Condições Contratuais

Seguro de Pessoas Coletivo

MetLife

Índice

Conheça seu seguro____06

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

Conheça seus prazos____11

6. Prazo de Carência
7. Vigência e Renovação do Seguro
8. Aceitação da Proposta de Contratação
9. Aceitação da Proposta de Adesão
10. Informações Sobre Risco e Declarações para a Formação do Contrato:
11. Custeio do Seguro
12. Cobrança e Pagamento dos Prêmios
13. Cancelamento da Apólice
14. Cessação da Cobertura Individual

Conheça os valores____17

15. Capital Segurado e Despesas de Salvamento
16. Atualização dos Valores do Seguro
17. Taxa do Seguro e Recálculo do Prêmio

Como utilizar____18

18. Beneficiário(S)
19. Ocorrência do Sinistro
20. Pagamento da Indenização
21. Perícia Médica/Junta Médica
22. Perda do Direito à Indenização
23. Alterações da Apólice
24. Outras Obrigações do Estipulante
25. Material de Divulgação
26.Cumprimento das Leis Anticorrupção
27. Da Violação de Leis e Normas de Embargos ou Sanções Econômicas e Comerciais
28. Tributo
29. Prescrição
30. Foro
31. Disposições Finais

MetLife

Condições Especiais

COBERTURA DE MORTE 24
COBERTURA DE MORTE ACIDENTAL (MA) 26
COBERTURA DE MORTE ACIDENTAL POR ACIDENTE AÉREO (MAA) 28
COBERTURA DE MORTE ACIDENTAL POR ACIDENTE AUTOMOBILISTICO (MAAUT) 30
COBERTURA DE MORTE ACIDENTAL POR DEMAIS ACIDENTE (MAD) 32
COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE POR ACIDENTE (IPA) 34
COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL POR ACIDENTE (IPTA) 41
COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL POR ACIDENTE AÉREO (IPTAA) 44
COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL POR ACIDENTE AUTOMOBILÍSTICO (IPTAAUT) 47
COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL POR DEMAIS ACIDENTES (IPTADA) 49
COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE POR ACIDENTE MAJORADA (IPAM) 51
COBERTURA DE INVALIDEZ POR DOENÇA FUNCIONAL (IPD-F) 53
COBERTURA DE DIÁRIAS INCAPACIDADE TEMPORÁRIA POR ACIDENTE OU DOENÇA (DITAD) 59
COBERTURA DE DIÁRIAS INCAPACIDADE TEMPORÁRIA POR ACIDENTE (DITA) 62
COBERTURA DE DESPESAS MÉDICO-HOSPITALARES E ODONTOLÓGICAS POR ACIDENTE (DMHO) 64
COBERTURA DE VERBAS RESCISÓRIAS (VR) 66
COBERTURA DE VERBAS RESCISÓRIAS POR ACIDENTE (VRA) 68
COBERTURA DE DOENÇA CONGÊNITA DE FILHOS (DCF) 70
COBERTURA DE DIAGNÓSTICO DE CÂNCER (DC) 72
COBERTURA DE DIAGNÓSTICO DE CÂNCER FEMININO (DCF) 74
COBERTURA DE DIAGNÓSTICO DE CÂNCER MASCULINO (DCM1) 76
COBERTURA DE DIAGNÓSTICO DE CÂNCER MASCULINO (DCM2) 78
COBERTURA DE INDICAÇÃO DE CIRURGIA DE REVASCULARIZAÇÃO DO MIOCÁRDIO (ARTÉRIA CORONARIANA) (ICRM) 80
COBERTURA DIAGNÓSTICO DE INSUFICIÊNCIA RENAL CRÔNICA (DIRC) 82
COBERTURA DE DIAGNÓSTICO DE TRANSPLANTE DE ÓRGÃOS (DTO) 84
COBERTURA DE DIAGNÓSTICO INFARTO AGUDO DO MIOCÁRDIO (DIAM) 86
COBERTURA DE DIAGNÓSTICO DE DERRAME (ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL) (DD) 88
COBERTURA DE INDICAÇÃO DE CIRURGIA DE VÁLVULA DO CORAÇÃO (ICVC) 90
COBERTURA DE DIAGNÓSTICO DE ESCLEROSE MÚLTIPLA (DEM) 92
COBERTURA DE DIAGNÓSTICO DE DISTROFIA MUSCULAR (DDM) 94
COBERTURA DE DIAGNÓSTICO DE DANOS CEREBRAIS ANATÔMICOS (DDCA) 96
COBERTURA DE DIAGNÓSTICO DE PARALISIA DE MEMBROS (DPM) 98
COBERTURA DE DIAGNÓSTICO DE DOENÇA (OU MAL) DE PARKINSON (DDP) 100
COBERTURA DE INDICAÇÃO DE CIRURGIA DA AORTA (ICA) 102
COBERTURA DE DIAGNÓSTICO DE ENFISEMA PULMONAR (DEP) 104
COBERTURA DE DIAGNÓSTICO DE TUMOR CEREBRAL BENIGNO (DTCB) 106
COBERTURA DE DIAGNÓSTICO DE CEGUEIRA (DCG) 108

COBERTURA DE DIAGNÓSTICO DE SURDEZ (DS) 110
COBERTURA DE DIAGNÓSTICO DE PERDA DE MEMBROS (DPRM) 112
COBERTURA DE DIAGNÓSTICO DE PERDA DE FALA (DPF) 114
COBERTURA DE DIAGNÓSTICO DE DOENÇA DO NEURÔNIO MOTOR (DDNM) 116
COBERTURA DE DIAGNÓSTICO DE GRANDE QUEIMADO (GQ) 118
COBERTURA DE INDICAÇÃO DE ANGIOPLASTIA CORONÁRIA (UMA OU MAIS ARTÉRIAS) - (IAC1) 120
COBERTURA PARA CIRURGIA DE RETIRADA DO APÊNDICE (CRA) 122
COBERTURA PARA CIRURGIA DE RETIRADA DA VESÍCULA BILIAR (CRVB) 124
COBERTURA DE DIAGNÓSTICO DE HEPATITE B OU C (DH) 126
COBERTURA DE DIAGNÓSTICO DE LINFOMA HODGKIN E NÃO HODGKIN (DLIN) 128
COBERTURA DE DIAGNÓSTICO DE LEUCEMIA (DL) 130
COBERTURA DE DIAGNÓSTICO DE EMBOLIA PULMONAR (DEP) 132
COBERTURA PARA IMPLANTE DE MARCAPASSO CARDÍACO (IMC) 134
COBERTURA DE DIAGNÓSTICO DE OSTEOMIELITE (DO) 136
COBERTURA DIÁRIA DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR (DIH) 138
COBERTURA DIÁRIA DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR POR ACIDENTE (DIHA) 141
COBERTURA DE AUXÍLIO MEDICAMENTO (AUXM) 144
COBERTURA DE AUXÍLIO MEDICAMENTO POR ACIDENTE (AMA) 146
COBERTURA DE DESPESAS DIVERSAS (DD) 148
COBERTURA DE DESPESAS DIVERSAS POR ACIDENTE (DDA) 150
COBERTURA DE AUXÍLIO FUNERAL (AUXF) 152
COBERTURA DE AUXÍLIO FUNERAL POR ACIDENTE (AUXFA) 154
COBERTURA DE ASSISTÊNCIA FUNERAL (AF) 156
COBERTURA DE ASSISTÊNCIA FUNERAL POR ACIDENTE (AFA) 159
COBERTURA DE CESTA BÁSICA (CB) 161
COBERTURA ADICIONAL DE CESTA BÁSICA POR ACIDENTE (CBA) 164
COBERTURA DE DESEMPREGO INVOLUNTÁRIO (DI) 167
COBERTURA DE INCAPACIDADE FÍSICA TOTAL E TEMPORÁRIA (ITT) 169
COBERTURA DE PERDA DE RENDA (PR) 171
COBERTURA DE FRATURA ÓSSEA (FO1) 176
COBERTURA DE FRATURA ÓSSEA (FO2) 178
COBERTURA DE LUXAÇÃO (L) 180
COBERTURA DE DIAGNÓSTICO DE INSUFICIÊNCIA HEPÁTICA POR CIRROSE 182
COBERTURA DE DIAGNÓSTICO DE TUBERCULOSE PULMONAR 184
COBERTURA DIAGNÓSTICO DE TROMBOSE VENOSA PROFUNDA 186
COBERTURA DE DIAGNÓSTICO DE LUPUS ERITEMATOSO SISTÊMICO 188
CLÁUSULA DE DIAGNÓSTICO DE SÍNDROME DA IMUNODEFICIÊNCIA ADQUIRIDA (SIDA OU AIDS) 190
COBERTURA DE DIAGNÓSTICO DE DOENÇA DE ALZHEIMER 192
COBERTURA DE DIAGNÓSTICO DE DOENÇA DE HANSENÍASE 194
COBERTURA DE DIAGNÓSTICO DE DOENÇA DE PAGET 196
COBERTURA DE AUXÍLIO POR INTERNAÇÃO HOSPITALAR (AIH) 198
COBERTURA SUPLEMENTAR DE INCLUSÃO DE CÔNJUGE (IC) 201

COBERTURA SUPLEMENTAR DE INCLUSÃO DE FILHOS (IF) 203
COBERTURA SUPLEMENTAR DE INCLUSÃO DE ASCENDENTE(S) - (IA) 205
COBERTURA DE DISTRIBUIÇÃO DE EXCEDENTES TÉCNICOS 207
COBERTURA INTERNAÇÃO HOSPITALAR POR ACIDENTE (IHA) 209
COBERTURA AUXÍLIO NATALIDADE (AN) 212
COBERTURA DE DIÁRIA DE INCAPACIDADE TEMPORÁRIA POR ACIDENTE OU DOENÇA PARA FILHOS (DITAD-F) 214
COBERTURA AUXÍLIO GESTAÇÃO (AG) 216
COBERTURA DE PERDA DE RENDA COM FRATURA OSSEA 218

Condições Contratuais do Seguro de Pessoas

1. CARACTERÍSTICAS

1.1. A METROPOLITAN LIFE SEGUROS E PREVIDÊNCIA PRIVADA S.A., doravante denominada Seguradora, institui o Seguro Coletivo de Pessoas, descrito nestas Condições Gerais, Coberturas e Coberturas Suplementares.

2. OBJETIVO

2.1. O presente Seguro tem por objetivo garantir o pagamento de uma Indenização ao Segurado ou a seu(s) Beneficiário(s), na ocorrência de Eventos Cobertos pela(s) cobertura(s) contratada(s), **exceto se decorrente de Riscos Excluídos e desde que respeitadas as demais Disposições Contratuais.**

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 ou afastamento das atividades laborativas, ou internação hospitalar do Segurado e/ou dos Segurados Dependentes, quando incluídos.

.

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

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

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; quaisquer doenças, conforme apuradas nos termos dessa Apólice, mesmo as consideradas acidentes pela legislação previdenciária.

c) 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. Apólice Coletiva: é o instrumento do Contrato celebrado entre Estipulante e Seguradora, que possibilita adesão ao seguro, dos componentes do Grupo Segurável, que mantenham com o Estipulante um Vínculo anterior ao seguro.

3.4. Beneficiário(s): 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.

3.5. Capital Segurado: é o valor máximo a ser pago pela Seguradora para a(s) cobertura(s) contratada(s), em caso de ocorrência de Evento Coberto. **Nenhuma Indenização poderá ser superior ao Capital Segurado**.

3.6. 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**.

3.7. Certificado Individual do Seguro: é o documento destinado ao Segurado, que indica a vigência do Seguro, a(s) cobertura(s) contratada(s), o(s) valore(s) do(s) Capital(is) Segurado(s) e o Prêmio contratado.

3.8. 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.

3.9. 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.

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

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

3.15. 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.

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

3.17. Excedente Técnico: é o saldo positivo obtido pela Seguradora na apuração do resultado técnico de uma Apólice Coletiva, em determinado período.

3.18. Franquia: é o período de tempo em cada Evento Coberto, contado da data de ocorrência do Sinistro, durante o qual não há cobertura pelo seguro, suportando o Segurado as suas consequências.

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

3.20. Grupo Segurável: é aquele constituído pela totalidade das pessoas físicas que mantém 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, ao Segurado Dependente ou ao(s) Beneficiário(s) quando da ocorrência de um Evento Coberto. A Indenização está limitada ao Capital Segurado individual contratado para cada uma das coberturas.

3.22. 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. Prêmio: é o valor pago à Seguradora nos termos previamente ajustados como contraprestação à(s) cobertura(s) contratada(s) e informado no Certificado Individual do Seguro.

3.25. Prêmio Global: é a soma das contribuições dos Segurados individuais, recolhida pelo Estipulante, e que devem ser repassadas à Seguradora.

3.26. Prêmio Individual: é o valor devido pelo Segurado à Seguradora, nos seguros em que inexiste Vínculo prévio ao seguro entre Segurado e Estipulante.

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

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

3.29. 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.

3.30. 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.

3.31. 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.

3.32. 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, pretenso segurado ou contratante devem prestar informações completas e verdadeiras sobre o interesse e o risco a serem garantidos.

3.33. Riscos Excluídos: são aqueles riscos previstos nas Condições Gerais e cobertura(s) contratada(s), que não estão cobertos pelo presente seguro.

3.34. Segurado: é a pessoa física que mantém Vínculo com o Estipulante, regularmente incluída e aceita no seguro.

3.35. Segurado Dependente: é o Cônjuge, Filho(s) e/ou Ascendentes do Segurado.

3.36. 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.

3.37. Sinistro: é a ocorrência de um Evento Coberto garantido pela Seguradora e capaz de lhe acarretar obrigações pecuniárias.

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

3.39. Opções de planos:
a) Individual: somente o Segurado Principal faz parte do seguro;
b) Casal: fazem parte do seguro, o Segurado Principal e seu cônjuge;
c) Familiar: fazem parte do seguro, o Segurado Principal, seu cônjuge, filhos e enteados;
d) Ascendentes: fazem parte do seguro, o Segurado principal e seus pais;

3.40. Segurados Dependentes: É o cônjuge do **Segurado Principal**, seus filhos e enteados. Equipara-se ao cônjuge a (o) companheira (o), desde que haja comprovação de união estável na forma da legislação em vigor, por ocasião da ocorrência do **Sinistro**.

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

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

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.

COBERTURAS
Morte
Morte Acidental (MA)
Morte por Acidente Aéreo (MAA)
Morte por Acidente Automobilístico (MAAUT)
Morte por demais Acidentes (MAD)
Invalidez Permanente por Acidente (IPA)
Invalidez Permanente Total por Acidente (IPTA)
Invalidez Permanente Total por Acidente Aéreo (IPTAA)
Invalidez Permanente Total por Acidente Automobilístico (IPTAAUT)
Invalidez Permanente Total por demais Acidentes (IPTADA)
Invalidez Permanente por Acidente Majorada (IPAM)
Invalidez por Doença – Funcional (IPD-F)
Diárias de Incapacidade Temporária por Acidente ou Doença (DITAD)
Diárias de Incapacidade Temporária por Acidente (DITA)
Despesas Médico-Hospitalares e Odontológicas por Acidente (DMHO)
Verbas Rescisórias (VR)
Verbas Rescisórias por Acidente(VRA)
Doença Congênita de Filhos (DCF)
Diagnóstico de Câncer– (DC)

Diagnóstico de Câncer Feminino (DCF)
Diagnóstico de Câncer Masculino– (DCM1)
Diagnóstico de Câncer Masculino– (DCM2)
Indicação de Cirurgia de Revascularização do Miocárdio (Artéria Coronariana) – (ICRM)
Diagnóstico de Insuficiência Renal Crônica (DIRC)
Diagnóstico de Transplante de Órgãos (DTO)
Diagnóstico de Infarto Agudo do Miocárdio (DIAM)
Diagnóstico de Derrame (Acidente Vascular Cerebral) (DD)
Indicação de Cirurgia de Válvula do Coração (ICVC)
Diagnóstico de Esclerose Múltipla (DEM)
Diagnostico de Distrofia Muscular (DDM)

Diagnóstico de Danos Cerebrais Anatômicos (DDCA)
Diagnóstico de Paralisia de Membros (DPM)
Diagnóstico de Doença (ou Mal) de Parkinson (DDP)
Indicação de Cirurgia da Aorta (ICA)
Diagnóstico de Enfisema Pulmonar (DEP)
Diagnóstico de Tumor Cerebral Benigno (DTCB)
Diagnóstico de Cegueira (DCG)
Diagnóstico de Surdez (DS)
Diagnóstico de **PERDA DE FALA** (DPRM)
Diagnóstico de Perda da Fala (DPF)
Diagnóstico de Doença do Neurônio Motor (DDNM)
Diagnóstico de Grande Queimado (GQ)
Implante de Marcapasso Cardíaco (IMC)
Angioplastia Coronária (uma ou mais artérias)(IAC1)
Cirurgia de Retirada de Apêndice (CRA)
Cirurgia de Retirada da Vesícula Biliar (CRVB)

Diagnóstico de Linfoma Hodgkin e não Hodgkin (DLIN)
Diagnostico de Hepatite B ou C (DH)
Diagnóstico de Leucemia (DL)
Diagnóstico de Embolia Pulmonar (DEP)
Diagnóstico de Osteomielite (DO)
Diária por Internação Hospitalar (DIH)
Diária de Internação Hospitalar por Acidente (DIHA)
Auxílio Medicamento (AUXM)
Auxílio Medicamento por Acidente (AMA)
Despesas Diversas (DD)
Despesas Diversas por Acidente (DDA)
Auxílio Funeral (AUXF)
Auxílio Funeral por Acidente (AUXFA)
Assistência Funeral (AF)
Assistência Funeral por Acidente (AFA)
Cesta Básica (CB)
Cesta Básica por Acidente (CBA)
Desemprego Involuntário (DI)
Incapacidade Física Total e Temporária (ITT)
Perda de Renda (PR)
Fratura Óssea (FO1)
Fratura Óssea (FO2)
Luxação (L)
Diagnóstico de Insuficiência Hepática por Cirrose
Diagnóstico de Tuberculose Pulmonar
Diagnóstico de Trombose Venosa Profunda
Diagnóstico de Lúpus Eritematoso Sistêmico
Diagnóstico de Síndrome de Imunodeficiência Adquirida (SIDA ou AIDS)
Diagnóstico de Doença de Alzheimer
Diagnóstico de Hanseníase
Diagnóstico de Doença de Paget
Auxílio por Internação Hospitalar
Internação Hospitalar por Acidente e Doença
Auxílio Natalidade (AN)
Diária De Incapacidade Temporária Por Acidente Ou Doença Para Filhos (DITAD-F)
Auxílio Gestação
Perda de Renda com Fratura Óssea

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

a) Invalidez Permanente por Acidente (IPA) e Invalide Permanente Total por Acidente (IPTA);
b) Diárias de Incapacidade Temporária por Acidente ou Doença (DITAD) e Diária de Incapacidade Temporária por Acidente (DIT);
c) Verbas Rescisórias (VR) e Verbas Rescisórias por Acidente(VRA);
d) Diária por Internação Hospitalar (DIH) e Diária de Internação Hospitalar por Acidente (DIHA);
e) Auxílio Medicamento (AUXM) e Auxílio Medicamento por Acidente (AMA);
f) Despesas Diversas (DD) e Despesas Diversas por Acidente (DDA);
g) Auxílio Funeral (AUXF) e Assistência Funeral por Acidente (AFA);
h) Assistência Funeral (AF) e Assistência Funeral por Acidente (AFA);
i) Cesta Básica (CB) e Cesta Básica por Acidente (CBA)
j) Morte Acidental (MA) e Morte por demais Acidentes (MAD)
k) Invalidez Permanente Total por Acidente (IPTA) e Invalidez Permanente Total por demais Acidentes (IPTADA)
l) Desemprego Involuntário (DI) e Perda de Renda (PR)
m) Incapacidade Física e Total e Temporária (ITT) e Perda de Renda (PR)
n) Internação Hospitalar por Acidente e Doença e Perda de Renda (PR)
o)
p) Fratura Óssea (FO1) e Fratura Óssea (FO2)
q) Perda de Renda (PR) e Perda de Renda com Fratura Óssea
r) Desemprego Involuntário (DI)) e Perda de Renda com Fratura Óssea

s) Incapacidade Física e Total e Temporária (ITT) e Perda de Renda com Fratura Óssea

t) Internação Hospitalar por Acidente e Doença e Perda de Renda com Fratura Óssea.

4.1.2. A(s) cobertura(s) será(ão) expressa(s) contratualmente e no Certificado Individual do Seguro.

4.2. Este seguro prevê ainda a possibilidade de contratação das seguintes coberturas suplementares:
a) Inclusão de Cônjuges (IC);
b) Inclusão de Filhos (IF); e
c) Inclusão de Ascendentes (IA).

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.
Nestas hipóteses, o Certificado Individual discriminará a(s) Doença(s) Preexistente(s) objeto(s) de exclusão de Cobertura.
d) suicídio voluntário ou sua tentativa nos 2 (dois) primeiros anos de vigência, ou da recondução do contrato, quando suspenso, contados:
-do início de vigência individual do seguro; ou
-da solicitação de aumento de Capital Segurado feita exclusivamente pelo Segurado/Estipulante. Nesta hipótese a exclusão somente se aplica à diferença do Capital Segurado aumentado;
- A presente exclusão não será aplicável se comprovado que o suicídio decorreu de grave ameaça ou legitima defesa de terceiro;
e) atos ilícitos dolosos praticados pelo Segurado, pelo Beneficiário ou pelo representante legal, de um ou de outro, ou ainda pelos sócios controladores, dirigentes e administradores do Estipulante;
f) tufões, furacões, ciclones, terremotos, maremotos, erupções vulcânicas e outras convulsões da natureza;
g) epidemias, pandemias, envenenamento de caráter coletivo assim declaradas por órgão competente;
h) prática de atos reconhecidamente perigosos que não sejam motivados por necessidade justificada, excetuando-se quando a morte ou a incapacidade decorrer do trabalho, utilização de meios de transporte mais arriscados, de prestação de serviço militar, da prática de esporte ou de atos de humanidade em auxílio de outrem.

5.2. Na hipótese de o sinistro decorrer de ato doloso praticado por um dos beneficiários contra a vida do segurado, será excluído da Cobertura o Beneficiário responsável, mantendo-se o direito dos demais Beneficiários ao recebimento da indenização, proporcionalmente ao valor que lhes couber.

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

6. PRAZO DE CARÊNCIA

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

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

6.3. Para os fins deste Seguro, em especial do item 1.2, a caracterização da substituição somente ocorrerá no caso de a substituição ter sido informada pelo proponente na contratação deste Seguro.

6.4. Ocorrendo o sinistro no prazo de carência, caso o segurado torne-se inelegível à referida cobertura durante a vigência da apólice, a Seguradora poderá restituir ao Segurado ou Beneficiário(s) o valor do prêmio pago da cobertura, se houver. Durante o Prazo de Carência estão excluídos da Cobertura os sinistros cuja causa exclusiva ou principal corresponda a estados patológicos preexistentes à fase de Proposta de Seguro não informados no Questionário de Risco.

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

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

6.7. Não há Cobertura para o suicídio voluntário ou sua tentativa nos 2 (dois) primeiros anos de Vigência do Seguro, ou da sua recondução, quando suspenso, contados:
a) do Início de Vigência individual do Seguro; ou
b) da solicitação de aumento de Capital Segurado feita exclusivamente pelo Segurado e/ou Estipulante. Nesta hipótese a exclusão somente se aplica à diferença do Capital Segurado que foi elevado.

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

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

7. VIGÊNCIA E RENOVAÇÃO DO SEGURO

7.1. Vigência e Renovação da Apólice

7.1.1. 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.

7.1.2. 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.

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

7.1.4. 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.

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

7.1.6. 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.

7.1.7. 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.

7.1.8. 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.

7.2. Vigência dos Certificados Individuais

7.2.1. O início de vigência do Certificado Individual, desde que o Proponente seja aceito no seguro, será estabelecido contratualmente e constará no Certificado Individual do Seguro.

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

7.2.3. Os contratos de seguro cujas propostas tenham sido recepcionadas, com adiantamento de valor para futuro pagamento parcial ou total do prêmio, terão seu início de vigência a partir da data de recepção da proposta com cobertura provisória ao proponente, para sinistros ocorridos no período de análise da proposta, e desde que solicitada pelo proponente na proposta.

7.2.4. Os Certificados individuais seguirão a vigência da Apólice, observados os demais termos destas Condições Gerais, especialmente as hipóteses de cancelamento da Apólice ou do Seguro Individual.

8. ACEITAÇÃO DA PROPOSTA DE CONTRATAÇÃO

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

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

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

manifestação da Seguradora, o Seguro será considerado aceito.

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

8.5. 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).

8.6. 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.

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

9. ACEITAÇÃO DA PROPOSTA DE ADESÃO

9.1. As exigências para aceitação dos Proponentes serão estabelecidas contratualmente e informadas previamente aos Proponentes. A Proposta de Contratação conterá todos os requisitos necessários para a contratação, o conteúdo integral das Condições Contratuais e o prazo máximo para sua aceitação.

9.2. A inclusão individual deverá ser realizada mediante Proposta de Adesão. As Condições Gerais deste Seguro deverão estar à disposição dos Segurado.

9.3. A aceitação da proposta 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.

9.4. A Seguradora terá um prazo de 25 (vinte e cinco) dias corridos, contados a partir da data do recebimento da Proposta de Adesão, para aceitar ou recusar a inclusão do Proponente no Seguro.

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

9.6. É facultado à Seguradora solicitar, para efeito de aceitação, informação ao Proponente quanto à contratação de outros seguros com coberturas concomitantes.

9.7. Decorrido o prazo estipulado no item 8.3 sem que tenha havido manifestação da Seguradora, a proposta será considerada como automaticamente aceita.

9.8. Caso a Proposta de Adesão não seja aceita pela Seguradora, a recusa será comunicada e justificada por escrito ao Pretenso Segurado ou Proponente e o respectivo Prêmio eventualmente pago a título de cobertura provisória será devolvido, no prazo máximo de 10 (dez) dias corridos, devidamente atualizado pelo IPCA/IBGE (Índice de Preços ao Consumidor Amplo), em caso de extinção do IPCA/IBGE, a atualização de que trata este item será feita pelo índice de IPC/FIPE (Preços ao Consumidor/ Fundação Instituto de Pesquisas Econômicas da Universidade de São Paulo), desde a data do pagamento até a data da efetiva devolução..

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

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

9.11. O Segurado está obrigado a comunicar à Seguradora, logo que saiba, qualquer fato suscetível de agravar o risco coberto. O segurado não poderá agravar, de forma intencional e relevante, o risco objeto do Seguro. O descumprimento desta obrigação implicará na perda da Cobertura, sem prejuízo da cobrança do Prêmio e do ressarcimento das Despesas de Contratação.

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

9.13. O Segurado que dolosamente descumprir o dever previsto no item 9.11 perde a Cobertura, sem prejuízo da dívida de prêmio e da obrigação de ressarcir as despesas incorridas pela Seguradora.

9.14. Quando o descumprimento do dever previsto no item 9.11 não for doloso, o Segurado fica obrigado a pagar a diferença de prêmio apurada ou, se a garantia for tecnicamente impossível ou o fato corresponder a tipo de

risco que não seja normalmente subscrito pela Seguradora, perderá a cobertura.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

10.6. A omissão ou falsidade dolosa nas informações implicará na perda do direito do Segurado e Beneficiário a Cobertura do seguro, sem prejuízo da cobrança do

prêmio e do ressarcimento das Despesas de Contratação incorridas pela Seguradora.

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

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

11. CUSTEIO DO SEGURO

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

a) não contributário: aquele em que os Segurados não pagam Prêmio, cabendo a responsabilidade pelo pagamento do Prêmio exclusivamente ao Estipulante;
b) contributário: aquele em que os Segurados pagam Prêmio, parcial ou totalmente.

