data do evento. **Nenhuma Indenização poderá ser superior ao Capital Segurado.**

3.4. Carência: é o período de tempo ininterrupto, contado da data do início de vigência individual, durante o qual o Segurado permanece no Seguro sem ter direito à(s) Cobertura(s) contratada(s), sem prejuízo do pagamento do Prêmio. **Na hipótese de aumento do Capital Segurado, o Seguro estará sujeito a novo período de Carência, contado a partir da data do início de vigência do aumento, exclusivamente aplicável ao aumento solicitado.**

3.5. Carta Contrato ou Proposta de Contratação: é o documento emitido pela Seguradora e dirigido ao Estipulante, contendo os elementos essenciais do interesse a ser por ela garantido. A aceitação da Carta Contrato ou Proposta de Contratação sem ressalvas e/ou alterações pelo Estipulante vincula as

partes. **Bilhete:** é o documento emitido pela Seguradora que formaliza a aceitação da(s) cobertura(s) solicitada(s) pelo Segurado, substitui a apólice individual e dispensa o preenchimento de proposta, nos termos da legislação específica.

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

3.7. 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.

3.8. Condições Especiais: é o conjunto de cláusulas e disposições relativas às coberturas e/ou modalidades deste plano de Seguro, onde são descritos quais são os riscos cobertos e os riscos não cobertos em cada garantia, que passam a ser parte integrante do contrato de Seguro quando contratada.

3.9. Condições Contratuais: é o conjunto de disposições que regem a contratação, incluindo as constantes da Proposta de Contratação, das Condições Gerais, das Cláusulas adicionais, da apólice, do Contrato, do Cartão de Movimentação ou da Proposta de Adesão e do Certificado Individual.

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

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

3.12. 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.

3.13. Corretor: é o profissional autônomo, pessoa natural ou jurídica, devidamente habilitado e registrado na Superintendência de Seguros Privados (SUSEP) para intermediar e promover contratos de Seguros, de acordo com a Lei nº 4.594/1964 e no Decreto-Lei nº 73/1966. Nos termos da legislação vigente, o corretor de Seguros responderá civilmente perante os Estipulantes, Subestipulantes, Segurados e Seguradora pelos prejuízos que causar por omissão, imperícia ou negligência no exercício da profissão.

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

3.15. Estipulante: é a pessoa física ou jurídica que propõe a contratação de apólice coletiva junto à Seguradora e assume poderes de representação dos Segurados, conforme legislação e regulamentação vigente, devendo atuar em benefício do grupo de pessoas que representa, negociando com a Seguradora os termos do contrato, com vistas à adesão de eventuais interessados a pessoa física ou jurídica que propõe a contratação de plano coletivo, ficando investida de poderes de representação dos Segurados, nos termos da legislação e regulamentação em vigor.

3.16. Evento Coberto: é o acontecimento futuro e incerto, previsto e não excluído na(s) Cobertura(s) contratadas, ocorrido durante a vigência do Seguro contratado, capaz de acarretar obrigações pecuniárias à Seguradora em favor do Segurado ou do(s) Beneficiário(s).

3.17. Franquia: é o período, em dias, contado a partir da data do evento coberto, durante o qual o segurado não terá direito ao recebimento da indenização. A franquia é deduzida por evento;

3.18. Coberturas: é(são) a(s) designação(ões) utilizada(s) para definir as responsabilidades assumidas pela Seguradora em função do Seguro.

3.19. Grupo Segurado: é constituído pelos componentes do Grupo Segurável, regularmente aceitos e incluídos no Seguro.

3.20. Grupo Segurável: é constituído pela totalidade das pessoas físicas que mantêm Vínculo com o Estipulante que podem aderir ou serem incluídas no Seguro, desde que atendam aos requisitos estabelecidos nas Condições Gerais e demais Disposições Contratuais.

3.21. Indenização: é o valor devido pela Seguradora ao Segurado 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.

3.22. 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.

3.23. 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.

3.24. Início de Vigência: é a data a partir da qual as coberturas de risco propostas serão cobertas pela Seguradora.

3.25. Lotação Oficial: é o número de passageiros declarado na licença do veículo, já incluído o motorista do veículo.

3.26. Período de Cobertura Individual: é (são) a(s) garantia(s) passível(is) de contratação

disponibilizada(s) pela Seguradora e no Bilhete que indica(m) as obrigações que a Seguradora assume para com o Segurado quando da ocorrência de um Evento Coberto.

3.27. Prêmio Individual: valor do prêmio de cada Segurado.

3.28. Prestador de Serviços: Para fins deste instrumento, são atividades exercidas por profissionais não registrados, que mantenham relação através de contrato e documento contábil comprobatório da atividade.

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: é a pessoa física cuja adesão ao Seguro é solicitada, e que passará à condição de Segurado somente após a sua aceitação pela Seguradora. Componente do Grupo Segurável que se propõe a sua adesão ao Seguro através da proposta de adesão.

3.31. Proposta de Adesão: é o documento com declaração dos elementos essenciais do interesse a ser garantido e do risco, em que o Proponente, pessoa física, expressa a intenção de aderir à contratação coletiva, manifestando pleno conhecimento das Disposições Contratuais.

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

3.33. Questionário de Avaliação de Risco: é o documento que engloba a Declaração Pessoal de Saúde e Atividade (DPSA), faz parte integrante da Proposta de Adesão, 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 Estipulante, Proponente, pretense segurado ou contratante devem prestar informações completas e verdadeiras sobre o interesse e o risco a serem garantidos.

3.34. Reintegração: é a recomposição do valor do capital segurado, após o pagamento de uma indenização.

3.35. Risco Coberto: é o evento previsto no objeto das coberturas contratadas, que necessariamente ocorra dentro do período de vigência, que não esteja expressamente indicado como risco excluído e que não se enquadre em uma das hipóteses de perda do direito à garantia do Seguro, previstas nestas Condições Gerais.

3.36. Riscos Excluídos: são aqueles riscos previstos nas Condições Gerais e Cobertura(s)

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

3.37. Segurado: é a pessoa física que mantém Vínculo com o Estipulante mais os passageiros que estiverem sendo transportadas dentro do veículo.

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

3.39. Sinistro: é a ocorrência de um evento coberto pelas Coberturas contratadas, desde que estas estejam em vigor, e capaz de acarretar obrigações pecuniárias à Seguradora. É a ocorrência de um Evento Coberto garantido pela Seguradora e capaz de lhe acarretar obrigações pecuniárias.

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

3.41. Vigência do Seguro: período de tempo estabelecido para duração dos efeitos do Seguro contratado, abrangendo o período de cobertura, durante o qual o Segurado faz jus à(s) garantia(s) contratada(s), desde que haja o recolhimento dos prêmios devidos à Seguradora.

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

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.

4.1.1. Cobertura Básica

- Morte Acidental (MA)

4.1.2. Coberturas Adicionais

- Invalidez Permanente por Acidente (IPA)
- Invalidez Permanente Total por Acidente (IPTA)
- Despesas Médico-Hospitalares e Odontológicas por Acidente (DMHO)
- Diárias por Incapacidade Temporária por Acidente (DIT-A)
- Auxílio Funeral por Acidente (AUXFA)
- Diária de Internação Hospitalar por Acidente (DIHA)

4.2. O seguro só poderá ser efetivado se houver, pelo menos, a contratação da Cobertura Básica.

4.3. As coberturas contratadas pelo Estipulante e/ou Sub- Estipulante estarão expressas na Proposta, Contrato e na Apólice do 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. Para os menores de 14 (quatorze) anos é permitido, exclusivamente, o oferecimento e a contratação de coberturas relacionadas ao reembolso de despesas com funeral.

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

c) doenças e acidentes preexistentes omitidos voluntariamente pelo Segurado no Questionário de Avaliação de Risco, assim entendido: estados mórbidos e doenças contraídas anteriormente à contratação do seguro, de conhecimento do Segurado e não declaradas no ato da contratação, bem como os acidentes sofridos pelo Segurado antes da resposta ao Questionário de Avaliação de Risco. Em relação as doenças preexistentes, excepcionalmente, mediante expresso acordo entre Seguradora e Segurado, poderá ser excluída da Cobertura Doenças Preexistentes específicas declaradas no Questionário de Risco que integra a Proposta de Adesão

d) Nestas hipóteses, o Certificado Individual discriminará a(s) Doença(s) Preexistente(s) objeto(s) de exclusão de Cobertura.