12. COBRANÇA E PAGAMENTO DOS PRÊMIOS

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

12.2. A periodicidade e a forma de pagamento dos Prêmios serão definidas contratualmente.

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

12.4. 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 me- diante pedido do Segurado por escrito.

12.5. 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 seja devida, a qualquer título, fica obrigado a destacar no documento utilizado na cobrança o valor do Prêmio de cada Segurado.É vedado o recebimento do prêmio antes da formalização do seguro, salvo no caso de cobertura provisória .

12.6. É vedada a cobrança de qualquer taxa de inscrição ou intermediação.

12.7. Quando o Estipulante fizer jus a qualquer remuneração, o valor ou percentual correspondente será estabelecido contratualmente.

12.8. 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 de Preço ao Consumidor Amplo) ambos contados desde a data do vencimento da parcela até o efetivo pagamento.

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

12.10. Quando a forma de pagamento de Prêmio for por meio de cartão de crédito, contas de concessionárias ou débito em conta-corrente, devem ser observados os encargos estabelecidos, respectivamente, em Contrato firmado entre o titular do cartão de crédito e a administradora do cartão, entre o titular da conta dos serviços de concessão e a Concessionária, ou ainda entre o titular da conta-corrente e a instituição bancária, encargos estes totalmente desvinculados dos encargos do Contrato de seguro.

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

12.12. Em caso de atraso no pagamento de qualquer parcela do prêmio, exceto a primeira, superior a 45 (quarenta e cinco) dias consecutivos ou alternados, o 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.

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

12.14. Decorridos os prazos previstos na notificação de inadimplência, e não havendo a purgação da mora, a Seguradora estará suscetível à suspensão da Cobertura e poderá enviar nova notificação ao Segurado 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).

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

12.16. 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.

12.17. No caso de atraso de qualquer parcela do prêmio, exceto a primeira, as disposições das Cláusulas 12.14, 12.15 e 12.16 serão adotadas exclusivamente em relação ao Estipulante quando se tratar de suspensão ou cancelamento da Apólice Coletiva.

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

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

12.20. 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.

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

13. CANCELAMENTO DA APÓLICE

13.1. 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, ¾ (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 ¾ (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.na hipótese do segurado, seus prepostos ou seus beneficiários ou, no caso de pessoas jurídicas, seus sócios controladores, dirigentes e administradores legais agirem com dolo, fraude ou simulação na contratação do seguro, durante toda sua vigência, ou ainda para obter ou para majorar a indenização.

14. CESSAÇÃO DA COBERTURA INDIVIDUAL

14.1. A cobertura de cada Segurado cessa:

14.1.1. 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 11;
b) quando o Segurado solicitar sua exclusão da Apólice, com antecedência mínima de 30 (trinta) dias;com o falecimento do Segurado;
c) com o pagamento da Indenização, se houver previsão de exclusão do Segurado da Apólice na respectiva cobertura contratada, que gerou a Indenização;
d) com a extinção do Vínculo entre o Segurado e o Estipulante, seja ou não este fato comunicado à Seguradora;
e) imediatamente, se constatada uma das hipóteses previstas no item “Perda do Direito a Indenização” destas Condições Gerais.

14.2. 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 11;
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;
quando o Segurado não pagar o Prêmio Individual desde que haja notificação prévia com 30 (trinta) dias de antecedência.

14.3. Para o Segurado Dependente, quando incluído no seguro:

a) em qualquer das hipóteses previstas nos itens 12.1.1 e 12.1.2 acima;
b) em caso de cessação da condição de Segurado Dependente, conforme estabelecem as respectivas coberturas Suplementares de Inclusão de Cônjuge e/ou Filho(s), seja ou não comunicado este fato à Seguradora e independentemente da cobrança do Prêmio.

15. CAPITAL SEGURADO E DESPESAS DE SALVAMENTO

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

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

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

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

15.5. Os reembolsos de despesas de salvamento somam-se a todos os reembolsos anteriormente realizados no âmbito dessa apólice para fins de cálculo e utilização do limite máximo para reembolsos estabelecido na Apólice[1]. Assim, a realização de um reembolso resulta na manutenção, como novo limite para reembolsos, do saldo do limite não utilizado.

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

15.7. A seguradora não estará obrigada a custear:

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

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

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

16. ATUALIZAÇÃO DOS VALORES DO SEGURO

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

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

16.3. 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 proventos do Segurado, devendo este critério constar no Contrato de seguro.

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

17. TAXA DO SEGURO E RECÁLCULO DO PRÊMIO

17.1. 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.

17.2. 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.

17.3. A Seguradora anualmente, no aniversário da apólice, deverá recalcular as taxas do seguro, caso a natureza dos riscos do seguro tornar-se 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.

17.4. A modificação prevista no item 15.2 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, 3/4 (três quartos) do Grupo Segurado.

18. BENEFICIÁRIO(S)

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

18.2. 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.

18.3. 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.

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

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

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

18.7. 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.

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

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

19. OCORRÊNCIA DO SINISTRO

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

19.1.1 Ao tomar conhecimento da ocorrência ou da iminência de sinistro, o Segurado e o(s) Beneficiário(s), conforme o caso, obriga-se a:
I – adotar, de forma imediata, todas as providências razoáveis e eficazes para evitar ou minimizar os efeitos do evento danoso;
II – comunicar prontamente a seguradora, por qualquer meio idôneo que permita comprovação, e seguir as instruções recebidas para contenção dos danos ou salvamento dos bens segurados;
III – fornecer à Seguradora todos os elementos de que disponha sobre o sinistro, suas causas e consequências.

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

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

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

20. PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO

20.1. 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.

20.2. 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.

20.3. A Seguradora terá o prazo máximo de 30 (trinta) dias para manifestar-se expressamente sobre a existência de cobertura, sob pena de não poder mais recusá-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.

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

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

20.6. 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

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

20.8. Para as Coberturas adicionais de Desemprego Involuntário, Incapacidade Física Total e Temporária e Perda de Renda, se contratadas, o pagamento do Capital Segurado será efetuado sob forma de parcela mensal, enquanto o Segurado permaneça na condição de desempregado ou incapacitado, sempre observado o valor limite de parcelas/Capital contratado e constante do Certificado individual do Seguro.

20.9. 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 30 dias.

20.10. Caso ao final do prazo indicado no item 18.5 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.

20.11. 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.

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

20.13. 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.

20.14. 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.

20.15. 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 20.8. por, no máximo, 1 (uma) vez, reiniciando-se a contagem no primeiro dia útil subsequente ao atendimento integral da solicitação.

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

20.17. 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.

20.18. Caso haja atraso no pagamento da Indenização, independentemente de notificação ou interpelação judicial, 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.

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

20.20. 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.

21. PERÍCIA MÉDICA/JUNTA MÉDICA

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

21.2. 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.

21.3. A junta médica será constituída por 3 (três) membros, sendo um nomeado pelo Segurado, outro pela Seguradora, e um terceiro, desempatador, escolhido pelos dois nomeados. Cada uma das partes pagará os honorários do médico que tiver designado; os do terceiro serão pagos, em partes iguais, pelo Segurado e pela Seguradora.

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

22. PERDA DO DIREITO À IDENIZAÇÃO

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

i) Quando as declarações inexatas ou omissões ocorrerem de forma dolosa, perderá a garantia, sem prejuízo da dívida de prêmio e da obrigação de ressarcir as despesas efetuadas pela Seguradora, ou;
(ii) Quando as declarações inexatas ou omissões ocorrerem de forma culposa, terá sua garantia reduzida proporcionalmente à diferença entre o prêmio pago e o que seria devido caso prestadas inicialmente as informações que foram posteriormente reveladas.

22.2. Não se aplicam as hipóteses dos itens i e ii do item 21.1 quando o interessado provar que a Seguradora tomou ciência oportunamente do sinistro e das informações por outros meios.

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

22.4. O Segurado e o(s) Beneficiário(s) perderão o direito à Indenização para qualquer das Coberturas contratadas, ainda, pelas seguintes razões:
a) inobservância das obrigações convencionadas neste seguro;
b) dolo, fraude ou sua tentativa, simulação ou culpa grave, para obter ou majorar a Indenização, ou ainda se o Segurado ou o(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

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

23. ALTERAÇÕES DA APÓLICE

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

23.2. 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 que representem, no mínimo, 3/4 (três quartos) do Grupo Segurado.

23.3. Se a modificação for por força do reenquadramento por idade ou faixa etária previsto no item 17.1, não haverá a necessidade da anuência expressa de ¾ (três quartos) do Grupo Segurado.

24. OUTRAS OBRIGAÇÕES DO ESTIPULANTE

24.1. 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. manter a seguradora informada a respeito dos dados cadastrais dos segurados e alterações na natureza do risco coberto, de acordo com o definido contratualmente;
b) Assistir o segurado ou o beneficiário durante a execução do contrato e fornecer ao segurado, sempre que solicitado, informações relativas ao seguro contratado; repassar os prêmios à seguradora, nos prazos estabelecidos

contratualmente, caso seja responsável pelo recolhimento dos prêmios;
c) repassar aos segurados todas as comunicações ou avisos inerentes à apólice coletiva, quando for responsável por tais ações;
d) discriminar a razão social e, se for o caso, o nome fantasia da sociedade seguradora responsável pelo risco nos documentos, comunicações e materiais de comercialização e publicidade referentes ao seguro;
e) 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;
f) dar ciência aos segurados dos procedimentos e prazos estipulados para a liquidação de sinistros;
g) comunicar, de imediato, à Susep, quaisquer procedimentos que considerar irregulares quanto ao seguro contratado; e
h) fornecer à Susep quaisquer informações solicitadas, dentro do prazo por ela estabelecido.
i) 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.
j) fornecer ao Beneficiário indicado a título oneroso, tão logo quanto possível, certificado e condições contratuais do seguro.
k) cumprir as obrigações e os deveres do contrato, salvo os que por sua natureza devam ser cumpridos pelo segurado ou pelo beneficiário.
l) 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.

25. MATERIAL DE DIVULGAÇÃO

25.1. 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.

26. CUMPRIMENTO DAS LEIS ANTICORRUPÇÃO

26.1. 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 a brasileira n.º 12.846/2013 e seu respectivo decreto n.º 11.129/22, proíbem qualquer oferta direta ou indireta, pagamento ou recebimento de dinheiro ou qualquer coisa de valor de/para qualquer pessoa (inclusive, sem limitação, qualquer servidor público, organização internacional, partido político, oficial de partido ou candidato a cargos políticos) para fins de obter, manter ou instruir negócios, garantir qualquer vantagem imprópria na condução de negócios ou aliciar a realização imprópria de qualquer função pública ou comercial. O 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.

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

27.1. 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.

27.2. A Seguradora não pagará qualquer Indenização com base no presente seguro, se o Segurado e/ou seu representante legal praticar ato doloso de terrorismo, lavagem de dinheiro e outros ilícitos correlatos combatidos no Brasil e no exterior, desde que o referido ato doloso tenha nexo causal com o evento gerador do sinistro, caracterizando assim, a perda do Segurado 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.

27.3. 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.

27.4. 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.

27.5. 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. TRIBUTO

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

29. PRESCRIÇÃO

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

30. FORO

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

31. DISPOSIÇÕES FINAIS

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

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

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

31.4. Este seguro é estruturado no Regime Financeiro de Repartição Simples, portanto, não haverá devolução ou resgate de Prêmios ao Segurado ou aos Beneficiários.

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

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

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

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

31.9. 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.

31.10. O Corretor, Estipulante e Representante (Intermediários) são obrigados a agir com lealdade e boa-

fé e prestar informações completas e verídicas sobre todas as questões envolvendo a formação e a execução do contrato.

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

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

COBERTURA DE MORTE

1. OBJETIVO

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

2. DEFINIÇÃO

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

3. RISCOS EXCLUÍDOS

3.1. Aplicam-se os riscos excluídos do item 5 das Condições Gerais.

4. CAPITAL SEGURADO

4.1. O Capital Segurado para esta cobertura será estabelecido contratualmente e deverá constar 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 do falecimento do Segurado.

5. INÍCIO DE VIGÊNCIA

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

6. CESSAÇÃO DE COBERTURA

6.1. Além das hipóteses previstas nos itens 13, 14 e 22 das Condições Gerais, a cobertura do risco a que se refere esta cobertura cessa ainda:

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

7. PRÊMIO

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

8. ÂMBITO TERRITORIAL DE COBERTURA

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

9. CARÊNCIA

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

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

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

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

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

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

10. PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO

10.1. Os elementos essenciais para aferição e decisão sobre a existência de Cobertura, referentes à presente Cobertura são:
(i) o aviso de sinistro totalmente preenchido e
(ii) a entrega dos documentos associados à Cobertura pleiteada, conforme abaixo:

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

a) Morte decorrente de doença

- Aviso de sinistro preenchido e assinado (formulário padrão MetLife);
- Cópia de todos os documentos médicos e exames realizados;
- formulário "Autorização para Crédito de Indenização" (Formulário padrão MetLife), devidamente preenchido e assinado por cada um dos Beneficiários;
- Na hipótese de beneficiário Pessoa Jurídica: Autorização de crédito em nome da Pessoa Jurídica (formulário padrão MetLife);
- Cópias do RG (cédula de identidade), CPF (Cadastro de Pessoas Físicas) e comprovantes de residência do(s) Beneficiário(s);
- Cópia do RG do segurado;
- Cópia da Certidão de Óbito do Segurado;
- Cópia do Termo de Rescisão do Contrato de Trabalho, devidamente assinado pelo empregador e pelo representante do empregado, quando se tratar de Apólice Coletiva, cujo Vínculo prévio seja empregatício;
- Cópia dos 3 (três) últimos comprovantes de salário, quando se tratar de Apólice Coletiva, cujo Vínculo prévio seja empregatício;
- Comprovante de indicação de Beneficiário(s) assinado pelo Segurado;
- 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.

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

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

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

- declaração assinada pelo Estipulante, formalizando que não houve designação de Beneficiário(s);
- declaração assinada pelo(s) Herdeiro(s), com indicação do estado civil do Segurado por ocasião do falecimento, se eventualmente mantinha união estável e com quem, e quais os herdeiros legais deixados (listar todos).

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

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

Na hipótese de Beneficiários Pessoa Jurídica:

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

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

11. 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 MORTE ACIDENTAL (MA)

1. OBJETIVO

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

2. 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. Se aplicam os riscos excluídos do item 5 das Condições Gerais.

4. CAPITAL SEGURADO

4.1. O Capital Segurado para esta cobertura será estabelecido contratualmente e deverá constar 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

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

6. CESSAÇÃO DE COBERTURA

6.1. Além das hipóteses previstas nos itens 13, 14 e 22 das Condições Gerais, a cobertura do risco a que se refere esta cobertura cessa ainda:

6.1.1. **Para o Segurado:**
a) simultaneamente, com o cancelamento da Apólice 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. ÂMBITO TERRITORIAL DE COBERTURA

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

9. PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO

9.1. Os elementos essenciais para aferição e decisão sobre a existência de Cobertura, referentes à presente Cobertura são:
(i) o aviso de sinistro totalmente preenchido e
(ii) a entrega dos documentos associados à Cobertura pleiteada, conforme abaixo:

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

- Aviso de sinistro preenchido e assinado (formulário padrão MetLife);
- Formulário "Autorização para Crédito de Indenização" (formulário padrão MetLife), devidamente preenchido e assinado por cada um dos Beneficiários;
- Cópias do RG (cédula de identidade), CPF (Cadastro de Pessoas Físicas) e comprovantes de residência do Segurado e do(s) Beneficiário(s);
- Cópia da Certidão de Óbito do Segurado;
- Cópia do RG do segurado;
- Cópia de todos os documentos médicos e exames realizados;
- Cópia do Termo de Rescisão do Contrato de Trabalho, devidamente assinado pelo empregador e pelo representante do empregado, quando se tratar de Apólice Coletiva, cujo Vínculo prévio seja empregatício;
- Cópia dos 3 (três) últimos comprovantes de salário, quando se tratar de Apólice Coletiva, cujo Vínculo prévio seja empregatício;
- Comprovante de indicação de Beneficiário(s) assinado pelo Segurado;
- 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.

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

Não havendo indicação de Beneficiário(s), apresentar ainda:
- declaração original assinada pelo Estipulante, formalizando que não houve designação de Beneficiário(s);
- declaração original assinada pelo(s) Herdeiros(s), com indicação do estado civil do Segurado por ocasião do falecimento, se eventualmente mantinha união estável e com quem, e quais os herdeiros legais deixados (listar todos).

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

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

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

10. DISPOSIÇÕES GERAIS

10.1. Esta cobertura quando contratada conjuntamente com a cobertura de Morte, em caso de morte decorrente de Acidente Pessoal coberto, as coberturas de Morte e cobertura de Morte Acidental se acumulam.

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

COBERTURA DE MORTE ACIDENTAL POR ACIDENTE AÉREO (MAA)

1. OBJETIVO

1.1. Esta cobertura, desde que contratada, garante o pagamento de uma Indenização ao(s) Beneficiário(s), em caso de Morte por Acidente Aéreo do Segurado, exclusivamente na condição de Passageiro, exceto se decorrente de Riscos Excluídos, observados os demais termos desta cobertura , das Condições Gerais e as demais Disposições Contratuais.

2. DEFINIÇÃO

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

2.2. Passageiro: é o Segurado que esteja a bordo de aeronave, desde que não seja na condição de tripulante, exclusivamente em voos de linhas regulares comerciais devidamente concedidas e aprovadas pelo Departamento de Aviação Civil – DAC ou Autoridade Internacional competente.

3. RISCOS EXCLUÍDOS

3.1. Além dos riscos expressamente excluídos no item 5 das Condições Gerais, estão também excluídos:
a) voos de fretamento, de serviço, de instrução, de experiência, cargueiro ou outros voos de linhas não regulares, conforme conceito estabelecido pela ANAC, tais como mas não se limitando a voos a bordo de táxis-aéreos, helicópteros, aeronaves particulares, aeroplanos, planadores, asas-delta, balões, dirigíveis;
b) voos extra, exceto na hipótese de voos realizados para atender excessos esporádicos de demanda em voos regulares.

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

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

6. CESSAÇÃO DE COBERTURA

6.1. Além das hipóteses previstas nos itens 13, 14 e 22 das Condições Gerais, a cobertura do risco a que se refere esta cobertura cessa ainda:

6.1.1. **Para o Segurado:**
a) simultaneamente, com o cancelamento da Apólice 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. ÂMBITO TERRITORIAL DE COBERTURA

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

9. PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO

9.1. Os elementos essenciais para aferição e decisão sobre a existência de Cobertura, referentes à presente Cobertura são:
(i) o aviso de sinistro totalmente preenchido e
(ii) a entrega dos documentos associados à Cobertura pleiteada, conforme abaixo:

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

- Aviso de sinistro preenchido e assinado (formulário padrão MetLife);
- Formulário "Autorização para Crédito de Indenização" (formulário padrão MetLife), devidamente preenchido e assinado por cada um dos Beneficiários;
- Cópias do RG (cédula de identidade), CPF (Cadastro de Pessoas Físicas) e comprovantes de residência do Segurado e do(s) Beneficiário(s);
- Cópia da Certidão de Óbito do Segurado;
- Cópia do RG do segurado;

- Cópia de todos os documentos médicos e exames realizados;
- Cópia do Termo de Rescisão do Contrato de Trabalho, devidamente assinado pelo empregador e pelo representante do empregado, quando se tratar de Apólice Coletiva, cujo Vínculo prévio seja empregatício;
- Cópia dos 3 (três) últimos comprovantes de salário, quando se tratar de Apólice Coletiva, cujo Vínculo prévio seja empregatício;
- Comprovante de indicação de Beneficiário(s) assinado pelo Segurado;
- 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.
- Cópia do BO (Boletim de Ocorrência Policial) e/ou CAT (Comunicação de Acidente do Trabalho), se Acidente de Trabalho;
- 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 relação completa de passageiros embarcados no voo acidentado, com discriminação da tripulação e confirmação de check-in pela companhia área respectiva;
- Comprovante de concessão e aprovação do voo pelo ANAC ou Autoridade Aeronáutica Internacional, informando tipo de voo e aeronave.

Não havendo indicação de Beneficiário(s), apresentar ainda:
- declaração original assinada pelo Estipulante, formalizando que não houve designação de Beneficiário(s);
- declaração original assinada pelo(s) Herdeiro(s), com indicação do estado civil do Segurado por ocasião do falecimento, se eventualmente mantinha união estável e com quem, e quais os herdeiros legais deixados (listar todos).

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

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

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

10. DISPOSIÇÕES GERAIS

10.1. 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 MORTE ACIDENTAL POR ACIDENTE AUTOMOBILISTICO (MAAUT)

1. OBJETIVO

1.1. Esta cobertura, desde que contratada, garante o pagamento de uma Indenização ao(s) Beneficiário(s), em caso de Morte por Acidente Automobilístico do Segurado, causado exclusivamente por veículos de tração automotora ou elétrica, de acordo com a classificação dada pelo Código de Trânsito Brasileiro – CTB, de vias terrestres, inclusive trem e metrô, esteja o Segurado na condição de condutor, passageiro ou pedestre, exceto se decorrente de Riscos Excluídos, observados os demais termos desta cobertura , das Condições Gerais e as demais Disposições Contratuais.

2. DEFINIÇÃO

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

3. RISCOS EXCLUÍDOS

3.1. Além dos riscos expressamente excluídos no item 5 das Condições Gerais, estão também excluídos:

a) os eventos ocorridos com motocicletas, triciclos, bicicletas, ciclomotores ou similares.

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

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

6. CESSAÇÃO DE COBERTURA

6.1. Além das hipóteses previstas nos itens 13, 14 e 22 das Condições Gerais, a cobertura do risco a que se refere esta cobertura cessa ainda:

6.1.1. Para o Segurado:

a) simultaneamente, com o cancelamento da Apólice 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. ÂMBITO TERRITORIAL DE COBERTURA

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

9. PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO

9.1. Os elementos essenciais para aferição e decisão sobre a existência de Cobertura, referentes à presente Cobertura são:
(i) o aviso de sinistro totalmente preenchido e
(ii) a entrega dos documentos associados à Cobertura pleiteada, conforme abaixo:

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

- Aviso de sinistro preenchido e assinado (formulário padrão MetLife);
- Formulário "Autorização para Crédito de Indenização" (formulário padrão MetLife), devidamente preenchido e assinado por cada um dos Beneficiários;
- Cópias do RG (cédula de identidade), CPF (Cadastro de Pessoas Físicas) e comprovantes de residência do Segurado e do(s) Beneficiário(s);
- Cópia da Certidão de Óbito do Segurado;
- Cópia do RG do segurado;
- Cópia de todos os documentos médicos e exames realizados;
- Cópia do Termo de Rescisão do Contrato de Trabalho, devidamente assinado pelo empregador e pelo representante do empregado, quando se tratar de Apólice Coletiva, cujo Vínculo prévio seja empregatício;
- Cópia dos 3 (três) últimos comprovantes de salário, quando se tratar de Apólice Coletiva, cujo Vínculo prévio seja empregatício;
- Comprovante de indicação de Beneficiário(s) assinado pelo Segurado;
- 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.
- Cópia do BO (Boletim de Ocorrência Policial) e/ou CAT (Comunicação de Acidente do Trabalho), se Acidente de Trabalho;
- Cópia do Laudo do Necroscópico - IML (Instituto Médico-Legal), se realizado;
- Cópia da CNH (Carteira Nacional de Habilitação), em caso de acidente com veículo dirigido pelo Segurado;
- Cópia do Laudo do Exame de Dosagem Alcoólica e/ou Toxicológico, se realizado(s);
- Cópia do laudo da perícia técnica realizada no local do acidente, se houver.

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

- declaração original assinada pelo Estipulante, formalizando que não houve designação de Beneficiário(s);
- declaração original assinada pelo(s) Herdeiro(s), com indicação do estado civil do Segurado por ocasião do falecimento, se eventualmente mantinha união estável e com quem, e quais os herdeiros legais deixados (listar todos).

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

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

Na hipótese de Beneficiários Pessoa Jurídica:

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

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

10. DISPOSIÇÕES GERAIS

10.1. 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 MORTE ACIDENTAL POR DEMAIS ACIDENTES (MAD)

1. OBJETIVO

1.1. Esta cobertura, desde que contratada, garante o pagamento de uma Indenização ao(s) Beneficiário(s), em caso de Morte por Acidente do Segurado que não se enquadre em nenhum dos conceitos das Coberturas de Morte por Acidente Aéreo ou Morte por Acidente Automobilístico, exceto se decorrente de Riscos Excluídos, observados os demais termos desta cobertura , das Condições Gerais e as demais Disposições Contratuais.

2. DEFINIÇÃO

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

3. RISCOS EXCLUÍDOS

3.1. Se aplicam os riscos excluídos do item 5 das Condições Gerais.

4. CAPITAL SEGURADO

4.1. O Capital Segurado para esta cobertura será estabelecido contratualmente e deverá constar 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

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

6. CESSAÇÃO DE COBERTURA

6.1. Além das hipóteses previstas nos itens 13, 14 e 22 das Condições Gerais, a cobertura do risco a que se refere esta cobertura cessa ainda:

6.1.1. Para o Segurado:
a) simultaneamente, com o cancelamento da Apólice 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. ÂMBITO TERRITORIAL DE COBERTURA

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

9. PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO

9.1. Os elementos essenciais para aferição e decisão sobre a existência de Cobertura, referentes à presente Cobertura são:
(i) o aviso de sinistro totalmente preenchido e
(ii) a entrega dos documentos associados à Cobertura pleiteada, conforme abaixo:

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

- Aviso de sinistro preenchido e assinado (formulário padrão MetLife); formulário "Autorização para Crédito de Indenização" (formulário padrão MetLife), devidamente preenchido e assinado por cada um dos Beneficiários;
- Cópias do RG (cédula de identidade), CPF (Cadastro de Pessoas Físicas) e comprovantes de residência do Segurado e do(s) Beneficiário(s);
- Cópia da Certidão de Óbito do Segurado;
- Cópia do RG do Segurado;
- Cópia de todos os documentos médicos e exames realizados;
- Cópia do Termo de Rescisão do Contrato de Trabalho, devidamente assinado pelo empregador e pelo representante do empregado, quando se tratar de Apólice Coletiva, cujo Vínculo prévio seja empregatício;
- Cópia dos 3 (três) últimos comprovantes de salário, quando se tratar de Apólice Coletiva, cujo Vínculo prévio seja empregatício;
- Comprovante de indicação de Beneficiário(s) assinado pelo Segurado;
- 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.

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

Não havendo indicação de Beneficiário(s), apresentar ainda:
- declaração original assinada pelo Estipulante, formalizando que não houve designação de Beneficiário(s);
- declaração original assinada pelo(s) Herdeiro(s), com indicação do estado civil do Segurado por ocasião do falecimento, se eventualmente mantinha união estável e com quem, e quais os herdeiros legais deixados (listar todos).

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

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

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

10. DISPOSIÇÕES GERAIS

10.1. 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.

2. DEFINIÇÕES

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

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

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

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

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

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

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

3. RISCOS EXCLUÍDOS

3.1. Além dos riscos expressamente excluídos na cláusula 5 das Condições Gerais, estão também excluídos desta cobertura , os eventos ocorridos em consequência, direta ou indireta de e/ou relacionados a:

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

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

4. CAPITAL SEGURADO

4.1. O Capital Segurado para esta cobertura será estabelecido contratualmente e deverá constar 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. REINTEGRAÇÃO DO CAPITAL SEGURADO

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

6. ACUMULAÇÃO DE INDENIZAÇÕES

6.1. As Indenizações decorrentes de eventos por morte acidental e invalidez permanente por acidente, em quaisquer das coberturas contratadas, não se acumulam. Se, depois de paga uma Indenização por invalidez permanente por acidente, seja parcial ou total, ocorrer a caracterização de outra cobertura de invalidez permanente por acidente e/ou a morte do Segurado, em consequência do mesmo acidente, será deduzido, do valor do Capital Segurado a ser pago, o valor já indenizado.

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

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

INVALIDEZ PERMANENTE	DISCRIMINAÇÃO	% SOBRE O CAPITAL
PARCIAL MEMBROS SUPERIORES	Perda total de uso de um dos membros superiores	70
	Perda total do uso de uma das mãos	60
	Fratura não consolidada de um dos úmeros	50
	Fratura não consolidada de um dos segmentos rádio-ulnares	30
	Anquilose total de um dos ombros	25
	Anquilose total de um dos cotovelos	25
	Anquilose total de um dos punhos	20
	Perda total do uso de um dos polegares, inclusive o metacarpiano	25
	Perda total do uso de um dos polegares, exclusive o metacarpiano	18
	Perda total do uso da falange distal do polegar	9
	Perda total do uso de um dos dedos indicadores	15
	Perda total do uso de um dos dedos mínimos ou um dos dedos médios	12
	Perda total do uso de um dos dedos anulares	9

	Perda total do uso de qualquer falange, excluídas as do polegar: equivalente a 1/3 do valor do dedo respectivo

INVALIDEZ PERMANENTE	DISCRIMINAÇÃO	% SOBRE o CAPITAL
PARCIAL MEMBROS INFERIORES	Perda total do uso de um dos membros inferiores	70
	Perda total do uso de um dos pés	50
	Fratura não consolidada de um fêmur	50
	Fratura não consolidada de um dos segmentos tíbio-Peroneiros	25
	Fratura não consolidada da rótula	20
	Fratura não consolidada de um pé	20
	Anquilose total de um dos joelhos	20
	Anquilose total de um dos tornozelos	20
	Anquilose total de um quadril	20
	Perda parcial de um dos pés, isto é, perda de todos os dedos e de uma parte do mesmo pé	25
	Amputação do 1º (primeiro) dedo	10
	Amputação de qualquer outro dedo	3
	Perda total do uso de uma falange do 1º (primeiro) dedo, equivalente 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	05%
	Em grau médio	10%
	Em grau máximo	20%
	NARIZ	
	Amputação total do nariz com perda total do olfato	25%
	Perda total do olfato	07%
	Perda do olfato com alterações gustativas	10%
	APARELHO VISUAL E ANEXOS DO OLHO	
	Diplopia	15%
	LESÕES DAS VIAS LACRIMAIS	
	Unilateral	07%
	Unilateral com fístulas	15%
	Bilateral	14%
	Bilateral com fístulas	25%
	LESÕES DA PÁLPEBRA	
	Ectrópio unilateral	03%
	Ectrópio bilateral	06%
	Entrópio unilateral	07%
	Entrópio bilateral	14%
	Má oclusão palpebral unilateral	03%
	Má oclusão palpebral bilateral	06%
	Ptose palpebral unilateral	05%
	Ptose palpebral bilateral	10%
	APARELHO DA FONAÇÃO	
	Perda da palavra (mudez incurável)	50%
	Perda de substância (palato mole e duro)	15%
	SISTEMA AUDITIVO	
	Amputação total de uma orelha	08%
	Amputação total das duas orelhas	16%

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

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

8. INÍCIO DE VIGÊNCIA

8.1. A cobertura começa a vigorar, 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 13, 14 e 22 das Condições Gerais, a cobertura do risco a que se refere cessa ainda:

9.1.1. 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.

10. PRÊMIO

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

11. ÂMBITO TERRITORIAL DE COBERTURA

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

12. PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO

12.1. Os elementos essenciais para aferição e decisão sobre a existência de Cobertura, referentes à presente Cobertura são:
(i) o aviso de sinistro totalmente preenchido e
(ii) a entrega dos documentos associados à Cobertura pleiteada, conforme abaixo:

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

- Aviso de sinistro preenchido e assinado (formulário padrão MetLife);
- Formulário "Autorização para Crédito de Indenização" (Formulário padrão MetLife), devidamente preenchido e assinado pelo Segurado;
- Cópias do RG. (cédula de identidade), CPF (Cadastro de Pessoas Físicas) e comprovante de residência do Segurado;
- Cópia do BO (Boletim de Ocorrência Policial) e/ou CAT (Comunicação de Acidente do Trabalho), se Acidente de Trabalho;
- Cópia da CNH (Carteira Nacional de Habilitação), em caso de acidente com veículo dirigido pelo Segurado;
- Cópia do Laudo do Exame de Dosagem Alcoólica e/ou Toxicológico, se realizado(s);
- Cópia do laudo da perícia técnica realizada no local do acidente, se houver;
- Radiografia e resultados de exames realizados;
- Relatório médico informando a data do acidente, o percentual do déficit funcional apresentado por segmento, a data de confirmação da alta médica e, obrigatoriamente, da reabilitação;
- Cópia de todos os documentos médicos e exames realizados;
- Cópia da Ficha de Registro do empregado, quando se tratar de Apólice Coletiva, cujo Vínculo prévio seja empregatício;
- cópia dos 3 (três) últimos comprovantes de salário, quando se tratar 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.

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

13. DISPOSIÇÕES GERAIS

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

COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL POR ACIDENTE (IPTA)

1. OBJETIVO

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

2. DEFINIÇÕES

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

2.2. Invalidez Permanente Total por Acidente: para fins desta cobertura é a perda, redução ou impotência funcional definitiva e total de algum membro ou órgão prevista na Tabela para Cálculo de Percentuais de Indenização em caso de Invalidez Permanente Total por Acidente, conforme item 7 desta Cláusula, em virtude de lesões físicas exclusivamente decorrentes de Acidente Pessoal coberto, desde que tais lesões sejam insuscetíveis de reabilitação ou recuperação pelos meios terapêuticos disponíveis no momento de sua constatação.

2.2.1. **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.**

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

2.2.3. **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 na cláusula 5 das Condições Gerais, estão também excluídos desta cobertura, 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, própria ou de terceiro, ou assistência à pessoa em perigo;
b) todo e qualquer dano estético, ainda que decorrente de acidente coberto;
c) perda de dentes, ainda que decorrente de acidente coberto.

4. CAPITAL SEGURADO

4.1. O Capital Segurado para esta 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. REINTEGRAÇÃO DO CAPITAL SEGURADO

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

6. ACUMULAÇÃO DE INDENIZAÇÕES

6.1. As Indenizações decorrentes de eventos por morte acidental e invalidez permanente por acidente, em quaisquer das coberturas contratadas, não se acumulam. Se, depois de paga uma Indenização por invalidez permanente por acidente, seja parcial ou total, ocorrer a caracterização de outra cobertura de invalidez permanente por acidente e/ou a morte do Segurado, em consequência do mesmo acidente, será deduzido do valor do Capital Segurado a ser pago, o valor já indenizado.

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

INVALIDEZ PERMANENTE	DISCRIMINAÇÃO	SOBRE O CAPITAL
TOTAL	Perda total da visão de ambos os olhos	100%
	Perda total do uso de mbos 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%

7. INÍCIO DE VIGÊNCIA

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

8. CESSAÇÃO DE COBERTURA

8.1. Além das hipóteses previstas nos itens 13, 14 e 22 das Condições Gerais, a cobertura do risco a que se refere esta cobertura cessa ainda:

8.1.1. Para o Segurado:

a) simultaneamente, com o cancelamento da Apólice 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.

9. PRÊMIO

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

10. ÂMBITO TERRITORIAL DE COBERTURA

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

11. PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO

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

(i) o aviso de sinistro totalmente preenchido e

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

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

- Aviso de sinistro preenchido e assinado (formulário padrão MetLife); formulário “Autorização para Crédito de Indenização” (Formulário padrão MetLife), devidamente preenchido e assinado pelo Segurado;
- Cópias do RG (cédula de identidade), CPF (Cadastro de Pessoas Físicas) e comprovante de residência do Segurado;
- Cópia do BO (Boletim de Ocorrência Policial) e/ou CAT (Comunicação de Acidente do Trabalho), se Acidente de Trabalho;
- Cópia da CNH (Carteira Nacional de Habilitação), em caso de acidente com veículo dirigido pelo Segurado;
- Cópia do Laudo do Exame de Dosagem Alcoólica e/ou Toxicológico, se realizado(s);
- Cópia do laudo da perícia técnica realizada no local do acidente, se houver;
- Radiografia e resultados de exames realizados;
- Relatório médico informando a data do acidente, o percentual do déficit funcional apresentado por segmento, a data de confirmação da alta médica e, obrigatoriamente, da reabilitação;
- Cópia de todos os documentos médicos e exames realizados;
- Cópia da Ficha de Registro do empregado, quando se tratar de Apólice Coletiva, cujo Vínculo prévio seja empregatício;
- Cópia dos 3 (três) últimos comprovantes de salário, quando se tratar 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.

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

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 TOTAL POR ACIDENTE AÉREO (IPTAA)

1. OBJETIVO

1.1. Esta cobertura, desde que contratada, garante o pagamento de uma Indenização ao Segurado, em caso de Invalidez Permanente Total por Acidente Aéreo do Segurado, exclusivamente na condição de Passageiro, exceto se decorrente de Riscos Excluídos, observados os demais termos desta cobertura, das Condições Gerais e as demais Disposições Contratuais.

2. DEFINIÇÕES

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

2.2. Passageiro: é o Segurado que esteja a bordo de aeronave, desde que não seja na condição de tripulante, exclusivamente em voos de linhas regulares comerciais devidamente concedidas e aprovadas pelo Departamento de Aviação Civil – DAC ou Autoridade Internacional competente.

2.3. Invalidez Permanente Total por Acidente: para fins desta cobertura é a perda, redução ou impotência funcional definitiva e total de algum membro ou órgão prevista na Tabela para Cálculo de Percentuais de Indenização em caso de Invalidez Permanente Total por Acidente, conforme item 7 desta Cláusula, em virtude de lesões físicas exclusivamente decorrentes de Acidente Pessoal coberto, desde que tais lesões sejam insuscetíveis de reabilitação ou recuperação pelos meios terapêuticos disponíveis no momento de sua constatação.

2.3.1. 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 .

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

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

3. RISCOS EXCLUÍDOS

3.1. Além dos riscos expressamente excluídos no item 5 das Condições Gerais, estão também excluídos:

a) voos de fretamento, de serviço, de instrução, de experiência, cargueiro ou outros voos de linhas não regulares, conforme conceito estabelecido pelo ANAC, tais como, mas não se limitando a voos a bordo de táxis-aéreos, helicópteros, aeronaves particulares, aeroplanos, planadores, asas-delta, balões, dirigíveis;
b) voos extra, exceto na hipótese de voos realizados para atender excessos esporádicos de demanda em voos regulares.

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. REINTEGRAÇÃO DO CAPITAL SEGURADO

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

6. ACUMULAÇÃO DE INDENIZAÇÕES

6.1. As Indenizações decorrentes de eventos por morte acidental e invalidez permanente por acidente aéreo, em quaisquer das coberturas contratadas, não se acumulam. Se, depois de pagar uma Indenização por invalidez permanente por acidente aéreo, ocorrer a caracterização de outro evento de invalidez permanente por acidente aéreo e/ou a morte do Segurado, em consequência do mesmo acidente, será deduzido do valor do Capital Segurado a ser pago, o valor já indenizado.

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

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

8. INÍCIO DE VIGÊNCIA

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

9. CESSAÇÃO DE COBERTURA

9.1. Além das hipóteses previstas nos itens 13, 14 e 22 das Condições Gerais, a cobertura do risco a que se refere esta cobertura cessa ainda:

9.1.1. **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.

10. PRÊMIO

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

11. ÂMBITO TERRITORIAL DE COBERTURA

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

12. PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO

12.1. Os elementos essenciais para aferição e decisão sobre a existência de Cobertura, referentes à presente Cobertura são:
(iii) o aviso de sinistro totalmente preenchido e
(iv) a entrega dos documentos associados à Cobertura pleiteada, conforme abaixo:

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

- Aviso de sinistro preenchido e assinado (formulário padrão MetLife);
- Formulário "Autorização para Crédito de Indenização" (Formulário padrão MetLife), devidamente preenchido e assinado pelo Segurado;
- Cópias do RG (cédula de identidade), CPF (Cadastro de Pessoas Físicas) e comprovante de residência do Segurado;
- Cópia do BO (Boletim de Ocorrência Policial) e/ou CAT (Comunicação de Acidente do Trabalho), se Acidente de Trabalho;
- Cópia da CNH (Carteira Nacional de Habilitação), em caso de acidente com veículo dirigido pelo Segurado;
- Cópia do Laudo do Exame de Dosagem Alcoólica e/ou Toxicológico, se realizado(s);
- Cópia do laudo da perícia técnica realizada no local do acidente, se houver;
- Radiografia e resultados de exames realizados;
- Relatório médico informando a data do acidente, o percentual do déficit funcional apresentado por segmento, a data de confirmação da alta médica e, obrigatoriamente, da reabilitação;
- Cópia de todos os documentos médicos e exames realizados;
- Cópia da Ficha de Registro do empregado, quando se tratar de Apólice Coletiva, cujo Vínculo prévio seja empregatício;
- Cópia dos 3 (três) últimos comprovantes de salário, quando se tratar 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;
- Cópia da relação completa de passageiros embarcados no voo acidentado, com discriminação da tripulação e confirmação de check-in pela companhia área respectiva;

- Comprovante de concessão e aprovação do voo pelo ANAC ou Autoridade Aeronáutica Internacional, informando o tipo de voo e aeronave.
-

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

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 AUTOMOBILÍSTICO (IPTAAUT)

1. OBJETIVO

1.1. Esta cobertura, desde que contratada, garante o pagamento de uma Indenização ao Segurado, em caso de Invalidez Permanente Total por Acidente Automobilístico do Segurado, causado exclusivamente por veículos de tração automotora ou elétrica, de acordo com a classificação dada pelo Código de Trânsito Brasileiro – CTB, de vias terrestres, inclusive trem e metrô, esteja o Segurado na condição de condutor, passageiro ou pedestre, **exceto se decorrente de Riscos Excluídos, observados os demais termos desta cobertura , das Condições Gerais e as demais Disposições Contratuais.**

2. DEFINIÇÕES

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

2.2. Invalidez Permanente Total por Acidente: para fins desta cobertura é a perda, redução ou impotência

2.3. funcional definitiva e total *de algum membro ou órgão* prevista na Tabela para Cálculo de Percentuais de Indenização em caso de Invalidez Permanente Total por Acidente, conforme item **7** desta Cláusula, em virtude de lesões físicas exclusivamente decorrentes de Acidente Pessoal coberto, desde que tais lesões sejam insuscetíveis de reabilitação ou recuperação pelos meios terapêuticos disponíveis no momento de sua constatação.

2.3.1. **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 .**

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

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

3. RISCOS EXCLUÍDOS

3.1. Além dos riscos expressamente excluídos no item 5 das Condições Gerais, estão também excluídos:
a) os eventos ocorridos com motocicletas, triciclos, bicicletas, ciclomotores ou similares.

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. REINTEGRAÇÃO DO CAPITAL SEGURADO

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

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

INVALIDEZ PERMANENTE	DISCRIMINAÇÃO	SOBRE O CAPITAL
TOTAL	Perda total da visão de ambos os olhos	100
	Perda total do uso de ambos os membros superiores	100
	Perda total do uso de ambos os membros inferiores	100
	Perda total do uso de a mbas as mãos	100
	Perda total do uso de um membro superior e	100
	um membro inferior	
	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

7.ACUMULAÇÃO DE INDENIZAÇÕES

7.1. As Indenizações decorrentes de eventos por morte acidental e invalidez permanente por acidente automobilístico, em quaisquer das coberturas contratadas, não se acumulam. Se, depois de paga uma Indenização por invalidez permanente por acidente automobilístico, ocorrer a caracterização de outro evento 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.

8. INÍCIO DE VIGÊNCIA

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

9. CESSAÇÃO DE COBERTURA

9.2. Além das hipóteses previstas nos itens 13, 14 e 22 das Condições Gerais, a cobertura do risco a que se refere esta cobertura cessa ainda:

9.2.1. **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.

10. PRÊMIO

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

11. ÂMBITO TERRITORIAL DE COBERTURA

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

12. PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO

12.1. Os elementos essenciais para aferição e decisão sobre a existência de Cobertura, referentes à presente Cobertura são:
(iii) o aviso de sinistro totalmente preenchido e
(iv) a entrega dos documentos associados à Cobertura pleiteada, conforme abaixo:

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

- Aviso de sinistro preenchido e assinado (formulário padrão MetLife);
- Formulário “Autorização para Crédito de Indenização” (Formulário padrão MetLife), devidamente preenchido e assinado pelo Segurado;
- 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 Acidente de Trabalho;
- Cópia da CNH (Carteira Nacional de Habilitação), em caso de acidente com veículo dirigido pelo Segurado;
- Cópia do Laudo do Exame de Dosagem Alcoólica e/ou Toxicológico, se realizado(s);
- Cópia do laudo da perícia técnica realizada no local do acidente, se houver;
- Radiografia e resultados de exames realizados;
- Relatório médico informando a data do acidente, o percentual do déficit funcional apresentado por segmento, a data de confirmação da alta médica e, obrigatoriamente, da reabilitação;
- Cópia de todos os documentos médicos e exames realizados;
- Cópia da Ficha de Registro do empregado, quando se tratar de Apólice Coletiva, cujo Vínculo prévio seja empregatício;
- Cópia dos 3 (três) últimos comprovantes de salário, quando se tratar 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;

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

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 DEMAIS ACIDENTES (IPTADA)

1. OBJETIVO

1.1. Esta cobertura, desde que contratada, garante o pagamento de uma Indenização ao Segurado, em caso de Invalidez Permanente Total por Acidente do Segurado que não se enquadre em nenhum dos conceitos das Coberturas de Invalidez Permanente Total por Acidente Aéreo ou Invalidez Permanente Total por Acidente Automobilístico, exceto se decorrente de Riscos Excluídos, observados os demais termos desta cobertura , das Condições Gerais e as demais Disposições Contratuais.

2. DEFINIÇÕES

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

2.2. Invalidez Permanente Total por Acidente: para fins desta cobertura é a perda, redução ou impotência funcional definitiva e total *de algum membro ou órgão* prevista na Tabela para Cálculo de Percentuais de Indenização em caso de Invalidez Permanente Total por Acidente, conforme item **7** desta Cláusula, em virtude de lesões físicas exclusivamente decorrentes de Acidente Pessoal coberto, desde que tais lesões sejam insuscetíveis de reabilitação ou recuperação pelos meios terapêuticos disponíveis no momento de sua constatação.

2.2.1. 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 .

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

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

3. RISCOS EXCLUÍDOS

3.1. Se aplicam os riscos excluídos do item 5 das Condições Gerais.

4. CAPITAL SEGURADO

4.1. O Capital Segurado para esta cobertura será estabelecido contratualmente e deverá constar 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. REINTEGRAÇÃO DO CAPITAL SEGURADO

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

6. ACUMULAÇÃO DE INDENIZAÇÕES

6.1. As Indenizações decorrentes de eventos por morte acidental e invalidez permanente por demais acidente, em quaisquer das coberturas contratadas, não se acumulam. Se, depois de paga uma Indenização por invalidez permanente por demais acidentes , ocorrer a caracterização de outro evento de invalidez permanente por demais acidentes e/ou a morte do Segurado, em consequência do mesmo acidente, será deduzido do valor do Capital Segurado a ser pago, o valor já indenizado.

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

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

8. INÍCIO DE VIGÊNCIA

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

9. CESSAÇÃO DE COBERTURA

9.1. Além das hipóteses previstas nos itens 13, 14 e 22 das Condições Gerais, a cobertura do risco a que se refere esta cobertura cessa ainda:
9.1.1. **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.

10. PRÊMIO

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

11. ÂMBITO TERRITORIAL DE COBERTURA

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

12. PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO

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

(i) o aviso de sinistro totalmente preenchido e a lista mínima de documentos associada à Cobertura pleiteada, conforme abaixo:

12.2. Para a análise do pagamento da Indenização, respeitado o disposto nas Condições Gerais item 20., deverão ser apresentados
(i) o aviso de sinistro totalmente preenchido e a lista mínima de documentos associada à Cobertura pleiteada, conforme abaixo:

- Aviso de sinistro preenchido e assinado (formulário padrão MetLife);
- Formulário “Autorização para Crédito de Indenização” (Formulário padrão MetLife), devidamente preenchido e assinado pelo Segurado;
- Cópias do RG (cédula de identidade), CPF (Cadastro de Pessoas Físicas) e comprovante de residência do Segurado;
- Cópia do BO (Boletim de Ocorrência Policial) e/ou CAT (Comunicação de Acidente do Trabalho), se Acidente de Trabalho;
- Cópia da CNH (Carteira Nacional de Habilitação), em caso de acidente com veículo dirigido pelo Segurado;
- Cópia do Laudo do Exame de Dosagem Alcoólica e/ou Toxicológico, se realizado(s);
- Cópia do laudo da perícia técnica realizada no local do acidente, se houver;
- Radiografia e resultados de exames realizados;
- Relatório médico informando a data do acidente, o percentual do déficit funcional apresentado por segmento, a data de confirmação da alta médica e, obrigatoriamente, da reabilitação;
- Cópia de todos os documentos médicos e exames realizados;
- Cópia da Ficha de Registro do empregado, quando se tratar de Apólice Coletiva, cujo Vínculo prévio seja empregatício;
- Cópia dos 3 (três) últimos comprovantes de salário, quando se tratar 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;

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

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 POR ACIDENTE MAJORADA - (IPAM)

1. OBJETIVO

1.1. Esta cobertura, desde que contratada, garante ao Segurado o pagamento de uma Indenização, em caso de Invalidez Permanente por Acidente Majorada, 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. Esta cobertura consiste em majorar para 100% (cem por cento) os percentuais de indenização parcial previsto na Tabela para Cálculo de Percentuais de Indenização em caso de Invalidez Permanente por Acidente, constante do item 7 da cobertura de Invalidez Permanente Parcial ou Total por Acidente. Os itens majorados da tabela mencionada acima, serão estabelecidos previamente nas Disposições Contratuais, desde que respeitadas a quantidade de itens e conjugações permitidas pela Seguradora.

1.3. A presente cobertura somente poderá ser contratada em conjunto com a cobertura de Invalidez Permanente Parcial ou Total por Acidente e a ela se vincula, de forma que somente será devida, se caracterizada a cobertura relativa à cobertura de Invalidez Permanente Parcial ou Total por Acidente.

2. DEFINIÇÕES

2.1. Acidente Pessoal: Para fins desta cobertura, prevalece o conceito definido no item "Definições" das Condições Gerais deste Seguro.

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

2.2.1. Os membros ou órgãos com percentual inferior a 10% (dez) por cento, não serão majorados por esta cobertura .

2.2.2. Quando do mesmo acidente resultar invalidez de mais de um membro ou órgão, não se aplica a soma dos percentuais, de forma que a Indenização não excederá a 100% (cem por cento) do Capital Segurado contratado para esta cobertura.

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

2.3. 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 na cláusula 5 das Condições Gerais, estão também excluídos desta cobertura , os eventos ocorridos em consequência, direta ou indireta de e/ou relacionados a:
a) todo e qualquer dano estético, ainda que decorrente de acidente coberto;
b) perda de dentes, ainda que decorrente de acidente coberto.

4. CAPITAL SEGURADO

4.1. O Capital Segurado para esta cobertura será estabelecido contratualmente e deverá constar 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. REINTEGRAÇÃO DO CAPITAL SEGURADO

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

6. ACUMULAÇÃO DE INDENIZAÇÕES

6.1. As Indenizações decorrentes de eventos por morte acidental e invalidez permanente por acidente, em quaisquer das coberturas contratadas, não se acumulam. Se, depois de paga uma Indenização por invalidez permanente por acidente, seja parcial ou total, ocorrer a caracterização de outra cobertura de invalidez permanente por acidente e/ou a morte do Segurado, em consequência do mesmo acidente, será deduzido do valor do Capital Segurado a ser pago, o valor já indenizado.

6.2. A invalidez de um membro ou órgão indenizado por esta cobertura, exclui o referido membro ou órgão de novas indenizações mesmo que decorrentes de possíveis novos eventos.

7. INÍCIO DE VIGÊNCIA

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

8. CESSAÇÃO DE COBERTURA

8.1. Além das hipóteses previstas nos itens 13, 14 e 22 das Condições Gerais, a cobertura do risco a que se refere esta cobertura cessa ainda:
8.1.1. **Para o Segurado:**
a) Simultaneamente, com o cancelamento da Apólice 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.

9. PRÊMIO

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

10. ÂMBITO TERRITORIAL DE COBERTURA

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

11. PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO

11.1. Os elementos essenciais para aferição e decisão sobre a existência de Cobertura, referentes à presente Cobertura são:
(v) o aviso de sinistro totalmente preenchido e
(vi) a entrega dos documentos associados à Cobertura pleiteada, conforme abaixo:

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

- Aviso de sinistro preenchido e assinado (formulário padrão MetLife);
- Formulário “Autorização para Crédito de Indenização” (Formulário padrão MetLife), devidamente preenchido e assinado pelo Segurado;
- 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 Acidente de Trabalho;
- Cópia da CNH (Carteira Nacional de Habilitação), em caso de acidente com veículo dirigido pelo Segurado;
- Cópia do Laudo do Exame de Dosagem Alcoólica e/ou Toxicológico, se realizado(s);
- Cópia do laudo da perícia técnica realizada no local do acidente, se houver;
- Radiografia e resultados de exames realizados;
- Relatório médico informando a data do acidente, o percentual do déficit funcional apresentado por segmento, a data de confirmação da alta médica e, obrigatoriamente, da reabilitação;
- Cópia de todos os documentos médicos e exames realizados;
- Cópia da Ficha de Registro do empregado, quando se tratar de Apólice Coletiva, cujo Vínculo prévio seja empregatício;
- Cópia dos 3 (três) últimos comprovantes de salário, quando se tratar 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.

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

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 POR DOENÇA – FUNCIONAL (IPD-F)

1. OBJETIVO

1.1. Esta cobertura, desde que contratada, garante ao Segurado o pagamento de uma Indenização, em caso de Invalidez Funcional Total e Permanente, em consequência de doença que cause a perda de sua existência independente, sob critérios devidamente especificados no item Riscos Cobertos desta cobertura, exceto se decorrente de Riscos Excluídos, observados os demais termos desta cobertura, das Condições Gerais e as demais Disposições Contratuais.

1.1.1.O pagamento da Indenização relativa a esta cobertura extingue, imediata e automaticamente, a cobertura integral do seguro, independentemente da cobrança do Prêmio, exceto para as coberturas exclusivamente relacionadas a acidente, que poderão ser mantidas, desde que previsto contratualmente.