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

-do início de vigência individual do Seguro; ou

-da solicitação de aumento de Capital Segurado feita exclusivamente pelo Segurado/Estipulante. Nesta hipótese a exclusão somente se aplica à

diferença do Capital Segurado aumentado;

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

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

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

i) 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.

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

k) acidentes ocorridos quando o Segurado não legalmente habilitado estiver na condução de veículo automotor e aeronaves de qualquer tipo;

l) eventos em que o Segurado tenha intencionalmente atentado contra a vida e integridade física de outrem, consumado ou não, exceto em caso de legítima defesa ou assistência à pessoa em perigo.

m) competições ilegais;

n) moléstias profissionais, mesmo quando consideradas acidentes do trabalho pela legislação previdenciária, inclusive as decorrentes ou não de microtraumas de repetição, tais como DORT (Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho), LER (Lesões por Esforços Repetitivos), Tenossinovite, etc.

5.2. Do veículo ou embarcação transportador:

Estão excluídos os eventos causados em consequências diretas ou indiretas e/ou relacionados a veículo ou embarcação:

a) que estiver com lotação excedente da autorizada por regulamentos e atos baixados pelas autoridades competentes, e/ou forem postos em movimento ou guiados por condutores que não tenham a devida habilitação, ressalvados os casos de força maior;

b) destinado ao serviço de socorros médicos, das corporações militares, de bombeiros e de transportes de presidiários;

c) não esteja especificado nas Condições Gerais.

6. VIGÊNCIA E RENOVAÇÃO DO SEGURO

6.1. Vigência e Renovação da Apólice

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

6.1.2. O início e término de vigência do seguro será a 24:00 (vinte e quatro) hora das datas indicadas, respectivamente, na Apólice, nos Certificados Individuais do Seguro e nos endossos.

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

6.1.4. A Apólice Coletiva será automaticamente renovada, caso em até 30 (trinta) dias antes de seu término, a Seguradora ou Estipulante não comunique sua decisão de não renovar ou das eventuais modificações que pretenda realizar para a renovação.

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

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

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

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

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

6.2. Vigência dos Certificados Individuais

6.2.1. O período de cobertura deste seguro para cada ocupante tem início no momento do ingresso do

mesmo no veículo transportador e termina no momento de sua saída do mesmo.

6.2.2. A cobertura individual de cada item se efetiva a partir da data acordada entre as partes contratantes, e se mantém enquanto estiver sendo pago tempestivamente o prêmio do seguro na periodicidade especificada na Apólice.

6.2.3. As datas de início e de término de vigência de cada cobertura individual estarão expressas nos respectivos certificados individuais.

6.2.4. O final de vigência especificado na Apólice não poderá, em qualquer hipótese, ultrapassar a vigência da respectiva apólice coletiva.

6.2.5. Respeitado o período correspondente ao prêmio pago, a cobertura para cada Segurado cessa automaticamente no final do prazo de vigência da apólice, se esta não for renovada.

7. CONDIÇÕES DE ACEITAÇÃO E ADESÃO INDIVIDUAL DO SEGURO

7.1. O Contrato ou Proposta de Contratação, assinada pelo Estipulante ou por intermédio de seus representantes, deverá ser entregue à Seguradora.

7.2. As Condições Contratuais completas deste Seguro acompanharão o Contrato ou a Proposta de Contratação.

7.3. 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.

7.4. 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.

7.5. A não aceitação da Proposta de Contratação, por parte da Seguradora, será comunicada por escrito ao Estipulante e implicará na devolução integral, no prazo máximo de 10 (dez) dias corridos, de qualquer pagamento de Prêmio eventualmente efetuado 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).

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

seguro. Durante o período compreendido entre a data da recepção do prêmio pago antecipadamente pelo Estipulante, até a data da formalização da recusa da Proposta de Contratação, haverá cobertura provisória, desde que solicitada pelo proponente na proposta.

8. ACEITAÇÃO DA PROPOSTA DE ADESÃO

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

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

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

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

8.4. A inobservância a qualquer condição prevista nesta cláusula acarretará a perda da condição de Segurado.

9. CUSTEIO DO SEGURO

9.1. Para fins deste Seguro, a forma de custeio será estabelecida contratualmente, levando em consideração as seguintes possibilidades:

a) não contributivo: aquele em que os Segurados não pagam Prêmio, cabendo a responsabilidade pelo pagamento do Prêmio exclusivamente ao Estipulante;

b) contributivo: aquele em que os Segurados pagam Prêmio, parcial ou totalmente.

10. COBRANÇA E PAGAMENTO DOS PRÊMIOS

10.1. É de responsabilidade do Estipulante, salvo disposições em contrário previstas contratualmente, a cobrança do Prêmio Individual e o repasse dos prêmios, mediante quitação nos respectivos vencimentos das faturas emitidas pela Seguradora

10.2. A periodicidade e a forma de pagamento dos Prêmios serão definidos contratualmente.

10.3. **Quando a forma de cobrança do prêmio for a de desconto ou consignação em folha de pagamento, o Estipulante, salvo nos casos de cancelamento da Apólice, somente poderá interromper o recolhimento em caso de perda do**

Vínculo ou mediante pedido do Segurado por escrito.

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

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

10.6. **É vedada a cobrança de qualquer taxa de inscrição ou intermediação, nos planos de Seguro de Acidentes Pessoais Passageiro**

10.7. A forma de pagamento e os procedimentos para faturamento dos prêmios nos conceitos de "risco decorrido" ou "a decorrer" estarão estabelecidos no contrato e/ou no documento de cobrança emitido pela Seguradora.

10.8. Quando a data de vencimento ocorrer em dia em que não haja expediente bancário, o pagamento poderá ser efetuado no primeiro dia útil em que houver expediente bancário.

10.9. O pagamento do prêmio até a data de seu vencimento manterá o Seguro em vigor até o último dia do período de cobertura a que se referir.

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

10.11. 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).

10.12. **Quando a forma de pagamento do 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**

10.13. **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.**

10.14. 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 Estipulante e o Segurado serão notificados por meio idôneo, com comprovação de recebimento, para regularizar o(s) pagamento(s) no prazo mínimo de 15 (quinze) dias

10.15. Segurado deverá pagar as faturas em atraso, acrescidas dos encargos previstos neste documento, para evitar o cancelamento de seu seguro, considerando o disposto no próximo item..

10.16. 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

10.17. Ocorrendo sinistro no período de inadimplência, antes do cancelamento final do seguro, a Seguradora realizará o pagamento do Capital Segurado ao Beneficiário indicado, sem prejuízo da cobrança dos prêmios em atraso.

10.18. 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 e ao Estipulante, informando sobre sua decisão em cancelar o Seguro, independentemente de haver parcela(s) em atraso intercalada(s) com parcela(s) paga(s).

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

10.20. Caso o Estipulante e/ou—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.

10.21. Se o Estipulante deixar de recolher à Seguradora, no prazo devido, os Prêmios custeados pelos Segurados, estes não podem ser prejudicados no direito à(s) cobertura(s) contratada(s) do seguro, respondendo a Seguradora pelo pagamento da(s) Indenização(ões) eventualmente devida(s), sem prejuízo da ação de cobrança por parte da Seguradora junto ao Estipulante.

11. CANCELAMENTO DA APÓLICE

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

a) a qualquer tempo, por mútuo acordo entre Seguradora e Estipulante, desde que mediante anuência prévia e expressa de Segurados que representem, no mínimo, $\frac{3}{4}$ (três quartos) do

Grupo Segurado, respeitado o aviso prévio de 30 (trinta) dias. Tratando-se de contratação cujo Vínculo entre Estipulante e Segurado seja exclusivamente securitário, não será aplicada a anuência de $\frac{3}{4}$ (três quartos) do grupo, sendo o tratamento diretamente com o Segurado

b) no final do prazo de sua vigência, se não houver renovação;

c) pelo atraso no pagamento do Prêmio conforme disposto no item 12. destas Condições Gerais, após o término do prazo de 90 (noventa) dias da última notificação ao Estipulante, se o pagamento não for regularizado

d) na hipótese do segurado, seus prepostos ou seus beneficiários ou, no caso de pessoas jurídicas, seus sócios controladores, dirigentes e administradores legais agirem com dolo, fraude ou simulação na contratação do seguro, durante toda sua vigência, ou ainda para obter ou para majorar a indenização.

12. CESSAÇÃO DA COBERTURA INDIVIDUAL

12.1. A cobertura de cada Segurado cessa:

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

a) com o cancelamento da Apólice por quaisquer das situações previstas no item 12;

b) quando o Segurado solicitar sua exclusão da Apólice, com antecedência mínima de 60 (sessenta) dias;

c) com o falecimento do Segurado;

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

e) com a extinção do Vínculo entre o Segurado e o Estipulante, seja ou não este fato comunicado à Seguradora;

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

12.1.2. Nas Apólices Coletivas com Vínculo exclusivamente relativo ao contrato de seguro entre Estipulante e Segurado:

a) com o cancelamento da Apólice por quaisquer das situações previstas no item 12;

b) quando o Segurado solicitar sua exclusão da Apólice, com antecedência mínima de 30 (trinta) dias;

c) com o falecimento do Segurado;

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

Indenização;

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

f) quando o Segurado não pagar o Prêmio Individual desde que haja notificação prévia com 30 (trinta) dias de antecedência. quando o Segurado não pagar o Prêmio Individual, observado o disposto no item 10.8.2 destas Condições Gerais.

13. CAPITAL SEGURADO E DESPESAS DE SALVAMENTO

13.1. O Capital Segurado de cada cobertura contratada deverá ser estabelecido contratualmente e constar nos respectivos Certificados Individuais do Seguro.

13.2. 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.

13.3. 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.

13.4. Serão reembolsáveis os valores comprovadamente despendidos, de até 1% do valor total dos limites máximos de indenização das coberturas, limitado a R\$ 10.000,00 (dez mil reais) apuradamente aplicáveis no momento da comunicação da expectativa de sinistro à seguradora até a concretização do sinistro ou do término de sua iminência.

13.5. 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 Apólice¹. Assim, a realização de um reembolso resulta na manutenção, como novo limite para reembolsos, do saldo do limite não utilizado.

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

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.

13.7. A Seguradora somente suportará despesas incorridas pelo Segurado, ou por Terceiros, que venham a exceder o limite disposto na cláusula 13 quando essas despesas se referirem diretamente a medidas expressamente recomendadas ao Segurado pela Seguradora e comprovadamente cumpridas pelo Segurado ou Terceiro.

13.8. 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.

13.9. Quando os Capitais Segurados não forem comuns para todos os Segurados, a escala será determinada em função de fatores objetivos, estabelecidos no Contrato, tais como: salário, função, estado civil, número de dependentes etc.

13.10. Considera-se como data do evento, para efeito de determinação do Capital Segurado, para a garantia básica, a data do falecimento.

13.11. Para as demais coberturas adicionais, se contratadas, a data do evento será fixada nas respectivas Cláusulas Adicionais

14. ATUALIZAÇÃO DOS VALORES DO SEGURO

14.1. O Capital Segurado, bem como o Prêmio deste Seguro, será atualizados anualmente, no aniversário da apólice pela aplicação do percentual de variação positiva do IPCA/IBGE (Índice de Preços ao Consumidor Amplo).

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

14.2. Alternativamente ao critério de atualização mencionado no item 14.1 acima, poderá se estabelecer ainda, anualmente no aniversário da apólice, que o valor do Capital Segurado e dos Prêmios serão alterados segundo outro critério, tal como a variação do reajuste de salário ou provento do Segurado, devendo este constar no contrato de seguro

14.3. Nas Apólices coletivas, o Estipulante, ou nos Certificados individuais, o Segurado, poderão solicitar aumento espontâneo de Capital Segurado, que dependerá da aceitação da Seguradora.

15. TAXA DO SEGURO E RECÁLCULO DO PRÊMIO

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

15.2. O Prêmio deste seguro será calculado com base na idade ou faixa etária do Segurado, na data de seu ingresso no presente seguro, e será reenquadrado sempre que o Segurado atingir nova idade ou faixa etária. A nova taxa passará a vigorar a partir da data em que cada um dos segurados atingir a nova idade ou faixa etária ou ainda na data de aniversário da apólice para todos os componentes do Grupo Segurado, conforme previsto contratualmente

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

16. BENEFICIÁRIO(S)

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

16.2. 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.

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

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

16.5. 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.

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

16.7. 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.

16.8. Caso o Segurado seja separado, ainda

que de fato, caberá ao companheiro a metade que caberia ao cônjuge.

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

17. GRUPO SEGURÁVEL

17.1. Aquele constituído pela totalidade das pessoas físicas, que podem aderir ou serem incluídas no seguro, desde que atendam aos requisitos estabelecidos nas Condições Gerais e demais Disposições Contratuais.

17.2. É facultado à Seguradora solicitar, a qualquer tempo, a apresentação de documentos que comprovem as condições acima estabelecidas para enquadramento do grupo segurável.

18. GRUPO SEGURADO

18.1. O Grupo Segurado compreenderá sempre um contingente mínimo dos Componentes do Grupo Segurável, de acordo com o seguinte critério:

a) Quando o seguro for pago unicamente pelo Estipulante, denominado "Não Contributário", deverá participar da apólice a totalidade das pessoas seguráveis.

b) Não serão consideradas como pertencentes ao Grupo Segurado as pessoas impedidas de serem seguradas e as que comprovadamente não desejarem participar do seguro.

c) Quando o seguro for pago parcial ou totalmente pelos componentes, denominado "Contributário", os índices de adesão para aceitação e manutenção, deverá ser estabelecido para cada Grupo de Seguráveis.

d) Nos seguros "Contributários" em que o Grupo Segurável for suscetível de divisão em subgrupos expressamente determinados, e cuja definição conste da apólice, é permitida a realização do seguro para cada subgrupo, desde que, em cada um deles, seja observado o número mínimo de Segurados, o respectivo índice mínimo de adesão e demais condições de aceitação. A realização do seguro nestas condições constará da apólice e o início de cada subgrupo constituirá um Aditivo à mesma.

19. REINTEGRAÇÃO DO CAPITAL SEGURADO

19.1. Se, durante a vigência deste seguro ocorrer um ou mais sinistros cobertos pelas coberturas de Morte Acidental, Invalidez Permanente Total por Acidente, Despesas Médicas, Hospitalares e Odontológicas por Acidente ou Diária por Incapacidade Temporária por Acidente, o capital segurado correspondente à garantia sinistrada, por

ocupante do veículo, ficará reduzido do valor correspondente à indenização paga ou pendente, dividida pelo número de ocupantes definido pela lotação oficial.

19.1.1. A reintegração do capital segurado é automática após cada sinistro, sem cobrança de prêmio adicional.

19.1.2. Havendo concordância da Seguradora, será cobrado prêmio adicional correspondente à reintegração do capital segurado pelo período compreendido entre a data do sinistro e o vencimento do seguro.

20. OCORRÊNCIA DO SINISTRO

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

20.2. Em caso de sinistro passível de cobertura por este Seguro, o Segurado, o(s) Beneficiário(s) ou representante(s) legal(is) deverá(ão) comunicá-lo à Seguradora.

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

21. PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO

21.1. 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.

21.2. **As despesas incorridas com a comprovação do evento referentes a apresentação dos documentos básicos predeterminados no contrato para comunicação do evento e, quando for o caso, os documentos de habilitação do(s) Beneficiário(s) correrão por conta dos interessados, salvo as diretamente realizadas pela Seguradora**

21.3. **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.**

21.4. **Os documentos e informações enviados devem ser adequadamente nomeados e estar**

legíveis e claros.

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

21.6. **Reconhecida a Cobertura, a Seguradora efetuará o pagamento da indenização no prazo máximo de 30 (trinta) dias, a contar da data em que a Seguradora manifestou-se sobre a existência de Cobertura** O pagamento de qualquer Indenização decorrente do presente Seguro será efetuado em até 30 (trinta) dias, contados da data de entrega de todos os documentos necessários, relacionados nas respectivas Cláusulas de cada Cobertura

21.7. A relação de documentos **mínimos e elementos necessários para a regulação de Sinistro está prevista em cada uma das respectivas Coberturas contratadas. O processo de regulação somente seguirá para análise após o recebimento de todos os elementos, inclusive documentos mínimos, indicados nas Coberturas contratadas, que deverão ser submetidos pelo Segurado à Seguradora, no prazo de 150 dias.**

21.8. **Caso ao final do prazo indicado no item 21.1.1. 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**

21.9. **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.**

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

21.11. **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.**

21.12. 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

21.13. 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 19.3. por, no máximo, 1 (uma) vez, reiniciando-se a contagem no primeiro dia útil subsequente ao

atendimento integral da solicitação.