2. DEFINIÇÕES

2.1. Alienação Mental: distúrbio mental em que haja alteração completa da personalidade, comprometendo em definitivo o pensamento lógico (juízo de valor), da realidade (juízo crítico) e a memória, destruindo a capacidade de realizar atos eficientes, objetivos e propositais e tornando o Segurado total e permanentemente impossibilitado para exercer as atividades da vida civil.
2.2. Aparelho Locomotor: conjunto de estruturas destinadas ao deslocamento do corpo humano.
2.3. Atividade Laborativa: qualquer ação ou trabalho por meio do qual o Segurado obtenha renda.
2.4. Auxílio: a ajuda através de recurso humano e ou de utilização de estruturas ou equipamentos de apoio físico.
2.5. Ato Médico: procedimento técnico-profissional praticado por médico legalmente habilitado e regido por Resolução específica do Conselho Regional de Medicina.
2.6. Cardiopatia Grave: doença do coração assim classificada segundo os critérios constantes do "Consenso Nacional de Cardiopatia Grave".
2.7. Cognição: conjunto de processos mentais usados no pensamento, na memória, na percepção, na classificação, no reconhecimento etc.
2.8. Conectividade com a Vida: capacidade do ser humano de se relacionar com o meio externo que o cerca.
2.9. Consumpção: definhamento progressivo e lento do organismo humano produzido por doença.
2.10. Dados Antropométricos: no caso da cobertura de Invalidez por Doença - Funcional, o peso e a altura do Segurado.
2.11. Deambular: ato de andar livremente.
2.12. Declaração Médica: documento elaborado na forma de relatório ou similar, onde o médico-assistente exprime sua opinião sobre o estado de saúde do Segurado e respectivos fatos médicos correlatos.
2.13. Deficiência Visual: perda ou redução de capacidade visual em ambos os olhos em caráter definitivo, que não possa ser melhorada ou corrigida com uso de lentes, tratamento clínico ou cirúrgico.
2.14. Disfunção Imunológica: incapacidade do organismo de produzir elementos de defesa contra agentes estranhos causadores de doença.
2.15. Doença Crônica: doença com período de evolução que ultrapassa a fase inicial, persistindo ativa por tempo indeterminado e que traz alterações clínicas
2.16. Doença Crônica em Atividade: doença crônica que se mantém ativa apesar do tratamento.
2.17. Doença Crônica de Caráter Progressivo: doença crônica que se mantém evolutiva em curso de piora, apesar do tratamento.
2.18. Doença em Estágio Terminal: aquela em estágio sem qualquer alternativa terapêutica e sem perspectiva de reversibilidade, sendo o paciente considerado definitivamente fora dos limites de sobrevivência, conforme atestado pelo médico assistente.
2.19. Doença Neoplásica Maligna Ativa: crescimento celular desordenado, provocado por alterações no metabolismo e nos processos de vida básicos das células que controlam seu crescimento e multiplicação. São os chamados cânceres ou tumores malignos em atividade.
2.20. Doença Profissional: aquela que decorre especificamente do exercício de determinada profissão.
2.21. Estados Conexos: representa o relacionamento consciente e normal do Segurado com o meio externo.
2.22. Etiologia: causa de cada doença.
2.23. Fatores de Risco e Morbidade: aquilo que favorece ou facilita o aparecimento ou a manutenção de uma doença, ou que com ela interage.
2.24. Higidez: estado saudável.
2.25. Médico Assistente: médico que está assistindo ao Segurado ou que já lhe tenha prestado assistência continuada.
2.26. Prognóstico: juízo médico baseado no diagnóstico e nas possibilidades terapêuticas acerca da duração, evolução e termo de uma doença.
2.27. Quadro Clínico: conjunto das manifestações mórbidas objetivas e subjetivas apresentadas por um doente.
2.28. Recidiva: reaparecimento de uma doença algum tempo depois de um acometimento.
2.29. Refratariedade Terapêutica: incapacidade do organismo humano em responder positivamente ao tratamento instituído.
2.30. Relações autonômicas: entende-se como pleno exercício das relações autonômicas de um indivíduo, a capacidade que o mesmo tem de desempenhar todas as suas atividades e funções físicas, mentais e fisiológicas independente de qualquer ajuda.

2.31. Relações Existenciais: aquelas que capacitam a autonomia existencial do ser humano em suas relações de conectividade com a vida.
2.32. Sentido de Orientação: faculdade do indivíduo se identificar, relacionar e se deslocar livremente, sem qualquer auxílio, como o meio ambiente externo que o cerca.
2.33. Sequela: qualquer lesão anatômica ou funcional que permaneça depois de encerrada a evolução clínica de uma doença.
2.34. Transferência Corporal: capacidade do Segurado se deslocar de um local para outro, sem qualquer auxílio.

3. RISCOS COBERTOS

3.1. Considera-se como Risco Coberto, a perda da existência independente do Segurado, assim entendida como a ocorrência de quadro clínico incapacitante, decorrente de doença, que inviabilize de forma irreversível o pleno exercício das Relações Autonômicas do Segurado.

3.1.1. A caracterização de quadro clínico incapacitante será feita segundo critérios vigentes à época da regulação do Sinistro e adotado pela classe médica especializada de um dos seguintes quadros clínicos incapacitantes, provenientes **única e exclusivamente de**:
a) doenças cardiovasculares **crônicas** enquadradas sob o conceito de "cardiopatia grave";
b) doenças neoplásicas malignas ativas, sem prognóstico evolutivo e terapêutico favorável, que não mais estejam inseridas em planos de tratamento direcionados à cura e/ou ao seu controle clínico;
c) doenças crônicas de caráter progressivo, apresentando disfunções e/ou insuficiências orgânicas avançadas, com repercussões em órgãos vitais (consumpção), sem prognóstico terapêutico favorável e que não mais estejam inseridas em planos de tratamento direcionados à cura e/ou ao seu controle clínico;
d) alienação mental total e permanente, com perda das funções cognitivas superiores (cognição)**;**
e) doenças manifestas no sistema nervoso com sequelas encefálicas e/ou medulares que acarretem repercussões deficitárias na totalidade de algum órgão vital e/ou sentido de orientação e/ou das funções de dois membros, em grau máximo;
f) doenças do aparelho locomotor, de caráter degenerativo com total e definitivo impedimento da capacidade de transferência corporal;
g) deficiência visual**:**
• cegueira, na qual a acuidade visual é igual ou menor que 0,05 no melhor olho, com a melhor correção óptica;
• baixa visão, que significa acuidade visual entre 0,3 e 0,05 no melhor olho, com a melhor correção óptica;
• casos nos quais a somatória da medida do campo visual em ambos os olhos for igual ou menor que 60º;
• ocorrência simultânea de quaisquer das condições anteriores.
h) doença evoluída sob um estágio clínico que possa ser considerado como terminal (doença em estágio terminal), desde que atestado por profissional legalmente habilitado;
i) estados mórbidos, a seguir relacionados:
• perda completa e definitiva da totalidade das funções de dois membros; ou
• perda completa e definitiva da totalidade das funções das duas mãos ou de dois pés; ou
• perda completa e definitiva da totalidade das funções de uma das mãos associada à de um dos pés.

3.2. Outros quadros clínicos serão reconhecidos como riscos cobertos desde que, avaliados através de Instrumento de Avaliação de Invalidez Funcional - IAIF (anexo), e que o Segurado atinja a marca mínima exigida de 60 (sessenta) pontos, em um total de 80 (oitenta) pontos previstos como possíveis.

3.2.1. O IAIF é composto por dois documentos. O primeiro (Tabela de Relações Existenciais, Condições Médicas e Estruturais e de Estados Conexos) avalia, através de escalas, compreendendo 3 graduações cada, as condições médicas e de conectividade com a vida (Atributos).

3.2.1.1. O 1º (primeiro) grau de cada atributo descreve 'situações que caracterizam independência do Segurado na realização de tarefas, ainda que com alguma dificuldade ou desconforto. O quadro clínico será classificado neste grau apenas quando todas as situações ali previstas forem reconhecidas.

3.2.1.2. Para a classificação no 2º (segundo) ou no 3º (terceiro) Grau, basta que ocorra uma das situações ali descritas.

3.2.1.3. Todos os Atributos constantes no primeiro documento serão, obrigatoriamente, avaliados e pontuados.

3.2.2. O segundo documento (Tabela de Dados Antropométricos, Fatores de Risco e de Morbidade) valoriza cada uma das situações ali previstas.

3.2.3. Os itens da tabela deverão ser pontuados sempre que haja o reconhecimento da situação descrita.

4. RISCOS EXCLUÍDOS

4.1. Além dos riscos expressamente excluídos na cláusula 5 das Condições Gerais, estão expressamente excluídos de cobertura para esta cobertura, considerando, também como Riscos Excluídos, ainda que redundando em quadro clínico incapacitante que inviabilize de forma irreversível o pleno exercício das funções autonômicas do Segurado, com perda da sua existência independente, os eventos ocorridos em consequência, direta ou indireta de e/ou relacionados a:

a) eventos decorrentes, diretamente ou indiretamente, de acidentes;

b) quadros clínicos incapacitantes, com repercussões clínicas parciais que não impliquem em perda da existência independente do Segurado;
c) doenças agravadas por traumatismos;
d) invalidez que limite total ou parcialmente a capacidade laborativa do Segurado.

5. CAPITAL SEGURADO

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

5.2. Reconhecida a Invalidez por Doença do tipo Funcional pela Seguradora, o pagamento do Capital Segurado contratado será realizado sob a forma de parcela única.

5.3. Para fins desta cobertura, considera-se como data do evento, para efeito de determinação do Capital Segurado, a data indicada na Declaração Médica, como sendo a data a partir da qual a evolução do quadro de saúde do Segurado passou a enquadrar-se na pontuação da Tabela de Relações Existenciais, Condições Médicas e Estruturais e de Estados Conexos igual ou superior a 60 (sessenta) pontos, devidamente justificada e aceita, ou a data de constatação de um dos quadros previstos no item 3.1.1., desta cobertura. A data da invalidez por doença – funcional será determinada por médico que esteja assistindo ao Segurado e, na ausência deste, por profissional médico que já tenha lhe prestado algum atendimento ou ainda, estabelecida através da verificação de evidências documentais apuradas em registros lavrados por profissionais médicos em qualquer tempo.

6. COMPROVAÇÃO DA INVALIDEZ

6.1. As despesas efetuadas para a caracterização da Invalidez por Doença Funcional são de responsabilidade do próprio Segurado, salvo aquelas realizadas diretamente pela Seguradora, com a finalidade de esclarecer circunstâncias sobre o quadro clínico incapacitante. As providências que a Seguradora tomar, visando esclarecer as circunstâncias do Sinistro, não constituem ato de reconhecimento da obrigação de pagar a Indenização.

6.2. A concessão do benefício de aposentadoria por invalidez, ainda que por instituições oficiais de previdência social, ou por órgãos do poder público ou mesmo por outras instituições público-privadas, não caracterizam, por si só, o estado de invalidez permanente por doença funcional.

6.3. A Seguradora reserva-se o direito de não considerar quadros clínicos certificados por documentos médicos que apenas caracterizem incapacidade parcial e/ou de natureza profissional.

7. INÍCIO DE VIGÊNCIA

7.1. 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.

8. CESSAÇÃO DE COBERTURA

8.1. Além das hipóteses previstas nos itens 13, 14 e 22 das Condições Gerais, a cobertura do risco a que se refere esta cobertura cessa ainda:

8.1.1. Para o Segurado:
a) simultaneamente, com o cancelamento da Apólice 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.

9. PRÊMIO

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

10. CARÊNCIA

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

11. ÂMBITO TERRITORIAL DE COBERTURA

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

12. PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO

12.1. Os elementos essenciais para aferição e decisão sobre a existência de Cobertura, referentes à presente Cobertura são:
(vii) o aviso de sinistro totalmente preenchido e
(viii) a entrega dos documentos associados à Cobertura pleiteada, conforme abaixo:

12.2. Para a análise do pagamento da Indenização, respeitado o disposto nas Condições Gerais item 20., além do aviso de sinistro devidamente preenchido,

deverão ser apresentados os seguintes documentos: conforme abaixo:

- Aviso de sinistro preenchido e assinado (formulário padrão MetLife);
- Formulário “Autorização para Crédito de Indenização” (Formulário padrão MetLife), devidamente preenchido e assinado pelo Segurado;
- Cópias do RG (cédula de identidade), CPF (Cadastro de Pessoas Físicas) e comprovante de residência do Segurado;
- Relatórios médicos e resultados de exames complementares realizados, que comprovem satisfatoriamente a incapacidade do Segurado;
- Relatório médico informando o(s) diagnóstico(s) da(s) doença(s), com sua(s) data(s), tratamento(s) realizado(s), prescrição(ões) futura(s), se foram esgotadas todas as possibilidades terapêuticas para o caso e a data da caracterização da invalidez como total e definitiva; Cópia de todos os documentos médicos e exames realizados; cópia da Ficha de Registro de empregado, quando tratar-se de Apóiptalice 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.

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

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.

ANEXO À COBERTURA DE INVALIDEZ POR DOENÇA – FUNCIONAL
INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DE INVALIDEZ FUNCIONAL – IAIF

TRIBUTOS	ESCALAS	PONTOS
RELAÇÕES DO SEGURADO COM O COTIDIANO	1º GRAU: o Segurado mantém suas relações interpessoais com capacidade de compreensão e comunicação; deambula livremente; sai à rua sozinho e sem auxílio; está capacitado a dirigir veículos automotores; mantém suas atividades da vida civil, preservando o pensamento, a memória e o juízo de valor.	00
	2º GRAU: o Segurado apresenta desorientação; necessita de auxílio à locomoção e ou para sair à rua; comunica-se com dificuldade; realiza parcialmente as atividades do cotidiano; possui restrições médicas de ordem relativas ou prejuízo intelectual e ou de cognição.	10
	3º GRAU: o Segurado apresenta-se retido ao lar; tem perda na mobilidade ou na fala; não realiza atividades do cotidiano; possui restrições médicas impeditivas de ordem totalitária ou apresenta algum grau de alienação mental.	20
CONDIÇÕES CLÍNICAS E ESTRUTURAIS DO SEGURADO	1° GRAU: o Segurado apresenta-se hígido; capaz de livre movimentação; não apresenta evidência de disfunção e ou insuficiência de órgãos, aparelhos ou sistemas, possuindo visão em grau que lhe permita desempenhar suas tarefas normais.	00
	2° GRAU: o Segurado apresenta disfunção(ões) e ou insuficiência(s) comprovadas como repercussões secundárias de doenças agudas ou crônicas, em estágio que o obrigue a epender de suporte médico constante (assistido) e desempenhar suas tarefas normais diárias com alguma restrição.	10
	3° GRAU: o Segurado apresenta quadro clínico anormal, evolutivamente avançado, descompensado ou instável, cursando com disfunções e ou insuficiências em órgãos vitais, que se encontre em estágio que demande suporte médico mantido (controlado), que acarrete restrição ampla a esforços físicos e que comprometa a vida cotidiana, mesmo que com interação de auxílio humano e ou técnico.	20

DOCUMENTO 1- TABELA DE RELAÇÕES EXISTENCIAIS, CONDIÇÕES MÉDICAS E ESTRUTURAIS E DE ESTADOS CONEXOS **CONECTIVIDADE DO SEGURADO COM A VIDA**	**1° GRAU:** o Segurado realiza, sem auxílio, as atividades de vestir-se e despir-se; dirigir-se ao banheiro; lavar o rosto; escovar seus dentes; pentear-se; barbear-se; banhar-se; enxugar-se, mantendo os atos de higiene íntima e de asseio pessoal, sendo capaz de manter a autossuficiência alimentar com condições de suprir suas necessidades de preparo, serviço, consumo e ingestão de alimentos.	**00**
	2° GRAU: o Segurado necessita de auxílio para trocar de roupa; entrar e sair do chuveiro; para realizar atos de higiene e de asseio pessoal; para manter suas necessidades alimentares (misturar ou cortar o alimento, descascar fruta, abrir uma embalagem, consumir os alimentos com uso de copo, prato e talheres).	**10**
	3° GRAU: o Segurado necessita de auxílio às atividades de higiene e asseio pessoal diários, assim como aquelas relacionadas à sua alimentação, não sendo capaz de realizar sozinho suas necessidades fisiológicas e de subsistência alimentar diárias.	**20**

DOCUMENTO 2
TABELA DE DADOS ANTROPOMÉTRICOS, FATORES DE RISCO E DE MORBIDADE

DADOS ANTROPOMÉTRICOS, RISCOS INTERAGENTES E AGRAVOS MÓRBIDOS	PONTOS
A idade do Segurado interfere na análise da morbidade do caso e ou há imc - índice de massa corporal superior a 40.	02
Há risco de sangramentos, rupturas e/ou quaisquer outras ocorrências iminentes que possam agravar a morbidade do caso.	02
Há ou houve recidiva, progressão em doença tratada e ou agravo mantido associado ou não à disfunção imunológica.	04
Existem mais de 2 fatores de risco e ou há repercussão vital decorrente da associação de duas ou mais doenças crônicas em atividade.	04
Certifica-se existir risco de morte súbita, tratamento paliativo e ou de suporte à sobrevida e ou refratariedade terapêutica.	08

COBERTURA DE DIÁRIAS DE INCAPACIDADE TEMPORÁRIA POR ACIDENTE OU DOENÇA (DITAD)

1. OBJETIVO

1.1. Esta cobertura, desde que contratada, garante ao Segurado o pagamento de uma Indenização, em caso de afastamento involuntário das suas atividades laborativas causado por doença ou Acidente Pessoal cobertos, 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.

2. DEFINIÇÕES

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

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

3. RISCOS EXCLUÍDOS

3.1. Além dos riscos expressamente excluídos na cláusula 5 das Condições Gerais, estão também excluídos desta cobertura , os eventos ocorridos em consequência, direta ou indireta de e/ou relacionados a:
a) gravidez,
b) procedimentos e/ou tratamentos, clínicos ou cirúrgicos, para esterilidade, infertilidade, inseminação artificial, impotência sexual, controle de natalidade e bem como suas consequências, inclusive períodos de convalescença a eles relacionados;
c) tratamentos clínicos ou cirúrgicos com finalidade estética, salvo quando necessárias à restauração das funções alteradas em razão de Sinistro ocorrido na vigência do seguro;
d) cirurgias plásticas (estéticas ou não) e períodos de convalescença a elas relacionados;
e) tratamentos para obesidade, em qualquer modalidade, inclusive gastroplastia redutora;
f) tratamentos para senilidade, geriatria, rejuvenescimento, repouso, convalescença e suas consequências;
g) tratamentos odontológicos e ortodônticos de quaisquer espécies, salvo quando decorrentes de Acidente Pessoal, ocorridos dentro do período de vigência do seguro;
h) doenças degenerativas da coluna vertebral, com exceção de tratamento cirúrgico;
i) doenças crônicas, mesmo em fase aguda, entendendo-se como tal aquelas caracterizadas por sua evolução longa e insidiosa, com período de melhora e piora, não respondendo satisfatoriamente a procedimentos terapêuticos;
j) doenças de características reconhecidamente progressivas, tais como fibromialgia, artrite reumatoide, osteoartrose, dor miofascial, esclerose múltipla, Doença de Alzheimer, Doença de Parkinson, entre outras;

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. O Capital Segurado corresponde a cada diária de afastamento devendo o seu valor ser multiplicado pelo período de afastamento, observados a Franquia e o Limite Máximo de Diárias Indenizáveis.

4.3. Para fins desta cobertura, considera-se como data do evento, para efeito de determinação do Capital Segurado, o primeiro dia do afastamento do Segurado das atividades laborativas por ele exercidas.

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.

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

6. INÍCIO DE VIGÊNCIA

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

7. CESSAÇÃO DE COBERTURA

7.1. Além das hipóteses previstas nos itens 13, 14 e 22 das Condições Gerais, a cobertura do risco a que se refere esta cobertura cessa ainda:
7.1.1. Para o Segurado:
a) simultaneamente, com o cancelamento da Apólice 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;

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

8. PRÊMIO

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

9. CARÊNCIA

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

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

10. FRANQUIA

10.1. 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 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.

11. LIMITE DE DIÁRIAS

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

12. ÂMBITO TERRITORIAL DE COBERTURA

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

13. PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO

13.1. 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.

13.2. 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 para mesmas doenças ou lesões.

13.3. Os elementos essenciais para aferição e decisão sobre a existência de cobertura, referentes à presente cobertura são:
(i) o aviso de sinistro totalmente preenchido e a lista mínima de documentos associada à Cobertura pleiteada, conforme abaixo:

13.4. Para a análise do pagamento da Indenização, respeitado o disposto nas Condições Gerais item 20., deverão ser apresentados (i) o aviso de sinistro totalmente preenchido e a lista mínima de documentos associada à Cobertura pleiteada, conforme abaixo:

- Aviso de sinistro preenchido e assinado (formulário padrão MetLife);
- Formulário “Autorização para Crédito de Indenização” (formulário padrão MetLife), devidamente preenchido e assinado pelo Segurado;
- Cópias do RG (cédula de identidade), CPF (Cadastro de Pessoas Físicas) e comprovante de residência do Segurado;
- Cópia do BO (Boletim de Ocorrência Policial) e/ou CAT (Comunicação de Acidente do Trabalho), se Acidente de Trabalho;
- 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 desde quando o segurado recebeu o primeiro diagnóstico das doenças registradas na Declaração/Certidão de Óbito, descrição da evolução clínica e data em que iniciou o tratamento; além de informar a data do acidente (se for o caso), as lesões/sequelas decorrentes do acidente ou doença, o período necessário para o tratamento e a data de confirmação de alta médica
- Cópia de todos os 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;
- 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.

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

14. DISPOSIÇÕES GERAIS

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

COBERTURA DE DIÁRIAS DE INCAPACIDADE TEMPORÁRIA POR ACIDENTE (DITA)

1. OBJETIVO

1.1. Esta cobertura, desde que contratada, garante ao Segurado o pagamento de uma Indenização, em caso de afastamento involuntário das suas atividades laborativas causado 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.

2. DEFINIÇÕES

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

2.2. Limite Máximo de Diárias Indenizáveis: é a quantidade máxima de diárias a que o Segurado fará jus enquanto 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 na cláusula 5 das Condições Gerais, estão também excluídos desta cobertura , 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 estabelecido contratualmente e deverá constar nos respectivos Certificados Individuais do Seguro.

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

4.2. Para fins desta cobertura , considera-se como data do evento, para efeito de determinação do Capital Segurado, o primeiro dia do afastamento do Segurado das atividades laborativas por ele exercidas, em decorrência exclusiva de Acidente Pessoal coberto.

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.

5.1.1. 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.

6. INÍCIO DE VIGÊNCIA

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

7. CESSAÇÃO DE COBERTURA

7.1. Além das hipóteses previstas nos itens 13, 14 e 22 das Condições Gerais, a cobertura do risco a que se refere esta cobertura cessa ainda:
7.1.1. Para o Segurado:
a) simultaneamente, com o cancelamento da Apólice 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.

8. PRÊMIO

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

9. FRANQUIA

9.1. 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 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, respeitado o máximo de 365 (trezentos e sessenta e cinco) diárias por evento, independentemente de renovação da Apólice.

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 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 para mesmas doenças ou lesões.

12.3. Os elementos essenciais para aferição e decisão sobre a existência de Cobertura, referentes à presente Cobertura são:
(i)o aviso de sinistro totalmente preenchido e
(ii)a entrega dos documentos associados à Cobertura pleiteada, conforme abaixo:

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

- Aviso de sinistro preenchido e assinado (formulário padrão MetLife);
- Formulário “Autorização para Crédito de Indenização” (Formulário padrão MetLife), devidamente preenchido e assinado pelo Segurado;
- 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 Acidente de Trabalho;
- 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;
- 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.

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

13. DISPOSIÇÕES GERAIS

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

COBERTURA DE 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 iniciadas nos 30 (trinta) primeiros dias contados a partir da data do Acidente Pessoal.

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 na cláusula 5 das Condições Gerais, estão também excluídos desta cobertura , 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.

a) Todo e qualquer dano estético, ainda que decorrente de acidente coberto;
b) estados de convalescença (após alta médica) e as despesas de acompanhantes;
c) 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;
d) cirurgias plásticas, exceto aquelas com finalidade comprovadamente restauradoras de função, diretamente afetadas por Evento Coberto pelo seguro;
e) reposição de lentes, óculos, aparelhos ortodônticos etc;
f) eventos em que o Segurado tenha intencionalmente.

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. REINTEGRAÇÃO DO CAPITAL SEGURADO

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

6. INÍCIO DE VIGÊNCIA

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

7. CESSAÇÃO DE COBERTURA

7.1. Além das hipóteses previstas nos itens 13, 14 e 22 das Condições Gerais, a cobertura do risco a que se refere esta cobertura cessa ainda:
7.1.1. Para o Segurado:
a) simultaneamente, com o cancelamento da Apólice 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.

8. PRÊMIO

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

9. FRANQUIA

9.1. 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.

.

10. ÂMBITO TERRITORIAL DE COBERTURA

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

11. PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO

11.1. 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 .

11.2. 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.

11.3. 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.

11.4. Os elementos essenciais para aferição e decisão sobre a existência de Cobertura, referentes à presente Cobertura são:
(i) o aviso de sinistro totalmente preenchido e
(ii) a entrega dos documentos associados à Cobertura pleiteada, conforme abaixo:

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

- Aviso de sinistro preenchido e assinado (formulário padrão MetLife);
- Formulário “Autorização para Crédito de Indenização” (Formulário padrão MetLife) devidamente preenchido e assinado pelo Segurado;
- Cópias do RG (cédula de identidade), CPF (Cadastro de Pessoas Físicas) e do comprovante de residência do Segurado;
- Cópia do BO (Boletim de Ocorrência Policial) e/ou CAT (Comunicação de Acidente de Trabalho), se Acidente de Trabalho;
- Cópia da CNH (Carteira Nacional de Habilitação), em caso de acidente com veículo dirigido pelo Segurado;
- Relatório médico informando desde quando o segurado recebeu o primeiro diagnóstico das doenças registradas na Declaração/Certidão de Óbito, descrição da evolução clínica e data em que iniciou o tratamento;
- Cópia de todos os documentos médicos e exames realizados;
- Cópia 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;
- 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.

DOCUMENTOS DO CONTRATANTE DAS DESPESAS (SE NÃO É O SEGURADO):
- Cópia do RG (se pessoa física);
- Cópia do CPF (se pessoa física);
- Cópia do Contrato Social (se pessoa jurídica, mesmo que seja o Estipulante);
- Cópia do Comprovante de Residência (se pessoa física);
- Autorização para Pagamento nominal ao contratante das despesas (formulário Padrão MetLife);

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

12. 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 VERBAS RESCISÓRIAS (VR)

1. OBJETIVO

1.1. Esta cobertura, desde que contratada, garante ao Estipulante o pagamento de uma Indenização, a título de reembolso das despesas com pagamento de verbas rescisórias, respeitados os limites estabelecidos contratualmente, em consequência exclusiva de morte do Segurado, seja decorrente de causa natural ou acidental, exceto se decorrente de Riscos Excluídos, observados os demais termos desta cobertura , das Condições Gerais e as demais Disposições Contratuais.

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

2. RISCOS EXCLUÍDOS

2.1. Aplicam-se os riscos excluídos do item 5 das Condições Gerais.

2.1.1. Na hipótese de contratação da cobertura de Verbas Rescisórias conjuntamente com a cobertura de Morte Acidental, além dos riscos expressamente excluídos informados no item 5 das Condições Gerais , estão também excluídos os eventos ocorridos em consequência, direta ou indireta de e/ou relacionados a:

a) perturbações e intoxicações alimentares de qualquer espécie;

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

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

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, própria ou de terceiro, ou assistência à pessoa em perigo.

3. CAPITAL SEGURADO

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

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

4. INÍCIO DE VIGÊNCIA

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

5. CESSAÇÃO DE COBERTURA

5.1. Além das hipóteses previstas nos itens 13, 14 e 22 das Condições Gerais, a cobertura do risco cessa ainda:

5.1.1. 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.

6. PRÊMIO

6.1. O Prêmio referente a esta cobertura será não contributário, sendo este previsto contratualmente.

7. CARÊNCIA

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

8. ÂMBITO TERRITORIAL DECOBERTURA

8.1. Esta cobertura abrange os eventos ocorridos em território nacional, salvo Disposições Contratuais em contrário.

9. PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO

Os elementos essenciais para aferição e decisão sobre a existência de Cobertura, referentes à presente Cobertura são:
(i) o aviso de sinistro totalmente preenchido e
(ii) a entrega dos documentos associados à Cobertura pleiteada, conforme abaixo:

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

- Cópia do Termo de Rescisão do Contrato de Trabalho, devidamente assinado pelo Empregador e pelo representante do Empregado, quando se tratar de apólice coletiva, cujo vínculo prévio seja empregatício;
- Cópia do Contrato Social (e última alteração) do Estipulante;
- Autorização de Pagamento nominal ao Estipulante (formulário Padrão MetLife);
- Na hipótese de beneficiário Pessoa Jurídica: Autorização de crédito em nome da Pessoa Jurídica (formulário padrão MetLife);

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

10. DISPOSIÇÕES GERAIS

10.1. 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 VERBAS RESCISÓRIAS POR ACIDENTE (VRA)

1. OBJETIVO

1.1. Esta cobertura, desde que contratada, garante ao Estipulante o pagamento de uma Indenização, a título de reembolso das despesas com pagamento de verbas rescisórias, respeitados os limites estabelecidos contratualmente, em consequência exclusiva de Morte Acidental do Segurado, **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 Morte Acidental e a ela se vincula, de forma que somente será devida, se caracterizada a cobertura relativa à cobertura de Morte Acidental.