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

21.15. 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.

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

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

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

22. PERÍCIA MÉDICA/JUNTA MÉDICA

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

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

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

nomeado pelo Segurado.

22.4. As despesas efetuadas com a comprovação do sinistro e documento de habilitação dos beneficiários correrão por conta dos interessados, salvo as diretamente realizadas pela Seguradora.

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

23. PERDA DO DIREITO

23.1. 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:

23.1.1. 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;

23.1.2. 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.

23.2. Não se aplicam hipóteses dos itens a) e b) do item 24.1 quando o interessado provar que a Seguradora tomou ciência oportunamente do sinistro e das informações por outros meios.

23.3. 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

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

a) inobservância das obrigações convencionadas neste Seguro;

b) dolo, fraude ou sua tentativa, simulação ou culpa grave, para obter ou majorar a Indenização, ou ainda se o Segurado ou o(s) Beneficiário(s) tentar(em) obter vantagem indevida com o Sinistro;

c) Omitir ou prestar informações falsas à Seguradora dolosamente;

d) Provocar dolosamente o sinistro, exceto quando se tratar da hipótese de suicídio, que obedecerá a disposição do período de Carência.

e) Tiver prévia ciência de prática delituosa por parte do Beneficiário em causar o sinistro.

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

g) Cometer fraude por ocasião da reclamação do sinistro

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

24. ALTERAÇÕES DA APÓLICE

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

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

24.3. Se a modificação for por força do reenquadramento por idade ou faixa etária previsto no item 16.2, não haverá a necessidade da anuência expressa de ¾ (três quartos) do Grupo Segurado

25. OUTRAS OBRIGAÇÕES

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

a) Fornecer todas as informações necessárias à aceitação da proposta e à fixação da taxa para cálculo do valor do prêmio, incluindo dados cadastrais, conforme lhe for solicitado pela Seguradora

b) manter a Seguradora informada a respeito dos dados cadastrais dos Segurados, alterações na natureza do risco coberto, bem como quaisquer eventos que possam, no futuro, resultar em Sinistro, de acordo com o definido contratualmente;

c) Assistir o segurado ou o beneficiário durante a execução do contrato e fornecer ao segurado, sempre que solicitado, informações relativas ao seguro contratado;

d) discriminar o valor do Prêmio no instrumento de cobrança, quando este for de sua responsabilidade;

e) repassar o Prêmio à Seguradora, nos prazos estabelecidos contratualmente, caso seja responsável pelo recolhimento dos prêmios;

f) repassar aos Segurados todas as comunicações ou avisos inerentes à Apólice, quando for diretamente responsável pela sua administração; discriminar a razão social e, se for o caso, o nome fantasia da Seguradora responsável pelo risco, nas comunicações e materiais de comercialização e publicidade referentes ao seguro;

g) comunicar, de imediato, à Seguradora, a ocorrência de qualquer Sinistro, ou expectativa de Sinistro, referente ao grupo que representa, assim que deles tiver conhecimento, quando esta comunicação estiver sob sua responsabilidade;

h) dar ciência aos Segurados dos procedimentos e prazos estipulados para a liquidação de Sinistros;

i) comunicar de imediato à SUSEP quaisquer procedimentos que considerar irregulares quanto ao Seguro contratado;

j) fornecer à SUSEP quaisquer informações solicitadas, dentro do prazo por ela especificado; informar a razão social e, se for o caso, o nome fantasia da Seguradora, bem como o percentual de participação no risco, no caso de cosseguro, em qualquer material de promoção ou propaganda do Seguro, em caráter tipográfico maior ou igual ao do Estipulante;

k) Informar com destaque aos segurados ou beneficiários, nas propostas de adesão, nos questionários e nos demais documentos do contrato, as quantias eventualmente recebidas da seguradora pelos serviços prestados.

l) Fornecer ao Beneficiário indicado a título oneroso, tão logo quanto possível, certificado e condições contratuais do seguro

m) Informar tudo de relevante que souber ou que deveria saber a respeito do interesse e do risco a serem garantidos, de acordo com as regras ordinárias de conhecimento.

26. MATERIAL DE DIVULGAÇÃO

26.1. É vedado ao Estipulante efetuar publicidade e promoção do seguro sem prévia anuência da seguradora e sem respeitar rigorosamente estas Condições Contratuais e a regulamentação de práticas de conduta no que se refere ao relacionamento com o cliente. A propaganda e a divulgação do Seguro, por parte do Estipulante e/ou seu representante legal, dependerá de autorização expressa e supervisão da Seguradora, respeitadas as condições da Apólice e as normas deste Seguro.

27. CUMPRIMENTO DAS LEIS ANTICORRUPÇÃO

27.1. O Estipulante, seus diretores, conselheiros e colaboradores, bem como qualquer pessoa por cujos atos ou inadimplementos possam ser responsáveis, ou qualquer pessoa que atue em seu nome, não

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

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

28.1. 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, Estipulante 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.

28.2. 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.

28.3. 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.

28.4. 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.

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

28.6. Como uma organização global, a MetLife está sujeita a programas 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.

29. TRIBUTOS

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

30. PRESCRIÇÃO

30.1. 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

31. FORO

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

32. DISPOSIÇÕES FINAIS

32.1. A aceitação da Proposta estará sujeita à análise do risco.

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

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

32.4. 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, Salvo quando, **cumulativamente, (i) tratar-se de seguro individual, ou assim considerado pela Lei; e (ii) a renovação tiver ocorrido de forma automática e sucessiva por prazo superior à 10 (dez) anos.**

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

32.6. As condições particulares do Seguro prevalecem sobre as especiais, estas, sobre condições gerais



COBERTURA DE MORTE ACIDENTAL (MA)

1. OBJETIVO

1.1 Esta Condição Especial, se contratada, garante aos Beneficiários o pagamento de capital Segurado contratado em caso de falecimento do passageiro, decorrente exclusivamente de Acidente Pessoal Coberto durante a vigência do Seguro, **exceto se o evento caracterizar-se como um dos riscos excluídos indicados nestas condições especiais e observadas às demais disposições contratuais.**

1.2 Poderá ser considerado Segurado para essa cobertura: Motoristas Titular do Seguro, Passageiros ou Passageiros e Motoristas, **essa definição deve constar nas 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, estão também excluídos os eventos ocorridos em consequência, direta ou indireta de e/ou relacionados a

a) Intercorrências ou complicações consequentes da realização de exames, tratamentos clínicos ou cirúrgicos, quando não decorrentes de acidente pessoal coberto;

b) Perturbações e intoxicações alimentares de qualquer espécie;

c) Participação do segurado, em competições ilegais em aeronaves, embarcações e veículos a motor, inclusive treinos preparatórios. Esta exclusão não poderá ser aplicada para os casos em que o segurado estiver no exercício de prática de esportes;

d) Acidente causado exclusivamente quando o segurado estiver conduzindo veículo automotor, aeronave ou equipamento sem a devida aptidão, habilidade ou habilitação específica;

e) Eventos em que o segurado tenha intencionalmente atentado contra a vida e

integridade física de outrem consumado ou não, exceto em caso de legítima defesa ou assistência à pessoa em perigo.

f)

4. CAPITAL SEGURADO

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

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

4.3 Para menores de 14 (quatorze) anos, esta garantia, independentemente do capital Segurado, se limita ao reembolso das despesas com funeral, desde que devidamente comprovadas com as notas fiscais originais.

5. INÍCIO DE VIGÊNCIA DESTA COBERTURA

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

6. CESSAÇÃO DE COBERTURA DESTA COBERTURA

6.1 Além das hipóteses previstas nas Condições Gerais, a garantia do risco individual extingue-se nas seguintes situações:

a) Com o falecimento do Segurado ou do Beneficiário;

b) Com o cancelamento ou a não renovação da apólice ou da presente condição especial;

c) Com o pagamento da indenização relativa a esta condição especial extingue, imediata e automaticamente, a cobertura integral do Seguro, independentemente da cobrança do prêmio;

d) Com o pagamento de indenização de outra condição especial (outra garantia) que tenha previsão de extinção de cobertura integral do Seguro, independentemente da cobrança e do pagamento do prêmio. Em caso de pagamento de prêmio indevido, este deverá ser devolvido pela Seguradora, devidamente atualizado pelo IPCA/IBGE (índice de Preços ao Consumidor Amplo), desde a data do pagamento até a data da efetiva devolução.