2. RISCOS EXCLUÍDOS

2.1. Além dos riscos expressamente excluídos na cláusula 5 das Condições Gerais, estão também excluídos desta cobertura , os eventos ocorridos em consequência, direta ou indireta de e/ou relacionados a:
a) a quaisquer valores referentes a débitos do empregado junto ao empregador, tais como, mas não se limitando a, empréstimos contraídos, quaisquer convênios (farmácias, academias, entre outros), associações com grêmios, aquisição de bens da empresa, mesmo que lançados nas verbas rescisórias como outros descontos.

3. CAPITAL SEGURADO

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

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

4. INÍCIO DE VIGÊNCIA

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

5. CESSAÇÃO DE COBERTURA

5.1. Além das hipóteses previstas nos itens 13, 14 e 22 das Condições Gerais, a cobertura do risco cessa ainda:
5.1.1. 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.

6. PRÊMIO

6.1. O Prêmio referente a esta cobertura será não contributário, sendo este previsto contratualmente.

7. ÂMBITO TERRITORIAL DE COBERTURA

7.1. Esta cobertura abrange os eventos ocorridos em território nacional, salvo Disposições Contratuais em contrário.

8. PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO

7.2. Os elementos essenciais para aferição e decisão sobre a existência de Cobertura, referentes à presente Cobertura são:
(i) o aviso de sinistro totalmente preenchido e
(ii) a entrega dos documentos associados à Cobertura pleiteada, conforme abaixo:

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

- Cópia do Termo de Rescisão do Contrato de Trabalho, devidamente assinado pelo Empregador e pelo representante do Empregado, quando se tratar de apólice coletiva, cujo vínculo prévio seja empregatício;
- Cópia do Contrato Social (e última alteração) do Estipulante;
- Autorização de Pagamento nominal ao Estipulante (formulário Padrão MetLife);
- Na hipótese de beneficiário Pessoa Jurídica: Autorização de crédito em nome da Pessoa Jurídica (formulário padrão MetLife);

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

9. DISPOSIÇÕES GERAIS

9.1. 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 DOENÇA CONGÊNITA DE FILHOS (DCF)

1. OBJETIVO

1.1. Esta cobertura, desde que contratada, garante ao Segurado o pagamento de uma Indenização, em caso de diagnóstico de Doença Congênita incapacitante que comprometa o desenvolvimento neuropsicomotor de seu(s) filho(s), 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.

2. DEFINIÇÃO

2.1. Doença Congênita: é a moléstia inata desenvolvida por filho do Segurado, desde que ocasione incapacidade que comprometa o desenvolvimento neuropsicomotor.

3. RISCOS EXCLUÍDOS

3.1. Além dos riscos expressamente excluídos na cláusula 5 das Condições Gerais, estão também excluídos desta cobertura , os eventos ocorridos em consequência, direta ou indireta de e/ou relacionados a:

a) doenças infectocontagiosas transmitidas de mãe para filho;
b) complicações do parto ou aborto.

3.2. Não estão amparados de cobertura para esta cobertura os natimortos (fetos que morreram dentro do útero ou durante o parto).

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 determinação do Capital Segurado, a data de constatação do comprometimento do desenvolvimento neuropsicomotor do filho, atestado pelo médico assistente do mesmo, devendo ser caracterizada durante a vigência da apólice e comprovada por documentação médica pertinente e reconhecida pela Seguradora.

5. INÍCIO DE VIGÊNCIA

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

6. CESSAÇÃO DE COBERTURA

6.1. Além das hipóteses previstas nos itens 13, 14 e 22 das Condições Gerais, a cobertura do risco 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. ÂMBITO TERRITORIAL DE COBERTURA

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

9. CARÊNCIA

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

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

10. PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO

10.1. Os elementos essenciais para aferição e decisão sobre a existência de Cobertura, referentes à presente Cobertura são:
(i) o aviso de sinistro totalmente preenchido e
(ii) a entrega dos documentos associados à Cobertura pleiteada, conforme abaixo:

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

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

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

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 DIAGNÓSTICO DE CÂNCER – (DC)

1. OBJETIVO

1.1. Esta cobertura, desde que contratada, Garante ao Segurado o pagamento de uma indenização quando diagnosticada a neoplasia maligna por médico habilitado em oncologia e demonstrada por resultado de exame anátomo-patológico, exceto se decorrente dos riscos excluídos, observadas as demais cláusulas destas Condições Gerais e, se houver, do Contrato.

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

2. RISCOS EXCLUÍDOS

2.1. Além dos riscos expressamente excluídos na cláusula 5 das Condições Gerais, estão também excluídos desta cobertura , os eventos ocorridos em consequência, direta ou indireta de e/ou relacionados a:

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

3. CAPITAL SEGURADO

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

3.2. Para fins desta cobertura, considera-se como data do **evento, para efeito de determinação do Capital Segurado, a data do diagnóstico comprovado da neoplasia maligna.**

4. INÍCIO DE VIGÊNCIA

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

5. CESSAÇÃO DE COBERTURA

5.1. Além das hipóteses previstas nos itens 13, 14 e 22 das Condições Gerais, a cobertura do risco cessa ainda:

5.1.1. 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;

6. PRÊMIO

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

7. ÂMBITO TERRITORIAL DE COBERTURA

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

8. CARÊNCIA

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

9. FRANQUIA

9.1. O pagamento do Capital Segurado dessa Cobertura está condicionado ao cumprimento do período de franquia estabelecido contratualmente, que representa a sobrevivência do Segurado após a ocorrência do diagnóstico de uma doença coberta ou da realização de um procedimento médico coberto.

10. PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO

10.1. Os elementos essenciais para aferição e decisão sobre a existência de Cobertura, referentes à presente Cobertura são:
(i) o aviso de sinistro totalmente preenchido e
(ii) a entrega dos documentos associados à Cobertura pleiteada, conforme abaixo:

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

- Aviso de sinistro preenchido e assinado (formulário padrão MetLife); formulário “Autorização para Crédito de Indenização” (formulário padrão MetLife), devidamente preenchido e assinado pelo Segurado;
- Cópias do RG (cédula de identidade), CPF (Cadastro de Pessoas Físicas) e comprovante de residência do Segurado;
- Relatório médico informando desde quando o segurado recebeu o primeiro diagnóstico das doenças registradas na Declaração/Certidão de Óbito, descrição da evolução clínica e data em que iniciou o tratamento;
- Cópia de todos os documentos médicos e exames realizados;
- Cópia da Ficha de Registro do empregado, quando se tratar de Apólice Coletiva, cujo Vínculo prévio seja empregatício.
- Cópia dos 3 (três) últimos comprovantes de salário, quando se tratar 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;
- Resultado do exame Anátomo- Patológico, comprovando a malignidade do Câncer;
- Relatório do médico assistente constando: nome do paciente, história clínica, tempo de evolução da doença, estadiamento, diagnóstico (CID-10), tratamento proposto e identificação do médico (nome e nº do CRM-UF);

10.3. Em caso de falecimento do Segurado entre o período do Diagnóstico de Câncer e a data do aviso do sinistro, a indenização será paga ao(s) herdeiros legais.

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

11. DISPOSIÇÕES GERAIS

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

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

COBERTURA DE DIAGNÓSTICO DE CÂNCER FEMININO – (DCF)

1. OBJETIVO

1.1. Esta cobertura, exclusiva para o público feminino, desde que contratada, garante à Segurada o pagamento do respectivo Capital Segurado individual contratado, quando diagnosticada a neoplasia maligna por médico habilitado em oncologia e demonstrada por resultado de exame anátomo-patológico, exceto se decorrente dos riscos excluídos.

1.2. As neoplasias malignas amparadas por esta cobertura são: **Mama, Útero e Ovário.**

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

2. RISCOS EXCLUÍDOS

2.1. Além dos riscos expressamente excluídos na cláusula 5 das Condições Gerais, estão também excluídos desta cobertura , os eventos ocorridos em consequência, direta ou indireta de e/ou relacionados a: a) melanoma não invasivo, sarcoma de kaposi, queratose actínica, leucoplasia oral, papilomatose oral florida, doença de Bowen, eritroplasia de Queyrat, Corno cutâneo, queratoacantoma, carcinoma basocelular e espinocelular; carcinomas *in situ* (alteração do crescimento de superfícies epiteliais, em que as células normais são substituídas por células anaplásticas sem as características de comportamento da neoplasia, como invasão ou metástases), qualquer tipo de displasia e outras lesões pré- neoplásticas de qualquer órgão e/ou tecido. Hiperplasia benigna da próstata e qualquer tipo de leucemia. Qualquer tipo de câncer benigno.

3. CAPITAL SEGURADO

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

3.2. Para fins desta cobertura, considera-se como data do evento, para efeito de determinação do Capital Segurado, a data do diagnóstico comprovado da neoplasia maligna.

4. INÍCIO DE VIGÊNCIA

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

5. CESSAÇÃO DE COBERTURA

5.1. Além das hipóteses previstas nos itens 13, 14 e 22 das Condições Gerais, a cobertura do risco cessa ainda:

5.1.1. 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;

6. PRÊMIO

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

7. ÂMBITO TERRITORIAL DECOBERTURA

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

8. CARÊNCIA

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

9. FRANQUIA

9.2. O pagamento do Capital Segurado dessa Cobertura está condicionado ao cumprimento do período de franquia estabelecido contratualmente, que representa a sobrevivência do Segurado após a ocorrência do diagnóstico de uma doença coberta ou da realização de um procedimento médico coberto.

10. PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO

10.1. Os elementos essenciais para aferição e decisão sobre a existência de Cobertura, referentes à presente Cobertura são:
(i)o aviso de sinistro totalmente preenchido e
(ii)a entrega dos documentos associados à Cobertura pleiteada, conforme abaixo:

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

- Aviso de sinistro preenchido e assinado (formulário padrão MetLife);
- Formulário "Autorização para Crédito de Indenização" (formulário padrão MetLife), devidamente preenchido e assinado pelo Segurado;
- Cópias do RG (cédula de identidade), CPF (Cadastro de Pessoas Físicas) e comprovante de residência do Segurado;
- Relatório médico informando desde quando o segurado recebeu o primeiro diagnóstico das doenças registradas na Declaração/Certidão de Óbito, descrição da evolução clínica e data em que iniciou o tratamento;
- Cópia de todos os documentos médicos e exames realizados;
- Cópia da Ficha de Registro do empregado, quando se tratar de Apólice Coletiva, cujo Vínculo prévio seja empregatício.
- Cópia dos 3 (três) últimos comprovantes de salário, quando se tratar 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;
- Resultado do exame Anátomo- Patológico comprovando a malignidade do Câncer;

10.3. Em caso de falecimento do Segurado entre o período do Diagnóstico de Câncer Feminino e a data do aviso do sinistro, a indenização será paga ao(s) herdeiros legais, conforme a lei.

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

11. DISPOSIÇÕES GERAIS

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

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

COBERTURA DE DIAGNÓSTICO DE CÂNCER MASCULINO – (DCM1)

1. OBJETIVO

1.1. Esta cobertura, exclusiva para o público masculino, desde que contratada, garante ao Segurado o pagamento do respectivo Capital Segurado individual contratado, quando diagnosticada a neoplasia maligna por médico habilitado em oncologia e demonstrada por resultado de exame anátomo-patológico, **exceto se decorrente dos riscos excluídos.**

1.1.1. As neoplasias malignas amparadas por esta cobertura são: Próstata, Cólon e Pulmão.

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

2. RISCOS EXCLUÍDOS

2.1. Além dos riscos expressamente excluídos na cláusula 5 das Condições Gerais, estão também **excluídos desta cobertura , os eventos ocorridos em consequência, direta ou indireta de e/ou relacionados a:**

a) melanoma não invasivo, sarcoma de kaposi, queratose actínica, leucoplasia oral, papilomatose oral florida, doença de Bowen, eritroplasia de Queyrat, Corno cutâneo, queratoacantoma, carcinoma basocelular e espinocelular; carcinomas *in situ* (alteração do crescimento de superfícies epiteliais, em que as células normais são substituídas por células anaplásticas sem as características de comportamento da neoplasia, como invasão ou metástases), qualquer tipo de displasia e outras lesões pré-neoplásticas de qualquer órgão e/ou tecido. Hiperplasia benigna da próstata e qualquer tipo de leucemia. Qualquer tipo de câncer benigno.

3. CAPITAL SEGURADO

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

3.2. Para fins desta cobertura, considera-se como data do evento, para efeito de determinação do Capital Segurado, a data do diagnóstico comprovado da neoplasia maligna.

4. INÍCIO DE VIGÊNCIA

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

5. CESSAÇÃO DE COBERTURA

5.1. Além das hipóteses previstas nos itens 13, 14 e 22 das Condições Gerais, a cobertura do risco cessa ainda:
5.1.1. 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;

6. PRÊMIO

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

7. ÂMBITO TERRITORIAL DE COBERTURA

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

8. CARÊNCIA

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

9. FRANQUIA

9.1. O pagamento do Capital Segurado dessa Cobertura está condicionado ao cumprimento do período de franquia estabelecido contratualmente, que representa a sobrevivência do Segurado após a ocorrência do diagnóstico de uma doença coberta ou da realização de um procedimento médico coberto.

10. PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO

10.1. Os elementos essenciais para aferição e decisão sobre a existência de Cobertura, referentes à presente Cobertura são:
(i) o aviso de sinistro totalmente preenchido e
(ii) a entrega dos documentos associados à Cobertura pleiteada, conforme abaixo:

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

- Aviso de sinistro preenchido e assinado (formulário padrão MetLife);
- Formulário "Autorização para Crédito de Indenização" (formulário padrão MetLife), devidamente preenchido e assinado pelo Segurado;
- Cópias do RG (cédula de identidade), CPF (Cadastro de Pessoas Físicas) e comprovante de residência do Segurado;
- Relatório médico informando desde quando o segurado recebeu o primeiro diagnóstico das doenças registradas na Declaração/Certidão de Óbito, descrição da evolução clínica e data em que iniciou o tratamento;
- Cópia de todos os documentos médicos e exames realizados;
- Cópia da Ficha de Registro do empregado, quando se tratar de Apólice Coletiva, cujo Vínculo prévio seja empregatício.
- Cópia dos 3 (três) últimos comprovantes de salário, quando se tratar 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;
- Resultado do exame Anátomo- Patológico comprovando a malignidade do Câncer;

10.3. Em caso de falecimento do Segurado entre o período do Diagnóstico de Câncer Masculino e a data do aviso do sinistro, a indenização será paga aos herdeiros legais.

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

11. DISPOSIÇÕES GERAIS

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

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

COBERTURA DE DIAGNÓSTICO DE CÂNCER MASCULINO – (DCM2)

1. OBJETIVO

1.1. Esta cobertura, exclusiva para o público masculino, desde que contratada, garante ao Segurado o pagamento do respectivo Capital Segurado individual contratado, quando diagnosticada a neoplasia maligna por médico habilitado em oncologia e demonstrada por resultado de exame anátomo-patológico, exceto se decorrente dos riscos excluídos.

1.2. As neoplasias malignas amparadas por esta cobertura são: Próstata, Testículo e Pênis.

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

2. RISCOS EXCLUÍDOS

2.1. Além dos riscos expressamente excluídos na cláusula 5 das Condições Gerais, estão também excluídos desta cobertura , os eventos ocorridos em consequência, direta ou indireta de e/ou relacionados a:
a) melanoma não invasivo, sarcoma de kaposi, queratose actínica, leucoplasia oral, papilomatose oral florida, doença de Bowen, eritroplasia de Queyrat, Corno cutâneo, queratoacantoma, carcinoma basocelular e espinocelular; carcinomas *in situ* (alteração do crescimento de superfícies epiteliais, em que as células normais são substituídas por células anaplásticas sem as características de comportamento da neoplasia, como invasão ou metástases), qualquer tipo de displasia e outras lesões pré-neoplásticas de qualquer órgão e/ou tecido. Hiperplasia benigna da próstata e qualquer tipo de leucemia. Qualquer tipo de câncer benigno.

3. CAPITAL SEGURADO

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

3.2. Para fins desta cobertura, considera-se como data do evento, para efeito de determinação do Capital Segurado, a data do diagnóstico comprovado da neoplasia maligna.

4. INÍCIO DE VIGÊNCIA

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

5. CESSAÇÃO DE COBERTURA

5.1. Além das hipóteses previstas nos itens 13, 14 e 22 das Condições Gerais, a cobertura do risco cessa ainda:
5.1.1. **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;

6. PRÊMIO

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

7. ÂMBITO TERRITORIAL DE COBERTURA

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

8. CARÊNCIA

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

9. FRANQUIA

9.1. O pagamento do Capital Segurado dessa Cobertura está condicionado ao cumprimento do período de franquia estabelecido contratualmente, que representa a sobrevivência do Segurado após a ocorrência do diagnóstico de uma doença coberta ou da realização de um procedimento médico coberto.

10. PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO

10.1. Os elementos essenciais para aferição e decisão sobre a existência de Cobertura, referentes à presente Cobertura são:
(i) o aviso de sinistro totalmente preenchido e
(ii) a entrega dos documentos associados à Cobertura pleiteada, conforme abaixo:

10.2. Para a análise do pagamento da Indenização, respeitado o disposto nas Condições Gerais item 20.,

além do aviso de sinistro devidamente preenchido, deverão ser apresentados os seguintes documentos: conforme abaixo:

- Aviso de sinistro preenchido e assinado (formulário padrão MetLife);
- Formulário "Autorização para Crédito de Indenização" (formulário padrão MetLife), devidamente preenchido e assinado pelo Segurado;
- Cópias do RG (cédula de identidade), CPF (Cadastro de Pessoas Físicas) e comprovante de residência do Segurado;
- Relatório médico informando desde quando o segurado recebeu o primeiro diagnóstico das doenças registradas na Declaração/Certidão de Óbito, descrição da evolução clínica e data em que iniciou o tratamento;
- Cópia de todos os documentos médicos e exames realizados;
- Cópia da Ficha de Registro do empregado, quando se tratar de Apólice Coletiva, cujo Vínculo prévio seja empregatício.
- Cópia dos 3 (três) últimos comprovantes de salário, quando se tratar 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;
- Resultado do exame Anátomo- Patológico comprovando a malignidade do Câncer;

10.3. Em caso de falecimento do Segurado entre o período do Diagnóstico de Câncer Masculino e a data do aviso do sinistro, a indenização será paga aos herdeiros legais, conforme a lei.

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

11. DISPOSIÇÕES GERAIS

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

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

COBERTURA DE INDICAÇÃO DE CIRURGIA DE REVASCULARIZAÇÃO DO MIOCÁRDIO (ARTÉRIA CORONARIANA) – (ICRM)

1. OBJETIVO

1.1. Esta cobertura, desde que contratada, garante ao Segurado, após o período de Carência, o pagamento de uma Indenização, em caso de Diagnóstico(s) de Cirurgia de Revascularização do Miocárdio (Artéria Coronariana) **exceto se decorrente de Riscos Excluídos, observados os demais termos desta cobertura , das Condições Gerais e as demais Disposições Contratuais.**

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

2. CARÊNCIA

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

3. RISCOS EXCLUÍDOS

3.1. Além dos riscos expressamente excluídos na cláusula 5 das Condições Gerais, estão também excluídos desta cobertura , os eventos ocorridos em consequência, direta ou indireta de e/ou relacionados a:
a) Angioplastia e/ou qualquer procedimento intra-arterial, tratamento a laser e/ou qualquer outro tratamento não cirúrgico, bem como cirurgias de revascularização decorrentes de lesões coronarianas preexistentes à contratação do seguro.

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 Indicação de Cirurgia de Revascularização do Miocárdio.

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 nos itens 13, 14 e 22 das Condições Gerais, a cobertura do risco 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. ÂMBITO TERRITORIAL DE COBERTURA

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

9. FRANQUIA

9.1. O pagamento do Capital Segurado dessa Cobertura está condicionado ao cumprimento do período de franquia estabelecido contratualmente, que representa a sobrevivência do Segurado após a ocorrência do diagnóstico de uma doença coberta ou da realização de um procedimento médico coberto.

10. PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO

10.1. Os elementos essenciais para aferição e decisão sobre a existência de Cobertura, referentes à presente Cobertura são:
(i) o aviso de sinistro totalmente preenchido e
(ii) a entrega dos documentos associados à Cobertura pleiteada, conforme abaixo:

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

- Aviso de sinistro preenchido e assinado (formulário padrão MetLife); formulário “Autorização para Crédito de Indenização” (formulário padrão MetLife), devidamente preenchido e assinado pelo Segurado;
- Cópias do RG (cédula de identidade), CPF (Cadastro de Pessoas Físicas) e comprovante de residência do Segurado;
- Relatório médico informando desde quando o segurado recebeu o primeiro diagnóstico das doenças registradas na Declaração/Certidão de Óbito, descrição da evolução clínica e data em que iniciou o tratamento;
- Cópia de todos os documentos médicos e exames realizados;
- Cópia da Ficha de Registro do empregado, quando se tratar de Apólice Coletiva, cujo Vínculo prévio seja empregatício.
- Cópia dos 3 (três) últimos comprovantes de salário, quando se tratar 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;
- Relatório médico detalhado da doença e do procedimento cirúrgico (Neste relatório deve constar: nome do paciente, história clínica, tempo de evolução da doença, diagnóstico (CID-10), tratamento realizado, descrição do procedimento, relato de intercorrências e identificação do médico (nome e nº do CRM-UF);
- Poderão ser solicitados, a critério da seguradora, exames laboratoriais, eletrocardiográficos e de imagem que mostrem alteração compatível com a insuficiência coronariana antes do procedimento, como por exemplo, Eletrocardiograma com desnivelamento da onda ST, Ecocardiograma com diminuição do DC e sobrecarga ventricular direita, Cintilografia Cardíaca com áreas de hipoperfisão ou necrose tecidual, Angiografia com hipoperfusão do miocárdio e Enzimas Cardíacas aumentadas (CK e CKMB);
- No caso de persistência da dúvida diagnóstica, poderá ser solicitado, também a critério da seguradora, auditoria do prontuário médico e/ou perícia médica.

10.3. Em caso de falecimento do Segurado entre o período da Indicação de Cirurgia de Revasculização do Miocárdio e a data do aviso do sinistro, a indenização será paga aos herdeiros legais, conforme a lei.

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

11. DISPOSIÇÕES GERAIS

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

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

COBERTURA DE DIAGNÓSTICO DE INSUFICIÊNCIA RENAL CRÔNICA – (DIRC)

1. OBJETIVO

1.1. Esta cobertura, desde que contratada, garante ao Segurado, após o período de carência, o pagamento de uma Indenização, em caso de Diagnóstico(s) de Insuficiência Renal Crônica, exceto se decorrente de Riscos Excluídos, **observados os demais termos desta cobertura, das Condições Gerais e as demais Disposições Contratuais.**

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

2. CARÊNCIA

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

3. FRANQUIA

3.1.O pagamento do Capital Segurado dessa Cobertura está condicionado ao cumprimento período de franquia estabelecido contratualmente, que representa a sobrevivência do Segurado após a ocorrência do diagnóstico de uma doença coberta ou da realização de um procedimento médico coberto.

4. RISCOS EXCLUÍDOS

4.1.Além dos riscos expressamente excluídos na cláusula 5 das Condições Gerais, estão também excluídos desta cobertura , os eventos ocorridos em consequência, direta ou indireta de e/ou relacionados a:
a) Insuficiência Renal Aguda e/ou Insuficiência Renal Crônica que não necessite de diálise peritoneal, hemodiálise e/ou transplante renal;

5. CAPITAL SEGURADO

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

5.2. Para fins desta cobertura, considera-se como data do evento, para efeito de determinação do Capital Segurado, a data do diagnóstico comprovado da doença grave.

6. REINTEGRAÇÃO DO CAPITAL SEGURADO

6.1. O Capital Segurado relativo a esta cobertura não será reintegrado após ocorrência de cada Evento Coberto.

7. INÍCIO DE VIGÊNCIA

7.1. 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.

8. CESSAÇÃO DE COBERTURA

8.1. Além das hipóteses previstas nos itens 13, 14 e 22 das Condições Gerais, a cobertura do risco cessa ainda:
8.1.1. 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;

9. PRÊMIO

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

10. ÂMBITO TERRITORIAL DE COBERTURA

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

11. PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO

11.1. Os elementos essenciais para aferição e decisão sobre a existência de Cobertura, referentes à presente Cobertura são:
(i) o aviso de sinistro totalmente preenchido e
(ii) a entrega dos documentos associados à Cobertura pleiteada, conforme abaixo:

11.2. Para a análise do pagamento da Indenização, respeitado o disposto nas Condições Gerais item 20., além do aviso de sinistro devidamente preenchido,

deverão ser apresentados os seguintes documentos: conforme abaixo:

- Aviso de sinistro preenchido e assinado (formulário padrão MetLife);
- formulário “Autorização para Crédito de Indenização” (formulário padrão MetLife), devidamente preenchido e assinado pelo Segurado;
- Cópias do RG (cédula de identidade), CPF (Cadastro de Pessoas Físicas) e comprovante de residência do Segurado;
- Relatório médico informando desde quando o segurado recebeu o primeiro diagnóstico das doenças registradas na Declaração/Certidão de Óbito, descrição da evolução clínica e data em que iniciou o tratamento;
- Cópia de todos os documentos médicos e exames realizados;
- Cópia da Ficha de Registro do empregado, quando se tratar de Apólice Coletiva, cujo Vínculo prévio seja empregatício.
- Cópia dos 3 (três) últimos comprovantes de salário, quando se tratar 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;
- Comprovação de uremia através de exames laboratoriais (aumento da ureia, aumento da creatinina e diminuição do clearance de creatinina, diminuição da taxa de filtração glomerular);
- No caso de persistência da dúvida diagnóstica, poderá ser solicitado, a critério da seguradora, análise do prontuário médico e/ou perícia médica.

11.3. Em caso de falecimento do Segurado entre o período do Diagnóstico de Insuficiência Renal Crônica e a data do aviso do sinistro, a indenização será paga aos herdeiros legais, conforme a lei.

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

12. DISPOSIÇÕES GERAIS

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

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

COBERTURA DE DIAGNÓSTICO DE TRANSPLANTE DE ÓRGÃOS – (DTO)

1. OBJETIVO

1.1. Esta cobertura, desde que contratada, garante ao Segurado, após o período de carência, o pagamento de uma Indenização, em caso de Diagnóstico(s) de Transplante de Órgãos, exceto se decorrente de Riscos Excluídos, observados os demais termos desta cobertura, das Condições Gerais e as demais Disposições Contratuais.

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

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

2. CARÊNCIA

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

3. FRANQUIA

3.1. O pagamento do Capital Segurado dessa Cobertura está condicionado ao cumprimento do período de franquia estabelecido contratualmente, que representa a sobrevivência do Segurado após a ocorrência do diagnóstico de uma doença coberta ou da realização de um procedimento médico coberto.

4. RISCOS EXCLUÍDOS

4.1.Além dos riscos expressamente excluídos na cláusula 5 das Condições Gerais, estão também excluídos desta cobertura, os eventos ocorridos em consequência, direta ou indireta de e/ou relacionados a:
a) Qualquer autotransplante, demais órgãos ou células, exceto os cobertos citados no item 1.1.1;

5. CAPITAL SEGURADO

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

5.2. Para fins desta cobertura, considera-se como data do evento, para efeito de determinação do Capital Segurado, a data da cirurgia para o transplante de órgão.