7. PRÊMIO

7.1 O Prêmio referente a esta Cobertura estará previsto contratualmente.

8. ÂMBITO TERRITORIAL

8.1. Esta Cobertura abrange os eventos ocorridos em todo o globo terrestre.

9. CARÊNCIA

9.1 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 coberturas são

- a) O aviso do Sinistro totalmente preenchido
- b) A entrega dos documentos **associados à Cobertura pleiteada, conforme abaixo:**

Para análise do pagamento da indenização, respeitado o disposto nas Condições Gerais item 19., **além do aviso de sinistro devidamente preenchido**, deverão ser apresentados os respectivos documentos, a seguir relacionados

- Formulário “Aviso de Sinistro” (Formulário padrão Metlife) preenchido e assinado pelo Solicitante;
- 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;
- comprovante de indicação de Beneficiário(s) assinado pelo Segurado;
- cópia do BO (Boletim de Ocorrência Policial) e/ou CAT (Comunicação de Acidente do Trabalho), se houver;
- cópia do Laudo do Necroscópico - IML (Instituto Médico- Legal), se realizado;
- cópia da CNH (Carteira Nacional de Habilitação), em caso de acidente com veículo dirigido pelo Segurado;
- cópia do Laudo do Exame de Dosagem Alcoólica e/ou Toxicológico, se realizado(s);
- cópia do laudo da perícia técnica realizada no local do acidente, se houver.
- Em caso do segurado ser o motorista, documentação que comprove que o motorista estava em trajeto no veículo ou embarcação no momento da ocorrência do Evento;
- Em caso do segurado ser o passageiro, documentação que comprove que o mesmo estava sendo transportado pelo veículo ou embarcação no momento da ocorrência do Evento;

10.2 As demais regras para análise e regulação de sinistros relacionadas a presente garantia, bem como para pagamento de indenização (se caracterizada obrigação da Seguradora) estão indicados nas Condições Gerais deste Seguro.

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

11. BENEFICIÁRIO

11.1 Para efeito desta condição especial, o Beneficiário é(são) a(s) pessoa(s) física(s) ou jurídica(s) designada(s) para receber os valores de Indenização, na hipótese de ocorrência de Evento Coberto.

12. DISPOSIÇÕES GERAIS

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



COBERTURA DE 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.**

1.2. Poderá ser considerado Segurado para essa cobertura: Motoristas Titular do Seguro, Passageiros ou Passageiros e Motoristas, **essa definição deve constar nas 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 e permanente, **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 Clausula, em virtude de lesões físicas exclusivamente decorrentes de Acidente Pessoal coberto, **desde que tais lesões não sejam reabilitáveis ou recuperáveis 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.

4. CAPITAL SEGURADO

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

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

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.**

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.

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.

6. ACUMULAÇÃO DE INDENIZAÇÕES

6.1. As Indenizações decorrentes de eventos por morte acidental e invalidez permanente por acidente,

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

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

INVALIDEZ PERMANENTE	DISCRIMINAÇÃO	% SOBRE O CAPITAL
PARCIAL DIVERSAS	Perda total da visão de um olho	30
	Perda total da visão de um olho, quando o Segurado já não tiver a outra vista	70
	Surdez total incurável de ambos os ouvidos	40
	Surdez total incurável de um dos ouvidos	20
	Mudez incurável	50
	Fratura não consolidada do maxilar inferior	20
	Imobilidade do segmento cervical da coluna vertebral	20
	Imobilidade do segmento tóraco-lombo-sacro da coluna vertebral	25
	PARCIAL MEMBROS	Perda total de uso de um dos membros superiores
Perda total do uso de uma das mãos		60

SUPERIORES	Fratura não consolidada de um dos úmeros	50
	Fratura não consolidada de um dos segmentos rádio-ulnares	30
	Anquilose total de um dos ombros	25
	Anquilose total de um dos cotovelos	25
	Anquilose total de um dos punhos	20
	Perda total do uso de um dos polegares, inclusive o metacarpiano	25
	Perda total do uso de um dos polegares, exclusive o metacarpiano	18
	Perda total do uso da falange distal do polegar	9
	Perda total do uso de um dos dedos indicadores	15
	Perda total do uso de um dos dedos mínimos ou um dos dedos médios	12
	Perda total do uso de um dos dedos anulares	9
	Perda total do uso de qualquer falange, excluídas as do polegar: equivalente a 1/3 do valor do dedo respectivo	

INVALIDEZ PERMANENTE	DISCRIMINAÇÃO	% SOBRE O CAPITAL
PARCIAL MEMBROS INFERIORES	Perda total do uso de um dos membros inferiores	70
	Perda total do uso de um dos pés	50
	Fratura não consolidada de um fêmur	50
	Fratura não consolidada de um dos segmentos tíbio-Peroneiros	25
	Fratura não consolidada da rótula	20
	Fratura não consolidada de um pé	20
	Anquilose total de um dos joelhos	20
	Anquilose total de um dos tornozelos	20
	Anquilose total de um quadril	20
	Perda parcial de um dos pés, isto é, perda de todos os dedos e de uma parte do mesmo pé	25
	Amputação do 1º (primeiro) dedo	10
	Amputação de qualquer outro dedo	3
	Perda total do uso de uma falange do 1º (primeiro) dedo, equivalente ½, e dos demais dedos, equivalentes a 1/3 do respectivo dedo.	
	Encurtamento de um dos membros inferiores	
	- De 5 (cinco) centímetros ou mais	15
	- De 4 (quatro) centímetros	10
	- De 3 (três) centímetros	06
- Menos de 3 (três) centímetros: sem indenização		

PERDA DO USO DE MEMBROS SEM PERDA ANATÔMICA

A perda ou redução da força ou da capacidade funcional considerada é a que não resulte de lesões articulares ou de segmentos amputados, constantes dos quadros próprios da tabela.

INVALIDEZ PERMANENTE	DISCRIMINAÇÃO	% SOBRE O CAPITAL
DIVERSAS	MANDÍBULA	
	Maxilar inferior (mandíbula) redução de movimentos	
	Em grau mínimo	5
	Em grau médio	10
	Em grau máximo	20
	NARIZ	
	Amputação total do nariz com perda total do olfato	25
	Perda total do olfato	7
	Perda do olfato com alterações gustativas	10
	APARELHO VISUAL E ANEXOS DO OLHO	
	Diplopia	15
	Lesões das vias lacrimais	
	Unilateral	7
	Unilateral com fístulas	15
	Bilateral	14
	Bilateral com fístulas	25
	Lesões da pálpebra	
	Ectrópio unilateral	3
	Ectrópio bilateral	6
	Entrópio unilateral	7
	Entrópio bilateral	14
	Má oclusão palpebral unilateral	3
	Má oclusão palpebral bilateral	6
	Ptose palpebral unilateral	5
	Ptose palpebral bilateral	10
	APARELHO DA FONAÇÃO	
	Perda da palavra (mudez incurável)	50
	Perda de substância (palato mole e duro)	15
	SISTEMA AUDITIVO	
	Amputação total de uma orelha	8
Amputação total das duas orelhas	16	
PERDA DO BAÇO	15	
APARELHO URINÁRIO		
Retenção crônica de urina (sondagens obrigatórias)	15	

DIVERSAS	Cistostomia (definitiva)	30
	Incontinência urinária permanente	30
	Perda de um rim, com rim remanescente	
	com função renal preservada	30
	Redução da função renal (não dialítica)	50
	Redução da função renal (dialítica)	75
	Perda de rim único	75
	APARELHO GENITAL E REPRODUTOR	
	Perda de um testículo	5
	Perda de dois testículos	15
	Amputação traumática do pênis	40
	Perda de um ovário	5
	Perda de dois ovários	15
	Perda do útero antes da menopausa	30
	Perda do útero depois da menopausa	10
	PESCOÇO	
	Estenose da faringe com obstáculo a deglutição	15
	Lesão do esôfago com transtornos da função motora	15
	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	DISCRIMINAÇÃO	% SOBRE O CAPITAL
	MAMAS (FEMININAS)	
	Mastectomia unilateral	10
	Mastectomia bilateral	20
	ABDOMEM (ORGÃO E VÍSCERAS)	