6. INÍCIO DE VIGÊNCIA

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

7. CESSAÇÃO DE COBERTURA

7.1. Além das hipóteses previstas nos itens 13, 14 e 22 das Condições Gerais, a cobertura do risco cessa ainda:
7.1.1. 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;

8. PRÊMIO

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

9. ÂMBITO TERRITORIAL DE COBERTURA

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

10. PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO

10.1. Os elementos essenciais para aferição e decisão sobre a existência de Cobertura, referentes à presente Cobertura são:
(i) o aviso de sinistro totalmente preenchido e
(ii) a entrega dos documentos associados à Cobertura pleiteada, conforme abaixo:

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

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

- Formulário “Autorização para Crédito de Indenização” (formulário padrão MetLife), devidamente preenchido e assinado pelo Segurado;
- Cópias do RG (cédula de identidade), CPF (Cadastro de Pessoas Físicas) e comprovante de residência do Segurado;
- Relatório médico informando desde quando o segurado recebeu o primeiro diagnóstico das doenças registradas na Declaração/Certidão de Óbito, descrição da evolução clínica e data em que iniciou o tratamento;
- Cópia de todos os documentos médicos e exames realizados;
- Cópia da Ficha de Registro do empregado, quando se tratar de Apólice Coletiva, cujo Vínculo prévio seja empregatício.
- Cópia dos 3 (três) últimos comprovantes de salário, quando se tratar 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;
- Poderão ser solicitados, a critério da seguradora, exames laboratoriais, eletrocardiográficos e de imagem que mostrem alteração compatível com a insuficiência funcional do órgão a ser transplantado;
- No caso de persistência da dúvida diagnóstica, poderá ser solicitado, também a critério da seguradora, será solicitado prontuário médico e/ou perícia médica.

10.3. Em caso de falecimento do Segurado entre o período do Diagnóstico de Transplante de Órgãos e a data do aviso do sinistro, a indenização será paga ao(s) herdeiros legais, conforme a lei.

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

11. DISPOSIÇÕES GERAIS

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

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

COBERTURA DE DIAGNÓSTICO DE INFARTO AGUDO DO MIOCÁRDIO – (DIAM)

1. OBJETIVO

1.1. Esta cobertura, desde que contratada, garante ao Segurado, após o período de Carência, o pagamento de uma Indenização, em caso de Diagnóstico de Infarto Agudo do Miocárdio, exceto se decorrente de Riscos Excluídos, observados os demais termos desta cobertura, das Condições Gerais e as demais Disposições Contratuais.

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

1.2. Será elegível ao pagamento da indenização o Segurado que teve Infarto Agudo do Miocárdio fulminante e que precisou ser internado em função deste diagnóstico.

2. CARÊNCIA

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

3. FRANQUIA

3.1. O pagamento do Capital Segurado dessa Cobertura está condicionado ao cumprimento período de franquia estabelecido contratualmente, que representa a sobrevivência do Segurado após a ocorrência do diagnóstico de uma doença coberta ou da realização de um procedimento médico coberto.

4. RISCOS EXCLUÍDOS

4.1. Além dos riscos expressamente excluídos na cláusula 5 das Condições Gerais, estão também excluídos desta cobertura , os eventos ocorridos em consequência, direta ou indireta de e/ou relacionados a:

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

5. CAPITAL SEGURADO

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

5.2. Para fins desta cobertura, considera-se como data do evento, para efeito de determinação do Capital Segurado, a data do Diagnóstico do Infarto Agudo do Miocárdio.

6. REINTEGRAÇÃO DO CAPITAL SEGURADO

6.1. O Capital Segurado relativo a esta cobertura será reintegrado, de forma automática, após ocorrência de cada Evento Coberto. A reintegração nestes casos será total e sem cobrança de Prêmio adicional, exceto quando decorrentes de um mesmo evento.

6.2. Serão consideradas como mesmo evento, as patologias reincidentes e suas consequências e/ou aquelas consideradas agravos clínicos da doença primária, salvo Disposições Contratuais em contrário.

7. INÍCIO DE VIGÊNCIA

7.1. 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.

8. CESSAÇÃO DE COBERTURA

8.1. Além das hipóteses previstas nos itens 13, 14 e 22 das Condições Gerais, a cobertura do risco cessa ainda:

8.1.1. 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;

9. PRÊMIO

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

10. ÂMBITO TERRITORIAL DECOBERTURA

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

11. PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO

11.1. Os elementos essenciais para aferição e decisão sobre a existência de Cobertura, referentes à presente Cobertura são:
(i) o aviso de sinistro totalmente preenchido e
(ii) a entrega dos documentos associados à Cobertura pleiteada, conforme abaixo:

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

- Aviso de sinistro preenchido e assinado (formulário padrão MetLife);
- Formulário "Autorização para Crédito de Indenização" (formulário padrão MetLife), devidamente preenchido e assinado pelo Segurado;
- Cópias do RG (cédula de identidade), CPF (Cadastro de Pessoas Físicas) e comprovante de residência do Segurado;
- Relatório médico informando desde quando o segurado recebeu o primeiro diagnóstico das doenças registradas na Declaração/Certidão de Óbito, descrição da evolução clínica e data em que iniciou o tratamento;
- Cópia de todos os documentos médicos e exames realizados;
- Cópia da Ficha de Registro do empregado, quando se tratar de Apólice Coletiva, cujo Vínculo prévio seja empregatício.
- Cópia dos 3 (três) últimos comprovantes de salário, quando se tratar 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;
-

Eletrocardiograma (ECG) com alteração da onda ST, angiografia ou cintilografia mostrando a diminuição da perfusão do órgão e exame de sangue com elevação da dosagem de CK e CKMB;

11.3. Em caso de falecimento do Segurado entre o período do Diagnóstico de Infarto Agúdo do Miocárdio e a data do aviso do sinistro, a indenização será paga ao(s) herdeiros legais, conforme a lei.

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

12. DISPOSIÇÕES GERAIS

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

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

COBERTURA DE DIAGNÓSTICO DE DERRAME (ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL) – (DD)

1. OBJETIVO

1.1. Esta cobertura, desde que contratada, garante ao Segurado, após o período de carência, o pagamento de uma Indenização, em caso de Diagnóstico(s) de Derrame (Acidente Vascular Cerebral), **exceto se decorrente de Riscos Excluídos, observados os demais termos desta cobertura , das Condições Gerais e as demais Disposições Contratuais.**

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

2. CARÊNCIA

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

3. FRANQUIA

3.1. O pagamento do Capital Segurado dessa Cobertura está condicionado ao cumprimento do período de franquia estabelecido contratualmente, que representa a sobrevivência do Segurado após a ocorrência do diagnóstico de uma doença coberta ou da realização de um procedimento médico coberto.

4. RISCOS EXCLUÍDOS

4.1. Além dos riscos expressamente excluídos na cláusula 5 das Condições Gerais, estão também excluídos desta cobertura , os eventos ocorridos em consequência, direta ou indireta de e/ou relacionados a:

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

5. CAPITAL SEGURADO

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

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

6. INÍCIO DE VIGÊNCIA

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

7. CESSAÇÃO DE COBERTURA

7.1. Além das hipóteses previstas nos itens 13, 14 e 22 das Condições Gerais, a cobertura do risco cessa ainda:

7.1.1. 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;

8. PRÊMIO

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

9. ÂMBITO TERRITORIAL DE COBERTURA

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

10. PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO

10.1. Os elementos essenciais para aferição e decisão sobre a existência de Cobertura, referentes à presente Cobertura são:
(i) o aviso de sinistro totalmente preenchido e
(ii) a entrega dos documentos associados à Cobertura pleiteada, conforme abaixo:

10.2. Para a análise do pagamento da Indenização, respeitado o disposto nas Condições Gerais item 20., além do aviso de sinistro devidamente preenchido,

deverão ser apresentados os seguintes documentos: conforme abaixo:

- Aviso de sinistro preenchido e assinado (formulário padrão MetLife);
- Formulário "Autorização para Crédito de Indenização" (formulário padrão MetLife), devidamente preenchido e assinado pelo Segurado;
- Cópias do RG (cédula de identidade), CPF (Cadastro de Pessoas Físicas) e comprovante de residência do Segurado;
- Relatório médico informando desde quando o segurado recebeu o primeiro diagnóstico das doenças registradas na Declaração/Certidão de Óbito, descrição da evolução clínica e data em que iniciou o tratamento;
- Cópia de todos os documentos médicos e exames realizados;
- Cópia da Ficha de Registro do empregado, quando se tratar de Apólice Coletiva, cujo Vínculo prévio seja empregatício.
- Cópia dos 3 (três) últimos comprovantes de salário, quando se tratar 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;
- Exame de Imagem: Tomografia Computadorizada ou Ressonância Magnética mostrando áreas de isquemia ou de hemorragia cerebral recentes e Angiografia Cerebral (em caso de dúvida do diagnóstico) mostrando interrupção do fluxo sanguíneo (isquemia) ou extravasamento de sangue em alguma região do cérebro;
- No caso de persistência da dúvida diagnóstica, poderá ser solicitado, a critério da seguradora, análise do prontuário médico e/ou perícia médica.

10.3. Em caso de falecimento do Segurado entre o período do Diagnóstico de Derrame e a data do aviso do sinistro, a indenização será paga ao(s) herdeiros legais, conforme a lei.

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

11. DISPOSIÇÕES GERAIS

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

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

COBERTURA DE INDICAÇÃO DE CIRURGIA DE VÁLVULA DO CORAÇÃO – (ICVC)

1. OBJETIVO

1.1. Esta cobertura, desde que contratada, garante ao Segurado, após o período de carência, o pagamento de uma Indenização, em caso de Diagnóstico(s) de Cirurgia de Válvula do Coração, exceto se decorrente de Riscos Excluídos, observados os demais termos desta Cobertura , das Condições Gerais e as demais Disposições Contratuais.

1.1.1. Cirurgia de Válvula do Coração: cirurgia cardíaca convencional que visa recuperar ou substituir uma ou mais válvulas cardíacas, indicada por cirurgião cardíaco, respaldado por exames complementares apropriados.

2. CARÊNCIA

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

3. FRANQUIA

3.1. O pagamento do Capital Segurado dessa Cobertura está condicionado ao cumprimento do período de franquia estabelecido contratualmente, que representa a sobrevivência do Segurado após a ocorrência do diagnóstico de uma doença coberta ou da realização de um procedimento médico coberto.

4. RISCOS EXCLUÍDOS

4.1. Além dos riscos expressamente excluídos na cláusula 5 das Condições Gerais, estão também excluídos desta cobertura , os eventos ocorridos em consequência, direta ou indireta de e/ou relacionados a:

a) Quando não for necessária a substituição da válvula cardíaca que apresente alterações clínicas, bem como a cirurgia decorrente de lesão de válvula cardíaca com origem anterior à vigência da Apólice.

5. CAPITAL SEGURADO

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

5.2. Para fins desta cobertura, considera-se como data do evento, para efeito de determinação do Capital Segurado, a data da Indicação da Cirurgia de Válvula do Coração.

6. INÍCIO DE VIGÊNCIA

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

7. CESSAÇÃO DE COBERTURA

7.1. Além das hipóteses previstas nos itens 13, 14 e 22 das Condições Gerais, a cobertura do risco cessa ainda:
7.1.1. 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;

8. PRÊMIO

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

9. ÂMBITO TERRITORIAL DE COBERTURA

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

10. PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO

10.1. Os elementos essenciais para aferição e decisão sobre a existência de Cobertura, referentes à presente Cobertura são:
(i) o aviso de sinistro totalmente preenchido e
(ii) a entrega dos documentos associados à Cobertura pleiteada, conforme abaixo:

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

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

- Relatório médico informando desde quando o segurado recebeu o primeiro diagnóstico das doenças registradas na Declaração/Certidão de Óbito, descrição da evolução clínica e data em que iniciou o tratamento;
- Cópia de todos os documentos médicos e exames realizados;
- Cópia da Ficha de Registro do empregado, quando se tratar de Apólice Coletiva, cujo Vínculo prévio seja empregatício.
- Cópia dos 3 (três) últimos comprovantes de salário, quando se tratar 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;
- Exame de Ecocardiograma que comprove a insuficiência ou estenose da válvula cardíaca previamente ao procedimento cirúrgico.
- No caso de persistência da dúvida diagnóstica, poderá ser solicitado, a critério da seguradora, análise do prontuário médico e/ou perícia médica.

10.3. Em caso de falecimento do Segurado entre o período da Indicação de Cirurgia de Válvula do Coração e a data do aviso do sinistro, a indenização será paga aos herdeiros legais, conforme a lei.

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

11. DISPOSIÇÕES GERAIS

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

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

COBERTURA DE DIAGNÓSTICO DE ESCLEROSE MÚLTIPLA – (DEM)

1. OBJETIVO

1.1. Esta cobertura, desde que contratada, garante ao Segurado, após o período de carência, o pagamento de uma Indenização, em caso de Diagnóstico(s) de Esclerose Múltipla, **exceto se decorrente de Riscos Excluídos, observados os demais termos desta cobertura , das Condições Gerais e as demais Disposições Contratuais.**

1.1.1. Esclerose Múltipla: doença que acomete o sistema nervoso central, lenta e progressivamente e que promove uma destruição da bainha de mielina que recobre e isola as fibras nervosas. A caracterização da cobertura se dará mediante diagnóstico feito por neurologista e mediante a comprovação da necessidade do auxílio ao Segurado por outra pessoa para realização de atividades cotidianas, incluindo a alimentação e higiene.

2. CARÊNCIA

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

3. FRANQUIA

3.1. O pagamento do Capital Segurado dessa Cobertura está condicionado ao cumprimento do período de franquia estabelecido contratualmente, que representa a sobrevivência do Segurado após a ocorrência do diagnóstico de uma doença coberta ou da realização de um procedimento médico coberto.

4. RISCOS EXCLUÍDOS

4.1. Além dos riscos expressamente excluídos na cláusula 5 das Condições Gerais, estão também excluídos desta cobertura , os eventos ocorridos em consequência, direta ou indireta de e/ou relacionados a:

a) Doença na fase caracterizada por surtos de exacerbação-remissão.

5. CAPITAL SEGURADO

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

5.2. Para fins desta cobertura, considera-se como data do evento, para efeito de determinação do Capital Segurado, a data do diagnóstico comprovado de Diagnóstico de Esclerose Múltipla.

6. REINTEGRAÇÃO DO CAPITAL SEGURADO

6.1. O Capital Segurado relativo a esta cobertura não será reintegrado após ocorrência de cada Evento Coberto.

7. INÍCIO DE VIGÊNCIA

7.1. 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.

8. CESSAÇÃO DE COBERTURA

8.1. Além das hipóteses previstas nos itens 13, 14 e 22 das Condições Gerais, a cobertura do risco cessa ainda:

8.1.1. 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;

9. PRÊMIO

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

10. ÂMBITO TERRITORIAL DE COBERTURA

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

11. PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO

11.1. Os elementos essenciais para aferição e decisão sobre a existência de Cobertura, referentes à presente Cobertura são:
(i) o aviso de sinistro totalmente preenchido e
(ii) a entrega dos documentos associados à Cobertura pleiteada, conforme abaixo:

11.2. Para a análise do pagamento da Indenização, respeitado o disposto nas Condições Gerais item 20., além do aviso de sinistro devidamente preenchido,

deverão ser apresentados os seguintes documentos: conforme abaixo:

- Aviso de sinistro preenchido e assinado (formulário padrão MetLife);
- Formulário “Autorização para Crédito de Indenização” (formulário padrão MetLife) , devidamente preenchido e assinado pelo Segurado;
- Cópias do RG (cédula de identidade), CPF (Cadastro de Pessoas Físicas) e comprovante de residência do Segurado;
- Relatório médico informando desde quando o segurado recebeu o primeiro diagnóstico das doenças registradas na Declaração/Certidão de Óbito, descrição da evolução clínica e data em que iniciou o tratamento;
- Cópia de todos os documentos médicos e exames realizados;
- Cópia da Ficha de Registro do empregado, quando se tratar de Apólice Coletiva, cujo Vínculo prévio seja empregatício.
- Cópia dos 3 (três) últimos comprovantes de salário, quando se tratar 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;
- Exame de Eletroneuromiografia de membros inferiores e/ou superiores;

11.3. Em caso de falecimento do Segurado entre o período do Diagnóstico de Esclerose Múltipla e a data do aviso do sinistro, a indenização será paga ao(s) herdeiros legais, conforme a lei.

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

12. DISPOSIÇÕES GERAIS

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

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

COBERTURA DE DIAGNÓSTICO DE DISTROFIA MUSCULAR – (DDM)

1. OBJETIVO

1.1. Esta cobertura, desde que contratada, garante ao Segurado, após o período de carência, o pagamento de uma Indenização, em caso de Diagnóstico(s) de Distrofia Muscular, **exceto se decorrente de Riscos Excluídos, observados os demais termos desta cobertura, das Condições Gerais e as demais Disposições Contratuais.**

1.1.1. **Distrofia Muscular:** grupo de doenças genéticas, que se caracterizam por uma degeneração progressiva do tecido muscular levando à perda dos movimentos. A caracterização da cobertura se dará mediante diagnóstico feito por neurologista e mediante a comprovação da necessidade do auxílio ao Segurado por outra pessoa para realização de atividades cotidianas, incluindo a alimentação e higiene.

2. CARÊNCIA

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

3. FRANQUIA

3.1. O pagamento do Capital Segurado dessa Cobertura está condicionado ao cumprimento do período de franquia estabelecido contratualmente, que representa a sobrevivência do Segurado após a ocorrência do diagnóstico de uma doença coberta ou da realização de um procedimento médico coberto.

4. RISCOS EXCLUÍDOS

4.1. Além dos riscos expressamente excluídos na cláusula 5 das Condições Gerais, estão também excluídos desta cobertura , os eventos ocorridos em consequência, direta ou indireta de e/ou relacionados a:

a) doença na fase inicial sem perda funcional comprovada e doença não confirmada por exame histológico;

5. CAPITAL SEGURADO

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

5.2. Para fins desta cobertura, considera-se como data do evento, para efeito de determinação do Capital Segurado, a data do diagnóstico comprovado da Distrofia Muscular.

6. INÍCIO DE VIGÊNCIA

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

7. CESSAÇÃO DE COBERTURA

7.1. Além das hipóteses previstas nos itens 13, 14 e 22 das Condições Gerais, a cobertura do risco cessa ainda:
7.1.1. 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.

8. PRÊMIO

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

9. ÂMBITO TERRITORIAL DE COBERTURA

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

10. PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO

10.1. Os elementos essenciais para aferição e decisão sobre a existência de Cobertura, referentes à presente Cobertura são:
(i) o aviso de sinistro totalmente preenchido e
(ii) a entrega dos documentos associados à Cobertura pleiteada, conforme abaixo:

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

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

- Cópias do RG (cédula de identidade), CPF (Cadastro de Pessoas Físicas) e comprovante de residência do Segurado;
- Relatório médico informando desde quando o segurado recebeu o primeiro diagnóstico das doenças registradas na Declaração/Certidão de Óbito, descrição da evolução clínica e data em que iniciou o tratamento;
- Relatório médico sobre a dependência de auxílio de terceiros, por parte do segurado, para suas atividades cotidianas, incluindo alimentação e higiene;
- Cópia de todos os documentos médicos e exames realizados;
- Cópia da Ficha de Registro do empregado, quando se tratar de Apólice Coletiva, cujo Vínculo prévio seja empregatício.
- Cópia dos 3 (três) últimos comprovantes de salário, quando se tratar 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;
- Laudo médico de Neurologista registrado no Conselho Regional de Medicina e resultado do exame Anátomo-patológico;

10.3. Em caso de falecimento do Segurado entre o período do Diagnóstico de Distrofia Muscular e a data do aviso do sinistro, a indenização será paga ao(s) herdeiros legais, conforme a lei.

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

11. DISPOSIÇÕES GERAIS

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

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

COBERTURA DE DIAGNÓSTICO DE DANOS CEREBRAIS ANATÔMICOS – (DDCA)

1. OBJETIVO

1.1. Esta cobertura, desde que contratada, garante ao Segurado, após o período de Carência, o pagamento de uma Indenização, em caso de Diagnóstico(s) de Danos Cerebrais Anatômicos, **exceto se decorrente de Riscos Excluídos, observados os demais termos desta cobertura , das Condições Gerais e as demais Disposições Contratuais.**

1.1.1. **Danos Cerebrais Anatômicos:** conjunto de distúrbios cerebrais envolvendo a perda das funções cerebrais, causado exclusivamente por acidente.

2. CARÊNCIA

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

3. FRANQUIA

3.1. O pagamento do Capital Segurado dessa Cobertura está condicionado ao cumprimento período de franquia estabelecido contratualmente, que representa a sobrevivência do Segurado após a ocorrência do diagnóstico de uma doença coberta ou da realização de um procedimento médico coberto.

4. RISCOS EXCLUÍDOS

4.1. Além dos riscos expressamente excluídos na cláusula 5 das Condições Gerais, estão também excluídos desta cobertura , os eventos ocorridos em consequência, direta ou indireta de e/ou relacionados a:

a) Todos os danos cerebrais causados por doenças orgânicas e psicossomáticas e todos os danos cerebrais anatômicos anteriores a contratação desta apólice de seguro;

b) Danos anatômicos decorrentes de doenças cerebrovasculares, de doenças neoplásicas e de qualquer moléstia adquirida pelo indivíduo que não seja de causa traumática.

5. CAPITAL SEGURADO

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

5.2. Para fins desta cobertura, considera-se como data do evento, para efeito de determinação do Capital Segurado, a data do diagnóstico do dano cerebral.

6. INÍCIO DE VIGÊNCIA

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

7. CESSAÇÃO DE COBERTURA

7.1. Além das hipóteses previstas nos itens 13, 14 e 22 das Condições Gerais, a cobertura do risco cessa ainda:
7.1.1. 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;

8. PRÊMIO

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

9. ÂMBITO TERRITORIAL DE COBERTURA

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

10. PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO

10.1. Os elementos essenciais para aferição e decisão sobre a existência de Cobertura, referentes à presente Cobertura são:
(i) o aviso de sinistro totalmente preenchido e
(ii) a entrega dos documentos associados à Cobertura pleiteada, conforme abaixo:

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

- Aviso de sinistro preenchido e assinado (formulário padrão MetLife);
- Formulário “Autorização para Crédito de Indenização” (formulário padrão MetLife), devidamente preenchido e assinado pelo Segurado;
- Cópias do RG (cédula de identidade), CPF (Cadastro de Pessoas Físicas) e comprovante de residência do Segurado;
- Relatório médico informando desde quando o segurado recebeu o primeiro diagnóstico das doenças registradas na Declaração/Certidão de Óbito, descrição da evolução clínica e data em que iniciou o tratamento;
- Cópia de todos os documentos médicos e exames realizados;
- Cópia da Ficha de Registro do empregado, quando se tratar de Apólice Coletiva, cujo Vínculo prévio seja empregatício.
- Cópia dos 3 (três) últimos comprovantes de salário, quando se tratar 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;
- Exame de Imagem: Tomografia Computadorizada ou Ressonância Magnética mostrando as alterações anatômicas cerebrais;
- No caso de persistência da dúvida diagnóstica, poderá ser solicitado, a critério da seguradora, análise do prontuário médico e/ou perícia médica.

10.3. Em caso de falecimento do Segurado entre o período do Diagnóstico de Danos Cerebrais Anatômicos e a data do aviso do sinistro, a indenização será paga aos herdeiros legais, conforme a lei.

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

11. DISPOSIÇÕES GERAIS

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

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

COBERTURA DE DIAGNÓSTICO DE PARALISIA DE MEMBROS (DPM)

1. OBJETIVO

1.1. Esta cobertura, desde que contratada, garante ao Segurado, após o período de carência, o pagamento de uma Indenização, em caso de Diagnóstico(s) de Paralisia de Membros, **exceto se decorrente de Riscos Excluídos, observados os demais termos desta cobertura , das Condições Gerais e as demais Disposições Contratuais.**

1.1.1. **Paralisia de Membros:** perda total e irreversível da função motora muscular e sensitiva do conjunto de dois ou mais membros (hemiplegia, paraplegia triplegia, tetraplegia), como resultado de acidente ou doença.

2. CARÊNCIA

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

3. FRANQUIA

3.1. O pagamento do Capital Segurado dessa Cobertura está condicionado ao cumprimento do período de franquia estabelecido contratualmente, que representa a sobrevivência do Segurado após a ocorrência do diagnóstico de uma doença coberta ou da realização de um procedimento médico coberto.

4. RISCOS EXCLUÍDOS

4.1. Além dos riscos expressamente excluídos na cláusula 5 das Condições Gerais, estão também excluídos desta cobertura , os eventos ocorridos em consequência, direta ou indireta de e/ou relacionados a:

a) Qualquer forma de paralisia temporária e/ou transitória.

b) A perda parcial das funções motoras e sensitivas (paresias).

5. CAPITAL SEGURADO

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

5.2. Para fins desta cobertura, considera-se como data do evento, para efeito de determinação do Capital Segurado, a data do diagnóstico comprovado da Paralisia de Membros.

6. INÍCIO DE VIGÊNCIA

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

7. CESSAÇÃO DE COBERTURA

7.1. Além das hipóteses previstas nos itens 13, 14 e 22 das Condições Gerais, a cobertura do risco cessa ainda:
7.1.1. 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.

8. PRÊMIO

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

9. ÂMBITO TERRITORIAL DE COBERTURA

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

10. PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO

10.1. Os elementos essenciais para aferição e decisão sobre a existência de Cobertura, referentes à presente Cobertura são:
(i) o aviso de sinistro totalmente preenchido e
(ii) a entrega dos documentos associados à Cobertura pleiteada, conforme abaixo:

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

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

- Relatório médico informando desde quando o segurado recebeu o primeiro diagnóstico das doenças registradas na Declaração/Certidão de Óbito, descrição da evolução clínica e data em que iniciou o tratamento;
- Cópia de todos os documentos médicos e exames realizados;
- Cópia da Ficha de Registro do empregado, quando se tratar de Apólice Coletiva, cujo Vínculo prévio seja empregatício.
- Cópia dos 3 (três) últimos comprovantes de salário, quando se tratar 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;
- Relatório médico informando a história clínica ou data do acidente, o tempo de evolução da doença ou sequelas do acidente, doenças e acidentes preexistentes e tratamento realizado;
- Exame de Imagem: Tomografia Computadorizada e/ou Ressonância Magnética;
- Exame de Eletroneuromiografia dos membros acometidos;
- Se a paralisia de movimentos de membros for decorrente de acidente, é necessária a inclusão de documentos do acidente, no mesmo formato da Cobertura de Diagnóstico de Perda de Membro;

10.3. Em caso de falecimento do Segurado entre o período do Diagnóstico de Paralisia de Membros e a data do aviso do sinistro, a indenização será paga ao(s) herdeiros legais, conforme a lei.

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

11. DISPOSIÇÕES GERAIS

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

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

COBERTURA DE DIAGNÓSTICO DE DOENÇA (OU MAL) DE PARKINSON – (DDP)

1. OBJETIVO

1.1. Esta cobertura, desde que contratada, garante ao Segurado, após o período de carência, o pagamento de uma Indenização, em caso de Diagnóstico(s) de Doença (ou Mal) de Parkinson, **exceto se decorrente de Riscos Excluídos, observados os demais termos desta cobertura , das Condições Gerais e as demais Disposições Contratuais.**

1.1.1. Doença (ou Mal) de Parkinson: doença degenerativa do sistema nervoso central, lenta e progressiva, caracterizada pela perda de neurônios em uma região específica do cérebro, que produz a diminuição de dopamina, alterando os movimentos chamados extrapiramidais (não voluntários).**A caracterização da cobertura se dará mediante diagnóstico feito** por médico.

2. CARÊNCIA

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

3. FRANQUIA

3.1. O pagamento do Capital Segurado dessa Cobertura está condicionado ao cumprimento do período de franquia estabelecido contratualmente, que representa a sobrevivência do Segurado após a ocorrência do diagnóstico de uma doença coberta ou da realização de um procedimento médico coberto..

4. RISCOS EXCLUÍDOS

4.1. Além dos riscos expressamente excluídos na cláusula 5 das Condições Gerais, estão também excluídos desta cobertura , os eventos ocorridos em consequência, direta ou indireta de e/ou relacionados a:

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

5. CAPITAL SEGURADO

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

5.2. Para fins desta cobertura, considera-se como data do evento, para efeito de determinação do Capital Segurado, a data do diagnóstico comprovado da doença grave.

5.3. Serão consideradas como mesmo evento, as patologias reincidentes e suas consequências e/ou aquelas consideradas agravos clínicos da doença primária, salvo Disposições Contratuais em contrário.

6. REINTEGRAÇÃO DO CAPITAL SEGURADO

6.1. O Capital Segurado relativo a esta cobertura não será reintegrado após ocorrência de cada Evento Coberto

7. INÍCIO DE VIGÊNCIA

7.1. 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.

8. CESSAÇÃO DE COBERTURA

8.1. Além das hipóteses previstas nos itens 13, 14 e 22 das Condições Gerais, a cobertura do risco cessa ainda:
8.1.1. 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.

9. PRÊMIO

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

10. ÂMBITO TERRITORIAL DE COBERTURA

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

11. PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO

11.1. Os **elementos essenciais para aferição e decisão sobre a existência de Cobertura, referentes à presente Cobertura são:**
(i) o aviso de sinistro totalmente preenchido e
(ii) a entrega dos documentos associados à Cobertura pleiteada, conforme abaixo:

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

- Aviso de sinistro preenchido e assinado (formulário padrão MetLife);
- Formulário "Autorização para Crédito de Indenização" (formulário padrão MetLife), devidamente preenchido e assinado pelo Segurado;
- Cópias do RG (cédula de identidade), CPF (Cadastro de Pessoas Físicas) e comprovante de residência do Segurado;
- Relatório médico informando desde quando o segurado recebeu o primeiro diagnóstico das doenças registradas na Declaração/Certidão de Óbito, descrição da evolução clínica e data em que iniciou o tratamento;
- Cópia de todos os documentos médicos e exames realizados;
- Cópia da Ficha de Registro do empregado, quando se tratar de Apólice Coletiva, cujo Vínculo prévio seja empregatício.
- Cópia dos 3 (três) últimos comprovantes de salário, quando se tratar 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;
- Laudo médico de Neurologista no Conselho Regional de Medicina
- Relatório médico informando a história clínica, o tempo de evolução da doença, doenças preexistentes e tratamento realizado;
- Poderão ser solicitados, a critério da seguradora, exames laboratoriais, eletroencefalográficos e de imagem para exclusão de outras doenças neurológicas de comportamento clínico semelhante;
- No caso de persistência da dúvida diagnóstica, poderá ser solicitado, também a critério da seguradora, análise do prontuário médico e/ou perícia médica.

11.3. Em caso de falecimento do Segurado entre o período do Diagnóstico de Doença (ou Mal) de Parkinson e a data do aviso do sinistro, a indenização será paga aos herdeiros legais, conforme a lei.

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

12. DISPOSIÇÕES GERAIS

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

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

COBERTURA DE INDICAÇÃO DE CIRURGIA DA AORTA – (ICA)

1. OBJETIVO

1.1. Esta cobertura, desde que contratada, garante ao Segurado, após o período de carência, o pagamento de uma Indenização, em caso de Diagnóstico(s) de Cirurgia da Aorta, **exceto se decorrente de Riscos Excluídos, observados os demais termos desta cobertura , das Condições Gerais e as demais Disposições Contratuais.**

1.1.1. Cirurgia da Aorta: cirurgia convencional que visa corrigir qualquer doença da artéria aorta por excisão de uma parte doente desta artéria e substituição por enxerto. Estará coberta exclusivamente a cirurgia da artéria aorta em sua porção torácica e abdominal, excluindo-se todos seus ramos. A cirurgia deve ser indicada por cirurgião cardíaco ou vascular, respaldado por exames complementares apropriados.

2. CARÊNCIA

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

3. FRANQUIA

3.1. O pagamento do Capital Segurado dessa Cobertura está condicionado ao cumprimento do período de franquia estabelecido contratualmente, que representa a sobrevivência do Segurado após a ocorrência do diagnóstico de uma doença coberta ou da realização de um procedimento médico coberto.

4. RISCOS EXCLUÍDOS

4.1. Além dos riscos expressamente excluídos na cláusula 5 das Condições Gerais, estão também excluídos desta cobertura , os eventos ocorridos em consequência, direta ou indireta de e/ou relacionados a: Tratamento endovascular de aneurisma da artéria aorta (endoprótese);
a) Cirurgias ou procedimentos em ramos da artéria aorta.

5. CAPITAL SEGURADO

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

5.2. Para fins desta cobertura, considera-se como data do evento, para efeito de determinação do Capital Segurado, a data do diagnóstico comprovado da doença grave.

6. INÍCIO DE VIGÊNCIA

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

7. CESSAÇÃO DE COBERTURA

7.1. Além das hipóteses previstas nos itens 13, 14 e 22 das Condições Gerais, a cobertura do risco cessa ainda:
7.1.1. 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.

8. PRÊMIO

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

9. ÂMBITO TERRITORIAL DE COBERTURA

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

10. PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO

10.1. Os elementos essenciais para aferição e decisão sobre a existência de Cobertura, referentes à presente Cobertura são:
(i) o aviso de sinistro totalmente preenchido e
(ii) a entrega dos documentos associados à Cobertura pleiteada, conforme abaixo:

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

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

- Formulário “Autorização para Crédito de Indenização” (formulário padrão MetLife) , devidamente preenchido e assinado pelo Segurado;
- Cópias do RG (cédula de identidade), CPF (Cadastro de Pessoas Físicas) e comprovante de residência do Segurado;
- Relatório médico informando desde quando o segurado recebeu o primeiro diagnóstico das doenças registradas na Declaração/Certidão de Óbito, descrição da evolução clínica e data em que iniciou o tratamento;
- Cópia de todos os documentos médicos e exames realizados;
- Cópia da Ficha de Registro do empregado, quando se tratar de Apólice Coletiva, cujo Vínculo prévio seja empregatício.
- Cópia dos 3 (três) últimos comprovantes de salário, quando se tratar 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;
- Relatório médico informando a história clínica, o tempo de evolução da doença, doenças preexistentes e tratamento realizado.
- Poderão ser solicitados, a critério da seguradora, exames de imagem que mostrem alteração da artéria aorta compatível com a indicação cirúrgica, como por exemplo, ultrassonografia do abdome, tomografia computadorizada (tórax ou abdome), ressonância magnética (tórax ou abdome).
- No caso de persistência da dúvida diagnóstica, poderá ser solicitado, também a critério da seguradora, análise do prontuário médico e/ou perícia médica.

10.3. Em caso de falecimento do Segurado entre o período da Indicação de Cirurgia da Aorta e a data do aviso do sinistro, a indenização será paga aos herdeiros legais, conforme a lei.

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

11. DISPOSIÇÕES GERAIS

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

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

COBERTURA DE DIAGNÓSTICO DE ENFISEMA PULMONAR (DEP)

1. OBJETIVO

1.1. Esta cobertura, desde que contratada, garante ao Segurado, após o período de carência, o pagamento de uma Indenização, em caso de Diagnóstico(s) de Enfisema Pulmonar, **exceto se decorrente de Riscos Excluídos, observados os demais termos desta cobertura , das Condições Gerais e as demais Disposições Contratuais.**

1.1.1. **Enfisema Pulmonar:** doença crônica caracterizada pela destruição parcial ou total do tecido pulmonar que se torna hiper insuflado. A caracterização da cobertura se dará mediante diagnóstico feito por pneumologista.

2. CARÊNCIA

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

3. FRANQUIA

3.1. O pagamento do Capital Segurado dessa Cobertura está condicionado ao cumprimento do período de franquia estabelecido contratualmente, que representa a sobrevivência do Segurado após a ocorrência do diagnóstico de uma doença coberta ou da realização de um procedimento médico coberto.

4. RISCOS EXCLUÍDOS

4.1. Além dos riscos expressamente excluídos na cláusula 5 das Condições Gerais, estão também excluídos desta cobertura , os eventos ocorridos em consequência, direta ou indireta de e/ou relacionados a:
a) asma e/ou bronquite, quando não dependentes de oxigênio contínuo.

5. CAPITAL SEGURADO

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

5.2.Para fins desta cobertura, considera-se como data do evento, para efeito de determinação do Capital Segurado, a data do diagnóstico comprovado da Enfisema Pulmonar.

6. INÍCIO DE VIGÊNCIA

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

7. CESSAÇÃO DE COBERTURA

7.1. Além das hipóteses previstas nos itens 13, 14 e 22 das Condições Gerais, a cobertura do risco cessa ainda:
7.1.1. 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.

8. PRÊMIO

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

9. ÂMBITO TERRITORIAL DE COBERTURA

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

10. PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO

10.1. Os elementos essenciais para aferição e decisão sobre a existência de Cobertura, referentes à presente Cobertura são:
(i) o aviso de sinistro totalmente preenchido e
(ii) a entrega dos documentos associados à Cobertura pleiteada, conforme abaixo:

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

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

- Relatório médico informando desde quando o segurado recebeu o primeiro diagnóstico das doenças registradas na Declaração/Certidão de Óbito, descrição da evolução clínica e data em que iniciou o tratamento;
- Cópia de todos os documentos médicos e exames realizados;
- Cópia da Ficha de Registro do empregado, quando se tratar de Apólice Coletiva, cujo Vínculo prévio seja empregatício.
- Cópia dos 3 (três) últimos comprovantes de salário, quando se tratar 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;
- Resultado da Prova de Função Pulmonar e Tomografia Computadorizada de Tórax.

10.3. Em caso de falecimento do Segurado entre o período do Diagnóstico de Enfisema Pulmonar e a data do aviso do sinistro, a indenização será paga aos herdeiros legais.

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

11. DISPOSIÇÕES GERAIS

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

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

COBERTURA DE DIAGNÓSTICO DE TUMOR CEREBRAL BENIGNO (DTCB)

1. OBJETIVO

1.1. Esta cobertura, desde que contratada, garante ao Segurado, após o período de Carência, o pagamento de uma Indenização, em caso de Diagnóstico(s) de Tumor Cerebral Benigno, exceto se decorrente de Riscos Excluídos, observados os demais termos desta cobertura , das Condições Gerais e as demais Disposições Contratuais.

1.1.1. Tumor Cerebral Benigno: é o tumor benigno no cérebro que provoca sequelas neurológicas permanentes. A cobertura se restringe aos tumores cerebrais benignos acompanhados obrigatoriamente de hidrocefalia.

2. CARÊNCIA

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

3. FRANQUIA

3.1. O pagamento do Capital Segurado dessa Cobertura está condicionado ao cumprimento do período de franquia estabelecido contratualmente, que representa a sobrevivência do Segurado após a ocorrência do diagnóstico de uma doença coberta ou da realização de um procedimento médico coberto.

4. RISCOS EXCLUÍDOS

4.1. Além dos riscos expressamente excluídos na cláusula 5 das Condições Gerais, estão também excluídos desta cobertura , os eventos ocorridos em consequência, direta ou indireta de e/ou relacionados a:
Tumores da glândula hipófise e pineal;
a) Tumor cerebral ainda não definido quanto ao grau de malignidade;
b) Tumor cerebral secundário a outras neoplasias (metástases de neoplasia).

5. CAPITAL SEGURADO

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

5.2. Para fins desta cobertura, considera-se como data do evento, para efeito de determinação do Capital Segurado, a data do diagnóstico comprovado da doença grave.

6. INÍCIO DE VIGÊNCIA

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

7. CESSAÇÃO DE COBERTURA

7.1. Além das hipóteses previstas nos itens 13, 14 e 22 das Condições Gerais, a cobertura do risco cessa ainda:
7.2. 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.

8. PRÊMIO

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

9. ÂMBITO TERRITORIAL DE COBERTURA

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

10. PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO

10.1. Os elementos essenciais para aferição e decisão sobre a existência de Cobertura, referentes à presente Cobertura são:
(i) o aviso de sinistro totalmente preenchido e
(ii) a entrega dos documentos associados à Cobertura pleiteada, conforme abaixo:

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

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

- Cópias do RG (cédula de identidade), CPF (Cadastro de Pessoas Físicas) e comprovante de residência do Segurado;
- Relatório médico informando desde quando o segurado recebeu o primeiro diagnóstico das doenças registradas na Declaração/Certidão de Óbito, descrição da evolução clínica e data em que iniciou o tratamento;
- Cópia de todos os documentos médicos e exames realizados;
- Cópia da Ficha de Registro do empregado, quando se tratar de Apólice Coletiva, cujo Vínculo prévio seja empregatício.
- Cópia dos 3 (três) últimos comprovantes de salário, quando se tratar 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;
- Resultado da Tomografia Computadorizada de Crânio e exame Anatomo- patológico;
- Relatório médico informando a história clínica, o tempo de evolução da doença, doenças preexistentes e tratamento realizado;
- No caso de persistência da dúvida diagnóstica, poderá ser solicitado, também a critério da seguradora, análise do prontuário médico e/ou perícia médica.

10.3. Em caso de falecimento do Segurado entre o período do Diagnóstico de Tumor Cerebral Benigno e a data do aviso do sinistro, a indenização será paga aos herdeiros legais.

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

11. DISPOSIÇÕES GERAIS

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

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

COBERTURA DE DIAGNÓSTICO DE CEGUEIRA – (DCG)

1. OBJETIVO

1.1. Esta cobertura, desde que contratada, garante ao Segurado, após o período de Carência, o pagamento de uma Indenização, em caso de Diagnóstico(s) de Cegueira, **exceto se decorrente de Riscos Excluídos, observados os demais termos desta cobertura , das Condições Gerais e as demais Disposições Contratuais.**

1.1.1. Cegueira: ocorrência de cegueira legal decorrente de acidente ou doença. Considera-se como cegueira legal para esta cobertura a acuidade visual igual ou inferior a 20/200 no melhor olho com a melhor correção, e/ou campo visual igual ou inferior a 20 graus no melhor olho.

2. CARÊNCIA

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

3. FRANQUIA

3.1. O pagamento do Capital Segurado dessa Cobertura está condicionado ao cumprimento do período de franquia estabelecido contratualmente, que representa a sobrevivência do Segurado após a ocorrência do diagnóstico de uma doença coberta ou da realização de um procedimento médico coberto.

4. RISCOS EXCLUÍDOS

4.1. Além dos riscos expressamente excluídos na cláusula 5 das Condições Gerais, estão também excluídos desta cobertura , os eventos ocorridos em consequência, direta ou indireta de e/ou relacionados a:
a) Doenças oftalmológicas ou neurológicas, agudas ou crônicas, preexistentes à contratação do seguro e que acarretem redução progressiva da acuidade visual.

5. CAPITAL SEGURADO

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

5.2. Para fins desta cobertura, considera-se como data do evento, para efeito de determinação do Capital Segurado, a data do diagnóstico comprovado da doença grave.

6. REINTEGRAÇÃO DO CAPITAL SEGURADO

6.1. O Capital Segurado relativo a esta cobertura não será reintegrado após ocorrência de cada Evento Coberto

7. INÍCIO DE VIGÊNCIA

7.1. 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.

8. CESSAÇÃO DE COBERTURA

8.1. Além das hipóteses previstas nos itens 13, 14 e 22 das Condições Gerais, a cobertura do risco cessa ainda:
8.1.1. 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;

9. PRÊMIO

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

10. ÂMBITO TERRITORIAL DE COBERTURA

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

11. PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO

11.1. Os elementos essenciais para aferição e decisão sobre a existência de Cobertura, referentes à presente Cobertura são:
(i) o aviso de sinistro totalmente preenchido e
(ii) a entrega dos documentos associados à Cobertura pleiteada, conforme abaixo:

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

- Aviso de sinistro preenchido e assinado (formulário padrão MetLife);
- Formulário “Autorização para Crédito de Indenização” (formulário padrão MetLife), devidamente preenchido e assinado pelo Segurado;
- Cópias do RG (cédula de identidade), CPF (Cadastro de Pessoas Físicas) e comprovante de residência do Segurado;
- Relatório médico informando desde quando o segurado recebeu o primeiro diagnóstico das doenças registradas na Declaração/Certidão de Óbito, descrição da evolução clínica e data em que iniciou o tratamento;
- Cópia de todos os documentos médicos e exames realizados;
- Cópia da Ficha de Registro do empregado, quando se tratar de Apólice Coletiva, cujo Vínculo prévio seja empregatício.
- Cópia dos 3 (três) últimos comprovantes de salário, quando se tratar 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;
- Resultado da Tomografia Computadorizada de Crânio e exame Anatomo- patológico;
- Relatório do médico Oftalmologista informando a história clínica, o tempo de evolução da doença, doenças preexistentes, a acuidade visual com a melhor correção e o tratamento realizado;
- Exame de Campimetria Computadorizada;
- Poderão ser solicitados, a critério da seguradora, exames complementares que comprovem o diagnóstico;
- No caso de persistência da dúvida diagnóstica, poderá ser solicitado, também a critério da seguradora, análise do prontuário médico e/ou perícia médica.

11.3. Em caso de falecimento do Segurado entre o período do Diagnóstico de Cegueira e a data do aviso do sinistro, a indenização será paga aos herdeiros legais.

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

12. DISPOSIÇÕES GERAIS

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

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

COBERTURA DE DIAGNÓSTICO DE SURDEZ (DS)

1. OBJETIVO

1.1. Esta cobertura, desde que contratada, garante ao Segurado, após o período de Carência, o pagamento de uma Indenização, em caso de Diagnóstico(s) de Surdez, **exceto se decorrente de Riscos Excluídos, observados os demais termos desta cobertura , das Condições Gerais e as demais Disposições Contratuais.**

1.1.1 Surdez: perda total e irreversível da audição em ambos os ouvidos.

2. CARÊNCIA

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

3. FRANQUIA

3.1. O pagamento do Capital Segurado dessa Cobertura está condicionado ao cumprimento do período de franquia estabelecido contratualmente, que representa a sobrevivência do Segurado após a ocorrência do diagnóstico de uma doença coberta ou da realização de um procedimento médico coberto.

4. RISCOS EXCLUÍDOS

4.1.Além dos riscos expressamente excluídos na cláusula 5 das Condições Gerais, estão também excluídos desta cobertura , os eventos ocorridos em consequência, direta ou indireta de e/ou relacionados a:

a) Surdez decorrente de Perda Auditiva Induzida por Ruído Ocupacional (PAIRO)
b) Doenças otorrinolaringológicas ou neurológicas, agudas ou crônicas, preexistentes à contratação do seguro e que acarretem redução progressiva da audição.

5. CAPITAL SEGURADO

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

5.2. Para fins desta cobertura, considera-se como data do evento, para efeito de determinação do Capital Segurado, a data do diagnóstico comprovado da doença grave.

6. REINTEGRAÇÃO DO CAPITAL SEGURADO

6.1. O Capital Segurado relativo a esta cobertura não será reintegrado após ocorrência de cada Evento Coberto

7. INÍCIO DE VIGÊNCIA

7.1. 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.

8. CESSAÇÃO DE COBERTURA

8.1. Além das hipóteses previstas nos itens 13, 14 e 22 das Condições Gerais, a cobertura do risco cessa ainda:
8.1.1. 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.

9. PRÊMIO

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

10. ÂMBITO TERRITORIAL DE COBERTURA

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

11. PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO

11.1. Os elementos essenciais para aferição e decisão sobre a existência de Cobertura, referentes à presente Cobertura são:
(i) o aviso de sinistro totalmente preenchido e
(ii) a entrega dos documentos associados à Cobertura pleiteada, conforme abaixo:

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

- Aviso de sinistro preenchido e assinado (formulário padrão MetLife);
- Formulário “Autorização para Crédito de Indenização” (formulário padrão MetLife) , devidamente preenchido e assinado pelo Segurado;
- Cópias do RG (cédula de identidade), CPF (Cadastro de Pessoas Físicas) e comprovante de residência do Segurado;
- Relatório médico informando desde quando o segurado recebeu o primeiro diagnóstico das doenças registradas na Declaração/Certidão de Óbito, descrição da evolução clínica e data em que iniciou o tratamento;
- Cópia de todos os documentos médicos e exames realizados;
- Cópia da Ficha de Registro do empregado, quando se tratar de Apólice Coletiva, cujo Vínculo prévio seja empregatício.
- Cópia dos 3 (três) últimos comprovantes de salário, quando se tratar 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;
- Relatório do médico Otorrinolaringologista ou Neurologista informando a história clínica, o tempo de evolução da doença, doenças preexistentes, a acuidade auditiva e o tratamento realizado;
- Poderão ser solicitados, a critério da seguradora, exames complementares que comprovem o diagnóstico: audiogramas, audiometria de tronco cerebral (BERA), impendanciometria e otoemissões acústicas (OEA);

11.3. Em caso de falecimento do Segurado entre o período do Diagnóstico de Surdez e a data do aviso do sinistro, a indenização será paga aos herdeiros legais.

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

12. DISPOSIÇÕES GERAIS

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

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

COBERTURA DE DIAGNÓSTICO DE PERDA DE MEMBROS – (DPRM)

1. OBJETIVO

1.1. Esta cobertura, desde que contratada, garante ao Segurado, após o período de Carência, o pagamento de uma Indenização, em caso de Diagnóstico(s) de Perda de Membros, **exceto se decorrente de Riscos Excluídos, observados os demais termos desta cobertura , das Condições Gerais e as demais Disposições Contratuais.**

1.1.1. Perda de Membros: amputação de dois ou mais membros provocada por acidente ou doença. Será considerada coberta exclusivamente a amputação ocorrida acima do joelho (membros inferiores) ou acima do cotovelo (membros superiores).

2. CARÊNCIA

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

3. FRANQUIA

3.1. O pagamento do Capital Segurado dessa Cobertura está condicionado ao cumprimento do período de franquia estabelecido contratualmente, que representa a sobrevivência do Segurado após a ocorrência do diagnóstico de uma doença coberta ou da realização de um procedimento médico coberto.

4. RISCOS EXCLUÍDOS

4.1.Aplicam-se os riscos excluídos do item 5 destas Condições Gerais.

5. CAPITAL SEGURADO

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

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

5.3. Para casos decorrentes de doença: a data do diagnóstico da amputação;

5.4. Para casos decorrentes de acidente: a data do acidente.

6. INÍCIO DE VIGÊNCIA

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

7. CESSAÇÃO DE COBERTURA

7.1. Além das hipóteses previstas nos itens 13, 14 e 22 das Condições Gerais, a cobertura do risco cessa ainda:

7.1.1 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.

8. PRÊMIO

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

9. ÂMBITO TERRITORIAL DE COBERTURA

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

10. PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO

10.1. Os elementos essenciais para aferição e decisão sobre a existência de Cobertura, referentes à presente Cobertura são:
(i) o aviso de sinistro totalmente preenchido e
(ii) a entrega dos documentos associados à Cobertura pleiteada, conforme abaixo:

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

- Aviso de sinistro preenchido e assinado (formulário padrão MetLife);
- Formulário “Autorização para Crédito de Indenização” (formulário padrão MetLife), devidamente preenchido e assinado pelo Segurado;
- Cópias do RG (cédula de identidade), CPF (Cadastro de Pessoas Físicas) e comprovante de residência do Segurado;
- Relatório médico informando desde quando o segurado recebeu o primeiro diagnóstico das doenças registradas na

Declaração/Certidão de Óbito, descrição da evolução clínica e data em que iniciou o tratamento;
- Cópia de todos os documentos médicos e exames realizados;
- Cópia da Ficha de Registro do empregado, quando se tratar de Apólice Coletiva, cujo Vínculo prévio seja empregatício.
- Cópia dos 3 (três) últimos comprovantes de salário, quando se tratar 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;
- Resultado de exame de raio-x do membro afetado;
- Relatório com indicação médica da amputação;
- cópia do BO (Boletim de Ocorrência Policial) e/ou CAT (Comunicação de Acidente do Trabalho), se Acidente de Trabalho;
- 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);
- Radiografia do membro afetado;
- No caso de persistência da dúvida diagnóstica ou da necessidade de esclarecimento complementar, poderá ser solicitado, a critério da seguradora, análise do prontuário médico e/ou perícia médica.

10.3. Em caso de falecimento do Segurado entre o período do Diagnóstico de Perda de Membros e a data do aviso do sinistro, a indenização será paga aos herdeiros legais.

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

11. DISPOSIÇÕES GERAIS

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

1. OBJETIVO

1.1. Esta cobertura, desde que contratada, garante ao Segurado, após o período de Carência, o pagamento de uma Indenização, em caso de Diagnóstico(s) de Perda de Fala, **exceto se decorrente de Riscos Excluídos, observados os demais termos desta cobertura , das Condições Gerais e as demais Disposições Contratuais.**

1.1.1 **Perda da fala:** perda total e irreversível da capacidade de falar decorrente de acidente ou doença**.**

2. CARÊNCIA

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

3. FRANQUIA

3.1. O pagamento do Capital Segurado dessa Cobertura está condicionado ao cumprimento do período de franquia estabelecido contratualmente, que representa a sobrevivência do Segurado após a ocorrência do diagnóstico de uma doença coberta ou da realização de um procedimento médico coberto.

4. RISCOS EXCLUÍDOS

4.1.Além dos riscos expressamente excluídos na cláusula 5 das Condições Gerais, estão também excluídos desta cobertura , os eventos ocorridos em consequência, direta ou indireta de e/ou relacionados a:
a) Mudança de tom, na produção e na qualidade da voz (disfonia, rouquidão)
b) Perdas temporárias da voz decorrente de acidente ou doença.

5. CAPITAL SEGURADO

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

5.2. Para fins desta cobertura, considera-se como data do evento, para efeito de determinação do Capital Segurado, a data do diagnóstico de perda de fala.

6. REINTEGRAÇÃO DO CAPITAL SEGURADO

6.1. O Capital Segurado relativo a esta cobertura não será reintegrado após ocorrência de cada Evento Coberto.

7. INÍCIO DE VIGÊNCIA

7.1. 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.

8. CESSAÇÃO DE COBERTURA

8.1. Além das hipóteses previstas nos itens 13, 14 e 22 das Condições Gerais, a cobertura do risco cessa ainda:

8.1.1. 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.

9. PRÊMIO

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

10. ÂMBITO TERRITORIAL DE COBERTURA

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

11. PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO

11.1. Os elementos essenciais para aferição e decisão sobre a existência de Cobertura, referentes à presente Cobertura são:
(iii) o aviso de sinistro totalmente preenchido e
(iv) a entrega dos documentos associados à Cobertura pleiteada, conforme abaixo:

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

- Aviso de sinistro preenchido e assinado (formulário padrão MetLife)
- Formulário “Autorização para Crédito de Indenização” (formulário padrão MetLife), devidamente preenchido e assinado pelo Segurado;
- Cópias do RG (cédula de identidade), CPF (Cadastro de Pessoas Físicas) e comprovante de residência do Segurado;
- Relatório médico informando desde quando o segurado recebeu o primeiro diagnóstico das doenças registradas na Declaração/Certidão de Óbito, descrição da evolução clínica e data em que iniciou o tratamento;
- Cópia de todos os documentos médicos e exames realizados; cópia da Ficha de Registro do empregado, quando se tratar de Apólice Coletiva, cujo Vínculo prévio seja empregatício.
- Cópia dos 3 (três) últimos comprovantes de salário, quando se tratar 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;
- Cópia do BO (Boletim de Ocorrência Policial) e/ou CAT (Comunicação de Acidente do Trabalho), se Acidente de Trabalho;
- 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;
- Resultados de exames realizados;
- Relatório do médico Otorrinolaringologista ou Neurologista informando a história clínica, o tempo de evolução da doença, doenças preexistentes e tratamento realizado;
- Poderão ser solicitados, a critério da seguradora, exames complementares que comprovem o diagnóstico: Laringoscopia, Tomografia ou Ressonância de Crânio;
- No caso de persistência da dúvida diagnóstica, poderá ser solicitado, também a critério da seguradora, análise do prontuário médico e/ou perícia médica.