DIVERSAS	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	5	

8. INÍCIO DE VIGÊNCIA

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

9. CESSAÇÃO DE COBERTURA

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

9.1.1. Para o Segurado:

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

10. PRÊMIO

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

11. ÂMBITO TERRITORIAL DE COBERTURA

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

12. PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO

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

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

Para análise do pagamento da indenização, respeitado o disposto nas Condições Gerais item 19., além do aviso de sinistro devidamente preenchido, deverão ser apresentados os respectivos documentos, a seguir

relacionados

- Formulário “Aviso de Sinistro” (Formulário padrão Metlife) preenchido e assinado pelo Solicitante;
- 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; se a lesão é permanente e de caráter definitivo ou se pode ser revertida com tratamento médico; e se for reversível, qual o prazo para recuperação da lesão
- Cópia de todos os documentos médicos e exames realizados;
- Em caso do segurado ser o motorista, documentação que comprove que o motorista estava em trajeto no veículo ou embarcação no momento da ocorrência do Evento;
- Em caso do segurado ser o passageiro, documentação que comprove que o mesmo estava sendo transportado pelo veículo ou embarcação no momento da ocorrência do Evento;
- **NOTA: A Invalidez somente se caracteriza com a conclusão de todo e qualquer tratamento visando a recuperação do segurado.**

12.2. Os referidos elementos devem ser submetidos pelos 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 INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL POR ACIDENTE (IPTA)

1. OBJETIVO

1.1 A presente Cobertura Adicional, desde que contratada, garante ao Segurado o pagamento de uma Indenização, em caso de invalidez permanente e total do Segurado, decorrente de Acidente Pessoal Coberto, **exceto se decorrente de Riscos Excluídos, observados os demais termos desta Cobertura Adicional, das Condições Gerais e do Contrato.**

1.2 Poderá ser considerado Segurado para essa cobertura: Motoristas Titular do Seguro, Passageiros ou Passageiros e Motoristas, **essa definição deve constar nas Disposições Contratuais**

2. DEFINIÇÕES

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

2.2 **Invalidez permanente total por acidente:** é a perda ou impotência funcional definitiva, permanente e total, em virtude de lesão física causada por Acidente Pessoal devidamente coberto, para a qual não se pode esperar recuperação ou reabilitação pela medicina, tendo em vista os recursos terapêuticos disponíveis no momento.

2.3 **Na hipótese de ocorrência de um acidente que provoque incapacidade definitiva de um membro ou órgão já defeituoso, o percentual correspondente à incapacidade anterior ao acidente será deduzido da indenização.**

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

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:

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;

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

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

4. CAPITAL SEGURADO

4.1 O Capital Segurado para esta cobertura será estabelecido contratualmente, em moeda corrente nacional, e deverá constar na Apólice do Seguro.

5. DATA DO EVENTO

5.1 Considera-se como data do evento, para efeito desta cobertura, a data da ocorrência do acidente.

6. COMPROVAÇÃO DO ACIDENTE

6.1 A Invalidez Permanente Total por Acidente, coberta pela presente Cobertura Adicional, será comprovada mediante a apresentação, à Seguradora, dos documentos mencionados nas Condições Gerais facultando à Seguradora quaisquer medidas necessárias à sua elucidação.

7. ACUMULAÇÃO DAS COBERTURAS

7.1 As indenizações por Morte Acidental e Invalidez Permanente Total por Acidente, quando contratadas ambas as Coberturas, não se acumulam.

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

8.1 A Indenização corresponderá ao Capital Segurado contratado para esta Cobertura, caso ocorra a invalidez permanente e total do Segurado, ocorrida por acidente pessoal.

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

8.2

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

9. INÍCIO DE VIGÊNCIA

9.1 A cobertura começa a vigorar, para todos os Segurados a partir do aceite da chamada realizada através do sistema/aplicativo, se aplicado, ou ao embarcarem veículo e/ou embarcações devidamente licenciados para o transporte de pessoas.

10. CESSAÇÃO DE COBERTURA

10.1 Além das hipóteses previstas nas Condições Gerais, a garantia do risco individual extingue-se nas seguintes situações:

10.1.1 Para o Segurado:

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

11. PRÊMIO

11.1 O Prêmio referente a esta cobertura estará previsto contratualmente.

12. BENEFICIÁRIO

12.1 Para efeito desta condição especial, o Beneficiário é(são) a(s) pessoa(s) física(s) ou jurídica(s) designada(s) para receber os valores de Indenização, na hipótese de ocorrência de Evento Coberto.

13. ÂMBITO TERRITORIAL

13.1 Esta cobertura abrange os eventos ocorridos em todo o globo terrestre.

14. PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO

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

a) o aviso do Sinistro totalmente preenchido, e

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

Para análise do pagamento da indenização, respeitado o disposto nas Condições Gerais item 19., **além do aviso de sinistro devidamente preenchido**, deverão ser apresentados os respectivos documentos, a seguir relacionados

- Formulário “Aviso de Sinistro” (Formulário padrão MetLife) preenchido e assinado pelo Solicitante;
- Formulário “Autorização para Crédito de Indenização” (Formulário padrão MetLife), devidamente preenchido e assinado pelo Segurado;
- Cópias do RG. (cédula de identidade), CPF (Cadastro de Pessoas Físicas) e comprovante de residência do Segurado;
- Cópia do BO (Boletim de Ocorrência Policial) e/ou CAT (Comunicação de Acidente do Trabalho), se houver;
- Cópia da CNH (Carteira Nacional de Habilitação), em caso de acidente com veículo dirigido pelo Segurado;
- Cópia do Laudo do Exame de Dosagem Alcoólica e/ou Toxicológico, se realizado(s);
- Cópia do laudo da perícia técnica realizada no local do acidente, se houver;
- Radiografia e resultados de exames realizados;
- Cópia de todos os documentos médicos e exames realizados;
- Em caso do segurado ser o motorista, documentação que comprove que o motorista estava em trajeto no veículo ou embarcação no momento da ocorrência do Evento;
- Em caso do segurado ser o passageiro, documentação que comprove que o mesmo estava sendo transportado pelo veículo ou embarcação no momento da ocorrência do Evento;
- **NOTA: A Invalidez somente se caracteriza com a conclusão de todo e qualquer tratamento visando a recuperação do segurado.**

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

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 DESPESAS MÉDICO-HOSPITALARES E ODONTOLÓGICAS POR ACIDENTE (DMHO)

1. OBJETIVO

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

1.2 As Indenizações previstas nesta cobertura serão devidas quando o Acidente Pessoal ocorrer dentro do período de vigência do seguro contratado e desde que o tratamento se inicie dentro dos 30 (trinta) dias contados a partir da data do Acidente Pessoal.

1.3 O valor da indenização prevista nesta cobertura não poderá, em hipótese alguma, ser superior aos efetivos gastos com as despesas médicas, hospitalares e odontológicas garantidas, ainda que haja vários seguros contratados em diferentes seguradoras.

1.4 Cabe ao segurado a livre escolha dos prestadores de serviços médicos, hospitalares e odontológicos, desde que legalmente habilitados.

1.5 A comprovação das despesas deverá ser feita mediante a apresentação dos comprovantes originais e dos relatórios médicos.

1.6 A Seguradora reserva-se o direito de submeter o segurado a exame para comprovação da necessidade dos procedimentos médicos, hospitalares e/ou odontológicos, sob pena de perda do direito à indenização, caso o segurado a tanto se negue.

1.7 Poderá ser considerado Segurado para essa cobertura: Motoristas Titular do Seguro, Passageiros ou Passageiros e Motoristas, **essa definição deve constar nas Disposições Contratuais**

2. DEFINIÇÕES

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

3. RISCOS EXCLUÍDOS

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

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

a) eventos em que o Segurado tenha intencionalmente atentado contra a vida e integridade física de outrem, consumado ou não, exceto em caso de legítima defesa ou assistência à pessoa em perigo.

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

c) estados de convalescença (após alta médica) e as despesas de acompanhantes;

d) aparelhos que se referem a órteses de qualquer natureza e a próteses, salvo as próteses pela perda de dente(s) natural(is) decorrente de Acidente Pessoal coberto;

e) cirurgias plásticas, exceto aquelas com finalidade comprovadamente restauradoras de função, diretamente afetadas por Evento Coberto pelo seguro;

f) reposição de lentes, óculos, aparelhos ortodônticos, etc.;

4. CAPITAL SEGURADO

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

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

5. INÍCIO DE VIGÊNCIA

5.1. A cobertura começa a vigorar, para todos os Segurados a partir do aceite da chamada realizada através do sistema/aplicativo, se aplicado, ou ao embarcarem veículo e/ou embarcações devidamente licenciados para o transporte de pessoas.

6. CESSAÇÃO DE COBERTURA

6.1. Além das hipóteses previstas nas Condições Gerais, a garantia do risco individual extingue-se nas seguintes situações:

6.1.1. Para o Segurado:

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

b) a partir da data em que ocorrer a exclusão do Segurado da Apólice Coletiva;

c) com o falecimento do Segurado;

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

7. PRÊMIO

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

8. FRANQUIA

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

9. ÂMBITO TERRITORIAL

9.1. Esta cobertura abrange os eventos ocorridos exclusivamente em território nacional.

10. PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO

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

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

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

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

a) o aviso do Sinistro totalmente preenchido, e

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

Para análise do pagamento da indenização, respeitado o disposto nas Condições Gerais item 19., além do aviso de sinistro devidamente preenchido, deverão ser apresentados os respectivos

documentos, a seguir relacionados

- Formulário “Aviso de Sinistro” (Formulário padrão MetLife) preenchido e assinado pelo Solicitante;
- Formulário “Autorização para Crédito de Indenização” (Formulário padrão MetLife), devidamente preenchido e assinado pelo Segurado;
- Cópias do RG (cédula de identidade), CPF (Cadastro de Pessoas Físicas) e do comprovante de residência do Segurado;
- Cópia da CNH (Carteira Nacional de Habilitação), em caso de acidente com veículo dirigido pelo Segurado;
- Relatório médico informando descrição da evolução clínica e data em que iniciou o tratamento;
- Cópia de todos os documentos médicos e exames realizados;
- Cópia do Laudo do Exame de Dosagem Alcoólica e/ou Toxicológico, se realizado;

• Cópia do Laudo da Perícia Técnica realizado no local do acidente, se houver;

• Radiografias e/ou resultados dos exames realizados;

• Notas fiscais e recibos originais das despesas médicas, hospitalares e/ou odontológicas. As notas fiscais referentes a despesas com medicamentos devem ser acompanhadas das respectivas prescrições médicas.

• Em caso do segurado ser o motorista, documentação que comprove que o motorista estava em trajeto no veículo ou embarcação no momento da ocorrência do Evento;

• Em caso do segurado ser o passageiro, documentação que comprove que o mesmo estava sendo transportado pelo veículo ou embarcação no momento da ocorrência do Evento;

10.5. Os referidos elementos devem ser submetidos pelos 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 DIÁRIAS POR INCAPACIDADE TEMPORÁRIA POR ACIDENTE (DIT-A)

1. OBJETIVO

1.1 Esta cobertura, desde que contratada, garante ao Segurado o pagamento de diárias, no caso deste ficar impossibilitado contínua e ininterruptamente, por período temporário, de exercer suas atividades laborativas durante o período em que se encontrar em tratamento, sob orientação médica, ocorrido exclusivamente no período de vigência do seguro, respeitados o período de carência e a franquia definidas, e observado o limite de diárias e as condições contratuais do seguro **em consequência exclusiva de Acidente Pessoal Coberto, exceto se decorrente de Riscos Excluídos, observados os demais termos desta cobertura, das Condições Gerais e as demais Disposições Contratuais.**

1.2 Poderá ser considerado Segurado para essa cobertura: Motoristas Titular do Seguro, Passageiros ou Passageiros e Motoristas, **essa definição deve constar nas Disposições Contratuais.**

1.3 Para fins da cobertura de diárias de incapacidade por acidente, toma-se por conceito de Acidente Pessoal o conceito constante nas Condições Gerais deste seguro.

2. DEFINIÇÕES

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

3. RISCOS EXCLUÍDOS

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

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

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

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

4. CAPITAL SEGURADO

4.1 O Capital Segurado para esta Cobertura será definido contratualmente na Proposta e Apólice do Seguro, respeitado o limite máximo de 365 (trezentas e sessenta e cinco) diárias, e representa o limite máximo de indenização pelo mesmo evento.

4.2 Se for mencionado capital mensal na apólice, o mesmo será dividido por 30 (trinta) para fins de cálculo de indenização de cada da diária de incapacidade coberta.

4.3 Para determinação do capital segurado, na liquidação dos sinistros, será considerada como data do evento, a data do acidente pessoal que provocou a incapacidade temporária do Segurado e em consequência o afastamento do Segurado das atividades laborativas por ele exercidas.

4.4 As indenizações objeto desta cobertura são cumulativas com qualquer outra garantia da apólice.

4.5 A reintegração do capital segurado é automática após cada sinistro, sem cobrança de prêmio adicional.

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

5. INÍCIO DE VIGÊNCIA

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

6. CESSAÇÃO DE COBERTURA

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

7. PRÊMIO

7.1 O Prêmio referente a esta cobertura estará previsto contratualmente.

8. CARÊNCIA

8.1 Não se aplica a carência para incapacidade coberta decorrente de acidente pessoal.

9. FRANQUIA

9.1 A franquia será estabelecida na Especificação da Apólice e não poderá ser superior a 15 (quinze) dias, contados a partir da data do afastamento do Segurado, constante do relatório médico.

9.2 O Segurado somente terá direito à garantia de Diárias de Incapacidade Temporária por Acidente no caso de afastamento de suas atividades profissionais pelo tempo superior à franquia de dias estabelecida, e desde que sejam dias consecutivos e ininterruptos, sem prejuízo da carência mencionada na Cláusula anterior.

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

10. LIMITE DE DIÁRIAS

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

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

10.3 Pelo mesmo evento, o número de diárias indenizadas não pode superar a quantidade contratada.

10.4 Caso o Segurado tenha que retornar à situação de incapacidade temporária em consequência de evento para o qual já havia recebido alta médica, cuja origem ou causa tenha sido o mesmo acidente coberto, tais períodos de incapacidade serão considerados como um mesmo evento, exceto quando o intervalo entre os mesmos for superior a 6 (seis) meses.

11. ÂMBITO TERRITORIAL DE COBERTURA

11.1 Esta cobertura abrange os eventos ocorridos exclusivamente em território nacional.

12. PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO

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

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

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

- Formulário “Aviso de Sinistro” (Formulário padrão MetLife) preenchido e assinado pelo Solicitante;
- Formulário “Autorização para Crédito de Indenização” (Formulário padrão MetLife), devidamente preenchido e assinado pelo Segurado;
- Cópias do RG (cédula de identidade), CPF (Cadastro de Pessoas Físicas) e comprovante de residência do Segurado;
- Cópia do BO (Boletim de Ocorrência Policial) e/ou CAT (Comunicação de Acidente do Trabalho), se houver;
- Cópia da CNH (Carteira Nacional de Habilitação) em caso de acidente com veículo dirigido pelo Segurado;
- Cópia do Laudo do Exame de Dosagem Alcoólica e/ou Toxicológico, se realizado(s);
- Relatório médico informando a data do acidente, as lesões/sequelas decorrentes do acidente, o período necessário para o tratamento e a data de confirmação da alta médica;
- Cópia de todos os documentos médicos e exames realizados;
- Cópia da Ficha de Registro de Empregado, quando tratar-se de Apólice Coletiva, cujo Vínculo prévio seja empregatício;
- Cópia dos 3 (três) últimos comprovantes de salário, quando tratar-se de Apólice Coletiva, cujo Vínculo prévio seja empregatício;
- Em caso do segurado ser o motorista, documentação que comprove que o motorista estava em trajeto no veículo ou embarcação no momento da ocorrência do Evento;
- Em caso do segurado ser o passageiro, documentação

que comprove que o mesmo estava sendo transportado pelo veículo ou embarcação no momento da ocorrência do Evento;

12.4 Com base na comunicação e comprovantes do evento e estando devidamente caracterizada a incapacidade temporária, nos termos desta Cobertura, a Seguradora efetuará o pagamento das diárias obedecendo aos seguintes critérios:

a) Quando a incapacidade temporária superar 30 (trinta) dias, os pagamentos serão efetuados mensalmente pela Seguradora, tomando-se por base relatório médico atualizado, que deverá ser entregue pelo Segurado imediatamente após seu retorno ao médico assistente.

b) A critério da Seguradora, e desde que definido na Especificação da Apólice, o pagamento da indenização poderá ser feito integralmente, com base nas diárias de afastamento determinadas, dentro dos limites estabelecidos e observadas as demais condições contratuais.

c) De posse do relatório médico atualizado, a Seguradora efetuará o pagamento das diárias correspondentes ao período em que o Segurado esteve incapacitado de exercer suas atividades profissionais, a contar do primeiro dia de afastamento, após o período de franquia contratado ou a contar do último pagamento efetuado pela Seguradora, até a alta médica ou a utilização do limite de diárias, estabelecidos na Especificação da Apólice.

d) Nos casos em que o período de incapacidade temporária não superar 30 (trinta) dias a Seguradora providenciará um único pagamento no valor correspondente às diárias em que o Segurado permaneceu afastado, a contar do primeiro dia de afastamento de suas atividades profissionais, após o período de franquia contratado, até a alta médica.

e) O segurado deve autorizar seu médico-assistente e as entidades de prestação de assistência médico-hospitalar envolvidas no seu atendimento a fornecer as informações clínicas solicitadas pelos peritos médicos da Seguradora, os quais se comprometem a zelar pela confidencialidade das mesmas, bem como autoriza submeter-se à realização de exame físico pericial por médico da seguradora.

f) Estando o Segurado em gozo de um benefício, não fará jus a outro, mesmo que seja em consequência de outro evento. Só será reconhecido pela Seguradora um novo evento se o mesmo vier a ocorrer após o Segurado obter alta médica definitiva do evento anterior. Não haverá acumulação de indenizações em consequência de eventos ocorridos em datas diferentes

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

13. BENEFICIÁRIO

13.1. Para efeito desta condição especial, o Beneficiário é(são) a(s) pessoa(s) física(s) ou jurídica(s) designada(s) para receber os valores de Indenização, na hipótese de ocorrência de Evento Coberto.

14. DISPOSIÇÕES GERAIS

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



COBERTURA DE AUXÍLIO FUNERAL POR ACIDENTE (AUXFA)

1. OBJETIVO

1.1. Esta Cobertura, desde que contratada, garante ao(s) Beneficiário(s) o pagamento de uma Indenização, em consequência de falecimento do passageiro, decorrente exclusivamente de Acidente Pessoal Coberto durante a vigência do Seguro, exceto se decorrente de Riscos Excluídos, observados os demais termos desta Cobertura, das Condições Gerais e as demais Disposições Contratuais.

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

1.3. Será estabelecido contratualmente se a Indenização relativa à presente Cláusula será ou não deduzida do Capital Segurado da Cobertura de Morte Acidental, na hipótese de Evento Coberto.

1.4. Também será estabelecido contratualmente se poderá ou não haver adiantamento do Capital Segurado relativo a esta Cobertura.

1.5. Quando houver adiantamento de Capital Segurado da Cobertura de Morte, este adiantamento não caracterizará o direito à cobertura da Cobertura de Morte, ficando à análise para pagamento da diferença da indenização sujeita as condições contratuais.

1.6. Poderá ser considerado Segurado para essa cobertura: Motoristas Titular do Seguro, Passageiros ou Passageiros e Motoristas, **essa definição deve constar nas 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, estão também excluídos os eventos ocorridos em consequência, direta ou indireta de e/ou relacionados a:

acidentes ocorridos anteriormente à contratação do seguro;

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.

4. CAPITAL SEGURADO

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

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

5. INÍCIO DE VIGÊNCIA DESTA COBERTURA

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

6. CESSAÇÃO DE COBERTURA

6.1. Para fins desta cobertura se aplicam as hipóteses previstas nos itens 10, 11 e 19 das Condições Gerais.

7. PRÊMIO

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

8. ÂMBITO TERRITORIAL DE COBERTURA

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

9. BENEFICIÁRIO

9.1. Para efeito desta condição especial, o Beneficiário é(são) a(s) pessoa(s) física(s) ou jurídica(s) designada(s) para receber os valores de Indenização, na hipótese de ocorrência de Evento Coberto.

10. PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO

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

a) o aviso do Sinistro totalmente preenchido, e

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

Para análise do pagamento da indenização, respeitado o disposto nas Condições Gerais item 19., **além do aviso de sinistro devidamente preenchido**, deverão ser apresentados os respectivos documentos, a seguir relacionados

- Formulário “Aviso de Sinistro” (Formulário padrão MetLife) preenchido e assinado pelo Solicitante;
- 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 comprovantes de residência do Segurado e do(s) Beneficiário(s);
- Cópia do BO (Boletim de Ocorrência Policial) e/ou CAT
- (Comunicação de Acidente do Trabalho), se houver;

- Cópia do Laudo do Necroscópico - IML (Instituto Médico-Legal), se realizado;

- Cópia da CNH (Carteira Nacional de Habilitação), em caso de acidente com veículo dirigido pelo Segurado;

- Cópia do Laudo do Exame de Dosagem Alcoólica e/ou Toxicológico, se realizado(s);

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

- Cópia da Certidão de Óbito do Segurado;

- Comprovante de indicação de Beneficiário(s) assinado pelo Segurado;

- Em caso do segurado ser o motorista, documentação que comprove que o motorista estava em trajeto no veículo ou embarcação no momento da ocorrência do Evento;

- Em caso do segurado ser o passageiro, documentação que comprove que o mesmo estava sendo transportado pelo veículo ou embarcação no momento da ocorrência do Evento;

10.2. Os referidos elementos devem ser submetidos pelos 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 DIÁRIA DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR POR ACIDENTE (DIHA)

1. OBJETIVO

1.1. Esta Cobertura, desde que contratada, garante ao passageiro 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 garantia.

1.4. Poderá ser considerado Segurado para essa cobertura: Motoristas Titular do Seguro, Passageiros ou Passageiros e Motoristas, **essa definição deve constar nas 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. **Hospital:** é qualquer estabelecimento legalmente constituído e licenciado, devidamente instalado e equipado para a prática de tratamentos médicos clínicos e/ou cirúrgicos a pessoas que deles necessitem. Não serão reconhecidas internações ocorridas em:

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

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

2.4. **Limite Máximo de Diárias Indenizáveis:** é a

quantidade máxima de diárias a que o Segurado fará jus enquanto o mesmo estiver hospitalizado por motivo de Acidente Pessoal, a contar do término do período de Franquia.

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

3. RISCOS EXCLUÍDOS

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

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

- a) acidentes ocorridos anteriormente à contratação do seguro;
- b) perturbações e intoxicações alimentares de qualquer espécie;
- c) eventos causados exclusivamente pela não utilização, pelo Segurado, de equipamentos de segurança exigidos por lei;
- d) eventos causados pela ausência de habilitação do Segurado para condução de veículo automotor;
- e) eventos em que o Segurado tenha intencionalmente atentado contra a vida e integridade física de outrem, consumado ou não, exceto em caso de legítima defesa ou assistência à pessoa em perigo.
- f) tratamentos clínicos ou cirúrgicos experimentais e/ou não previstos no Código Brasileiro de Ética Médica e/ou não reconhecidos pelo Ministério da Saúde;
- g) tratamento odontológico de qualquer espécie e suas consequências;
- p) 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) perturbações e intoxicações alimentares de qualquer espécie;

4. CAPITAL SEGURADO

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

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

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

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

5. REINTEGRAÇÃO DO CAPITAL SEGURADO

5.1. O Capital Segurado relativo a esta Cobertura será totalmente reintegrado, de forma automática, após 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 até 120 (cento e vinte) diárias por evento, independentemente de renovação da Apólice.

7. INÍCIO DE VIGÊNCIA DESTA COBERTURA

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

8. CESSAÇÃO DE COBERTURA

8.1. Para fins desta cobertura se aplicam as hipóteses previstas nos itens 10, 11 e 20 das Condições Gerais.

9. PRÊMIO

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

10. FRANQUIA

10.1. O período de Franquia é de 72 (setenta e duas) 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) de acordo com o que estabelece a lei.

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

- formulário "Aviso de Sinistro" devidamente preenchido e assinado pelo Segurado e pelo médico que atende o Segurado regularmente, com indicação da especialidade e CRM;
- formulário "Autorização para Crédito de Indenização", 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 do Certificado Individual do Seguro;
- cópia da Conta da Concessionária com vencimento imediatamente anterior à ocorrência do Sinistro, quando
- tratar-se de Apólice cuja cobrança seja efetuada por intermédio de Conta de Concessionária;
- cópia do comprovante de quitação da Conta da Concessionária indicada no item anterior.

13. DISPOSIÇÕES GERAIS

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