11.3. Em caso de falecimento do Segurado entre o período do Diagnóstico de Perda de Fala e a data do aviso do sinistro, a indenização será paga aos herdeiros legais.

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

12. DISPOSIÇÕES GERAIS

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

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

COBERTURA DE DIAGNÓSTICO DE DOENÇA DO NEURÔNIO MOTOR (DDNM)

1. OBJETIVO

1.1. Esta cobertura, desde que contratada, garante ao Segurado, após o período de Carência, o pagamento de uma Indenização, em caso de Diagnóstico(s) de Doença do Neurônio Motor, **exceto se decorrente de Riscos Excluídos, observados os demais termos desta cobertura , das Condições Gerais e as demais Disposições Contratuais.**

1.1.1. Doença do Neurônio Motor: doença caracterizada por defeito na unidade motora do neurônio que afete ou os músculos ou nervos provocando sequelas neurológicas definitivas. A caracterização da cobertura se dará mediante diagnóstico feito por neurologista.

2. CARÊNCIA

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

3. FRANQUIA

3.1. O pagamento do Capital Segurado dessa Cobertura está condicionado ao cumprimento do período de franquia estabelecido contratualmente, que representa a sobrevivência do Segurado após a ocorrência do diagnóstico de uma doença coberta ou da realização de um procedimento médico coberto.

4. RISCOS EXCLUÍDOS

4.1. Aplicam-se os riscos excluídos do item 5 das Condições Gerais.

5. CAPITAL SEGURADO

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

5.2. Para fins desta cobertura, considera-se como data do evento, para efeito de determinação do Capital Segurado, a data do diagnóstico comprovado do Diagnóstico de Doença do Neurônio Motor.

6. INÍCIO DE VIGÊNCIA

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

7. CESSAÇÃO DE COBERTURA

7.1. Além das hipóteses previstas nos itens 13, 14 e 22 das Condições Gerais, a cobertura do risco cessa ainda:

7.1.1. 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.

8. PRÊMIO

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

9. ÂMBITO TERRITORIAL DE COBERTURA

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

10. PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO

10.1. Os elementos essenciais para aferição e decisão sobre a existência de Cobertura, referentes à presente Cobertura são:
(v) o aviso de sinistro totalmente preenchido e
(vi) a entrega dos documentos associados à Cobertura pleiteada, conforme abaixo:

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

- Aviso de sinistro preenchido e assinado (formulário padrão MetLife);
- Formulário “Autorização para Crédito de Indenização” (formulário padrão MetLife), devidamente preenchido e assinado pelo Segurado;
- Cópias do RG (cédula de identidade), CPF (Cadastro de Pessoas Físicas) e comprovante de residência do Segurado;
- Relatório médico informando desde quando o segurado recebeu o primeiro diagnóstico das doenças registradas na

Declaração/Certidão de Óbito, descrição da evolução clínica e data em que iniciou o tratamento;

- Cópia de todos os documentos médicos e exames realizados;
- Cópia da Ficha de Registro do empregado, quando se tratar de Apólice Coletiva, cujo Vínculo prévio seja empregatício.
- Cópia dos 3 (três) últimos comprovantes de salário, quando se tratar 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;
- Laudo médico atestado por dois Neurologistas e resultado de eletroneuromiografia dos quatros membros;

10.3. Em caso de falecimento do Segurado entre o período do Diagnóstico de Doença do Neurônio Motor e a data do aviso do sinistro, a indenização será paga aos herdeiros legais.

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

11. DISPOSIÇÕES GERAIS

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

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

COBERTURA DE DIAGNÓSTICO DE GRANDE QUEIMADO (GQ)

1. OBJETIVO

1.1. Esta cobertura, desde que contratada, garante ao Segurado, após o período de Carência, o pagamento de uma Indenização, em caso de Diagnóstico(s) de Grande Queimado, **exceto se decorrente de Riscos Excluídos, observados os demais termos desta cobertura , das Condições Gerais e as demais Disposições Contratuais.**

1.1.1. Queimado Grave: queimaduras de segundo grau que atingem 20% (vinte por cento) da superfície corporal, queimaduras de terceiro grau que atingem mais de 10% (dez por cento) da superfície corporal, queimaduras de segundo ou terceiro grau que atingem o períneo, queimaduras de terceiro grau que atingem mão ou pé ou face ou axila e queimaduras por corrente elétrica

2. CARÊNCIA

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

3. FRANQUIA

3.1. O pagamento do Capital Segurado dessa Cobertura está condicionado ao cumprimento do período de franquia estabelecido contratualmente, que representa a sobrevivência do Segurado após a ocorrência do diagnóstico de uma doença coberta ou da realização de um procedimento médico coberto.

4. RISCOS EXCLUÍDOS

4.1. Além dos riscos expressamente excluídos na cláusula 5 das Condições Gerais, estão também excluídos desta cobertura , os eventos ocorridos em consequência, direta ou indireta de e/ou relacionados a:

a) Queimaduras decorrentes de auto-agressão.

5. CAPITAL SEGURADO

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

5.2. Para fins desta cobertura, considera-se como data do evento, para efeito de determinação do Capital Segurado, a data do diagnóstico de queimadura de terceiro grau.

6. INÍCIO DE VIGÊNCIA

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

7. CESSAÇÃO DE COBERTURA

7.1. Além das hipóteses previstas nos itens 13, 14 e 22 das Condições Gerais, a cobertura do risco cessa ainda:

7.1.1. 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.

8. PRÊMIO

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

9. ÂMBITO TERRITORIAL DE COBERTURA

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

10. PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO

10.1. Os elementos essenciais para aferição e decisão sobre a existência de Cobertura, referentes à presente Cobertura são:
(i) o aviso de sinistro totalmente preenchido e
(ii) a entrega dos documentos associados à Cobertura pleiteada, conforme abaixo:

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

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

- Cópias do RG (cédula de identidade), CPF (Cadastro de Pessoas Físicas) e comprovante de residência do Segurado;
- Cópia de todos os documentos médicos e exames realizados;
- Cópia da Ficha de Registro do empregado, quando se tratar de Apólice Coletiva, cujo Vínculo prévio seja empregatício.
- Cópia dos 3 (três) últimos comprovantes de salário, quando se tratar 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;
- Cópia do BO (Boletim de Ocorrência Policial) e/ou CAT (Comunicação de Acidente do Trabalho), se Acidente de Trabalho;
- 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;
- Resultados de exames realizados;
- Relatório médico informando a história do acidente, a superfície corporal atingida, a profundidade das queimaduras e o tratamento realizado;
- Comprovação de atendimento hospitalar devido à queimadura.
- Para Queimadura de terceiro grau: laudo médico de Cirurgião Plástico;

10.3. Em caso de falecimento do Segurado entre o período do Diagnóstico de Grande Queimado e a data do aviso do sinistro, a indenização será paga aos herdeiro(s) legal(is).

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

11. DISPOSIÇÕES GERAIS

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

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

COBERTURA DE INDICAÇÃO DE ANGIOPLASTIA CORONÁRIA (UMA OU MAIS ARTÉRIAS) – (IAC1)

1. OBJETIVO

1.1. Esta cobertura, desde que contratada, garante ao Segurado, após o período de Carência, o pagamento de uma Indenização, em caso de Indicação de Angioplastia Coronária (uma ou mais artérias), **exceto se decorrente de Riscos Excluídos, observados os demais termos desta cobertura , das Condições Gerais e as demais Disposições Contratuais.**

1.1.1. Angioplastia Coronária: procedimento cirúrgico realizado para corrigir o estreitamento ou obstrução de uma ou mais artérias coronárias utilizando um cateter específico chamado balão de angioplastia.

2. CARÊNCIA

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

3. FRANQUIA

3.1. O pagamento do Capital Segurado dessa Cobertura está condicionado ao cumprimento do período de franquia estabelecido contratualmente, que representa a sobrevivência do Segurado após a ocorrência do diagnóstico de uma doença coberta ou da realização de um procedimento médico coberto.

4. RISCOS EXCLUÍDOS

4.1. Além dos riscos expressamente excluídos na cláusula 5 das Condições Gerais, estão também excluídos desta cobertura , os eventos ocorridos em consequência, direta ou indireta de e/ou relacionados a:Angioplastia de estreitamentos inferiores a 50% (cinquenta por cento) do diâmetro interno da artéria coronária.

5. CAPITAL SEGURADO

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

5.2. Para fins desta cobertura, considera-se como data do evento, para efeito de determinação do Capital Segurado, a data do diagnóstico da cirurgia.

6. INÍCIO DE VIGÊNCIA

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

7. CESSAÇÃO DE COBERTURA

7.1. Além das hipóteses previstas nos itens 13, 14 e 22 das Condições Gerais, a cobertura do risco cessa ainda:

7.1.1. 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.

8. PRÊMIO

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

9. ÂMBITO TERRITORIAL DE COBERTURA

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

10. PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO

10.1. Os elementos essenciais para aferição e decisão sobre a existência de Cobertura, referentes à presente Cobertura são:
(i) o aviso de sinistro totalmente preenchido e
(ii) a entrega dos documentos associados à Cobertura pleiteada, conforme abaixo:

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

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

- Formulário “Autorização para Crédito de Indenização” (formulário padrão MetLife), devidamente preenchido e assinado pelo Segurado;
- Cópias do RG (cédula de identidade), CPF (Cadastro de Pessoas Físicas) e comprovante de residência do Segurado;
- Relatório médico informando desde quando o segurado recebeu o primeiro diagnóstico das doenças registradas na Declaração/Certidão de Óbito, descrição da evolução clínica e data em que iniciou o tratamento;
- Cópia de todos os documentos médicos e exames realizados;
- Cópia da Ficha de Registro do empregado, quando se tratar de Apólice Coletiva, cujo Vínculo prévio seja empregatício.
- Cópia dos 3 (três) últimos comprovantes de salário, quando se tratar 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;
- Laudo do exame de Angiografia Coronária;
- Relatório médico informando a história clínica, o tempo de evolução da doença, doenças preexistentes e o tratamento realizado.
- Poderão ser solicitados, a critério da seguradora, exames laboratoriais, eletrocardiográficos e de imagem que mostrem alteração compatível com a insuficiência coronariana realizados antes da Angiografia Coronária,
- No caso de persistência da dúvida diagnóstica, poderá ser solicitado, também a critério da seguradora, análise do prontuário médico e/ou perícia médica.

10.3. Em caso de falecimento do Segurado entre o período de Indicação de Angioplastia Coronária (uma ou mais artérias) e a data do aviso do sinistro, a indenização será paga aos herdeiros legais.

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

11. DISPOSIÇÕES GERAIS

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

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

COBERTURA PARA CIRURGIA DE RETIRADA DO APÊNDICE (CRA)

1. OBJETIVO

1.1. Esta cobertura, desde que contratada, garante ao Segurado, mediante o pagamento do prêmio e após o período de Carência, o pagamento de uma Indenização, em caso de Cirurgia de retirada de Apêndice em caráter emergencial, **exceto se decorrente de Riscos Excluídos, observados os demais termos desta cobertura, das Condições Gerais e as demais Disposições Contratuais.**

1.1.1. Cirurgia de retirada do Apêndice (Apendicectomia): Procedimento cirúrgico convencional ou laparoscópico realizado para retirada do apêndice cecal do intestino**.**

2. CARÊNCIA

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

3. FRANQUIA

3.1. O pagamento do Capital Segurado dessa Cobertura está condicionado ao cumprimento do período de franquia estabelecido contratualmente, que representa a sobrevivência do Segurado após a ocorrência do diagnóstico de uma doença coberta ou da realização de um procedimento médico coberto.

4. RISCOS EXCLUÍDOS

4.1. Aplicam-se os riscos excluídos do item 5 destas Condições Gerais.

5. CAPITAL SEGURADO

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

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

6. REINTEGRAÇÃO DO CAPITAL SEGURADO

6.1. O Capital Segurado relativo a esta cobertura não será reintegrado após ocorrência de cada Evento Coberto.

7. INÍCIO DE VIGÊNCIA

7.1. 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.

8. CESSAÇÃO DE COBERTURA

8.1. Além das hipóteses previstas nos itens 13, 14 e 22 das Condições Gerais, a cobertura do risco cessa ainda:

8.1.1. 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.

9. PRÊMIO

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

10. ÂMBITO TERRITORIAL DE COBERTURA

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

11. PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO

11.1. Os elementos essenciais para aferição e decisão sobre a existência de Cobertura, referentes à presente Cobertura são:
(i) o aviso de sinistro totalmente preenchido e
(ii) a entrega dos documentos associados à Cobertura pleiteada, conforme abaixo:

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

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

- Formulário “Autorização para Crédito de Indenização” (formulário padrão MetLife), devidamente preenchido e assinado pelo Segurado;
- Cópias do RG (cédula de identidade), CPF (Cadastro de Pessoas Físicas) e comprovante de residência do Segurado;
- Relatório médico informando desde quando o segurado recebeu o primeiro diagnóstico das doenças registradas na Declaração/Certidão de Óbito, descrição da evolução clínica e data em que iniciou o tratamento;
- Cópia de todos os documentos médicos e exames realizados;
- Cópia da Ficha de Registro do empregado, quando se tratar de Apólice Coletiva, cujo Vínculo prévio seja empregatício.
- Cópia dos 3 (três) últimos comprovantes de salário, quando se tratar 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;
- Relatório médico informando a história clínica, o tempo de evolução da doença e o tratamento realizado;
- Exame Anátomo-patológico do apêndice cecal;
- Na ausência do exame Anátomo-patológico, poderão ser solicitados, a critério da seguradora, exames laboratoriais e de imagem que comprovem o diagnóstico.

11.3. Em caso de falecimento do Segurado entre o período de Cirurgia de Retirada do Apêndice e a data do aviso do sinistro, a indenização será paga aos herdeiros legais.

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

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 PARA CIRURGIA DE RETIRADA DA VESÍCULA BILIAR (CRVB)

1. OBJETIVO

1.1. Esta cobertura, desde que contratada, garante ao Segurado, mediante o pagamento do prêmio e após o período de Carência, o pagamento de uma Indenização, em caso de Cirurgia de retirada da Vesícula Biliar em caráter emergencial, **exceto se decorrente de Riscos Excluídos, observados os demais termos desta cobertura, das Condições Gerais e as demais Disposições Contratuais.**

1.1.1. Cirurgia de retirada da Vesícula Biliar (Colecistectomia): Procedimento cirúrgico convencional ou laparoscópico para retirada da vesícula biliar, decorrente de doença aguda ou crônica.

2. CARÊNCIA

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

3. FRANQUIA

3.1. O pagamento do Capital Segurado dessa Cobertura está condicionado ao cumprimento do período de franquia estabelecido contratualmente, que representa a sobrevivência do Segurado após a ocorrência do diagnóstico de uma doença coberta ou da realização de um procedimento médico coberto.

4. RISCOS EXCLUÍDOS

4.1. Além dos riscos expressamente excluídos na cláusula 5 das Condições Gerais, estão também excluídos desta cobertura , os eventos ocorridos em consequência, direta ou indireta de e/ou relacionados a:

a) a retirada da vesícula for decorrente de acidente.

5. CAPITAL SEGURADO

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

5.2. Para fins desta cobertura, considera-se como data do evento, para efeito de determinação do Capital Segurado, a data do diagnóstico da cirurgia.

6. REINTEGRAÇÃO DO CAPITAL SEGURADO

6.1. O Capital Segurado relativo a esta cobertura não será reintegrado após ocorrência de cada Evento Coberto.

7. INÍCIO DE VIGÊNCIA

7.1. 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.

8. CESSAÇÃO DE COBERTURA

8.1. Além das hipóteses previstas nos itens 13, 14 e 22 das Condições Gerais, a cobertura do risco cessa ainda:

8.1.1. 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.

9. PRÊMIO

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

10. ÂMBITO TERRITORIAL DE COBERTURA

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

11. PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO

11.1. Os elementos essenciais para aferição e decisão sobre a existência de Cobertura, referentes à presente Cobertura são:
(i) o aviso de sinistro totalmente preenchido e
(ii) a entrega dos documentos associados à Cobertura pleiteada, conforme abaixo:

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

- Aviso de sinistro preenchido e assinado (formulário padrão MetLife);
- Formulário “Autorização para Crédito de Indenização” (formulário padrão MetLife), devidamente preenchido e assinado pelo Segurado;
- Cópias do RG (cédula de identidade), CPF (Cadastro de Pessoas Físicas) e comprovante de residência do Segurado;
- Relatório médico informando desde quando o segurado recebeu o primeiro diagnóstico das doenças registradas na Declaração/Certidão de Óbito, descrição da evolução clínica e data em que iniciou o tratamento;
- Cópia de todos os documentos médicos e exames realizados;
- Cópia da Ficha de Registro do empregado, quando se tratar de Apólice Coletiva, cujo Vínculo prévio seja empregatício.
- Cópia dos 3 (três) últimos comprovantes de salário, quando se tratar 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;
- Relatório médico informando a história clínica, o tempo de evolução da doença, doenças preexistentes e o tratamento realizado
- Exame Anátomo-patológico da vesícula biliar;
- Na ausência do exame Anátomo-patológico, poderão ser solicitados, a critério da seguradora, exames laboratoriais e de imagem que comprovem o diagnóstico.

11.3. Em caso de falecimento do Segurado entre o período de Cirurgia de Retirada da Vesícula Biliar e a data do aviso do sinistro, a indenização será paga aos herdeiros legais.

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

12. DISPOSIÇÕES GERAIS

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

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

COBERTURA DE DIAGNÓSTICO DE HEPATITE B ou C (DH)

1. OBJETIVO

1.1. Esta cobertura, desde que contratada, garante ao Segurado, mediante o pagamento do prêmio e após o período de Carência, o pagamento de uma Indenização, em caso de Diagnóstico de Hepatite B ou C, **exceto se decorrente de Riscos Excluídos, observados os demais termos desta cobertura , das Condições Gerais e as demais Disposições Contratuais.**

1.1.1. **Hepatite:** doença infecciosa aguda ou crônica do fígado, causada por agentes virais específicos (vírus tipo B ou C)

2. CARÊNCIA

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

3. FRANQUIA

3.1. O pagamento do Capital Segurado dessa Cobertura está condicionado ao cumprimento do período de franquia estabelecido contratualmente, que representa a sobrevivência do Segurado após a ocorrência do diagnóstico de uma doença coberta ou da realização de um procedimento médico coberto.

4. RISCOS EXCLUÍDOS

4.1. Além dos riscos expressamente excluídos na cláusula 5 das Condições Gerais, estão também excluídos desta cobertura , os eventos ocorridos em consequência, direta ou indireta de e/ou relacionados a:

a) Hepatites B ou C diagnosticadas antes da contratação do seguro, bem como as hepatite ocorridas dentro da vigência da Apólice decorrentes de doenças preexistentes à contratação;
b) Qualquer outro tipo de hepatite.

5. CAPITAL SEGURADO

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

5.2. Para fins desta cobertura, considera-se como data do evento, para efeito de determinação do Capital Segurado, a data do diagnóstico da Hepatite B ou C.

6. REINTEGRAÇÃO DO CAPITAL SEGURADO

6.1. O Capital Segurado relativo a esta cobertura não será reintegrado após ocorrência de cada Evento Coberto.

7. INÍCIO DE VIGÊNCIA

7.1. 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.

8. CESSAÇÃO DE COBERTURA

8.1. Além das hipóteses previstas nos itens 13, 14 e 22 das Condições Gerais, a cobertura do risco cessa ainda:

8.1.1. 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.

9. PRÊMIO

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

10. ÂMBITO TERRITORIAL DE COBERTURA

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

11. PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO

11.1. Os elementos essenciais para aferição e decisão sobre a existência de Cobertura, referentes à presente Cobertura são:
(i) o aviso de sinistro totalmente preenchido e
(ii) a entrega dos documentos associados à Cobertura pleiteada, conforme abaixo:

11.2. Para a análise do pagamento da Indenização, respeitado o disposto nas Condições Gerais item 20.,

além do aviso de sinistro devidamente preenchido, deverão ser apresentados os seguintes documentos: conforme abaixo:

- Aviso de sinistro preenchido e assinado (formulário padrão MetLife)
- Formulário "Autorização para Crédito de Indenização" (formulário padrão MetLife), devidamente preenchido e assinado pelo Segurado;
- Cópias do RG (cédula de identidade), CPF (Cadastro de Pessoas Físicas) e comprovante de residência do Segurado;
- Relatório médico informando desde quando o segurado recebeu o primeiro diagnóstico das doenças registradas na Declaração/Certidão de Óbito, descrição da evolução clínica e data em que iniciou o tratamento;
- Cópia de todos os documentos médicos e exames realizados;
- Cópia da Ficha de Registro do empregado, quando se tratar de Apólice Coletiva, cujo Vínculo prévio seja empregatício.
- Cópia dos 3 (três) últimos comprovantes de salário, quando se tratar 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;
- Relatório médico informando a história clínica, o tempo de evolução da doença, doenças preexistentes e o tratamento realizado;
- Exame laboratorial de sorologia positiva para os vírus B ou C comprovadamente negativo antes da contratação do seguro.

11.3. Em caso de falecimento do Segurado entre o período do Diagnóstico de Hepatite B ou C e a data do aviso do sinistro, a indenização será paga aos herdeiros legais.

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

12. DISPOSIÇÕES GERAIS

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

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

COBERTURA DE DIAGNÓSTICO DE LINFOMA HODGKIN E NÃO HODGKIN (DLIN)

1. OBJETIVO

1.1. Esta cobertura, desde que contratada, Garante ao Segurado, mediante o pagamento do prêmio, o pagamento de uma indenização, em caso de Diagnóstico de Linfoma Hodgkin e Não Hodgkin, **exceto se decorrente dos riscos excluídos, observados os demais termos desta cobertura, das Condições Gerais e as demais Disposições Contratuais.**

1.1.1. Linfoma Hodgkin e Não Hodgkin: a doença ou Linfoma de Hodgkin e Não- Hodgkin é uma forma de câncer que se origina nos linfonodos (gânglios) do sistema linfático.

2. RISCOS EXCLUÍDOS

2.1. Além dos riscos expressamente excluídos na cláusula 5 das Condições Gerais, estão também excluídos desta cobertura , os eventos ocorridos em consequência, direta ou indireta de e/ou relacionados a:

a) todas as outras neoplasias benignas e malignas que não os Linfomas (Hodgkin e Não Hodgkin).

3. CAPITAL SEGURADO

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

3.2. Para fins desta cobertura, considera-se como data do evento, para efeito de determinação do Capital Segurado, a data do diagnóstico comprovado do Linfoma Hodgkin e Não Hodgkin.

4. REINTEGRAÇÃO DO CAPITAL SEGURADO

4.1. O Capital Segurado relativo a esta cobertura não será reintegrado após ocorrência de cada Evento Coberto.

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 nos itens 13, 14 e 22 das Condições Gerais, a cobertura do risco 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. ÂMBITO TERRITORIAL DE COBERTURA

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

9. CARÊNCIA

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

10. FRANQUIA

10.1. O pagamento do Capital Segurado dessa Cobertura está condicionado ao cumprimento do período de franquia estabelecido contratualmente, que representa a sobrevivência do Segurado após a ocorrência do diagnóstico de uma doença coberta ou da realização de um procedimento médico coberto.

11. PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO

11.1. Os elementos essenciais para aferição e decisão sobre a existência de Cobertura, referentes à presente Cobertura são:
(i) o aviso de sinistro totalmente preenchido e
(ii) a entrega dos documentos associados à Cobertura pleiteada, conforme abaixo:

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

- Aviso de sinistro preenchido e assinado (formulário padrão MetLife)
- Formulário “Autorização para Crédito de Indenização” (formulário padrão MetLife), devidamente preenchido e assinado pelo Segurado;
- Cópias do RG (cédula de identidade), CPF (Cadastro de Pessoas Físicas) e comprovante de residência do Segurado;
- Relatório médico informando desde quando o segurado recebeu o primeiro diagnóstico das doenças registradas na Declaração/Certidão de Óbito, descrição da evolução clínica e data em que iniciou o tratamento;
- Cópia de todos os documentos médicos e exames realizados;
- Cópia da Ficha de Registro do empregado, quando se tratar de Apólice Coletiva, cujo Vínculo prévio seja empregatício.
- Cópia dos 3 (três) últimos comprovantes de salário, quando se tratar 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;
- Relatório médico informando a história clínica, o tempo de evolução da doença, doenças preexistentes e o tratamento realizado;
- Resultado do exame Anátomo-patológico mostrando o Linfoma Hodgkin ou Não Hodgkin.

11.3. Em caso de falecimento do Segurado entre o período do Diagnóstico de Linfoma Hodgkin e não Hodgkin e a data do aviso do sinistro, a indenização será paga aos herdeiros legais.

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

12. DISPOSIÇÕES GERAIS

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

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

COBERTURA DE DIAGNÓSTICO DE LEUCEMIA (DL)

1. OBJETIVO

1.1. Esta cobertura, desde que contratada, Garante ao Segurado, mediante o pagamento do prêmio, o pagamento de uma indenização em caso de Diagnóstico de Leucemia por médico habilitado em hematologia ou oncologia e demonstrada por resultado de exame Anátomo-patológico, **exceto se decorrente dos riscos excluídos, observadas as demais cláusulas destas Condições Gerais e, se houver, do Contrato.**

1.1.1. Leucemia: é uma doença maligna dos glóbulos brancos (leucócitos). A produção de glóbulos brancos fica descontrolada e o funcionamento da medula óssea saudável torna-se cada vez mais difícil, diminuindo progressivamente a produção de células normais, dando lugar ao aparecimento de anemia, infecções e hemorragia.

2. RISCOS EXCLUÍDOS

2.1. Além dos riscos expressamente excluídos na cláusula 5 das Condições Gerais, estão também excluídos desta cobertura , os eventos ocorridos em consequência, direta ou indireta de e/ou relacionados a:

a) Todas as neoplasias benignas e malignas que não as Leucemias.

3. CAPITAL SEGURADO

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

3.2. Para fins desta cobertura, considera-se como data do evento, para efeito de determinação do Capital Segurado, a data do diagnóstico comprovado o Leucemia.

4. REINTEGRAÇÃO DO CAPITAL SEGURADO

4.1. O Capital Segurado relativo a esta cobertura não será reintegrado após ocorrência de cada Evento Coberto.

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 nos itens 13, 14 e 22 das Condições Gerais, a cobertura do risco 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. ÂMBITO TERRITORIAL DE COBERTURA

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

9. CARÊNCIA

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

10. FRANQUIA

10.1. O pagamento do Capital Segurado dessa Cobertura está condicionado ao cumprimento do período de franquia estabelecido contratualmente, que representa a sobrevivência do Segurado após a ocorrência do diagnóstico de uma doença coberta ou da realização de um procedimento médico coberto.

11. PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO

11.1. Os elementos essenciais para aferição e decisão sobre a existência de Cobertura, referentes à presente Cobertura são:
(i) o aviso de sinistro totalmente preenchido e
(ii) a entrega dos documentos associados à Cobertura pleiteada, conforme abaixo:

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

- Aviso de sinistro preenchido e assinado (formulário padrão MetLife)
- Formulário “Autorização para Crédito de Indenização” (formulário padrão MetLife), devidamente preenchido e assinado pelo Segurado;
- Cópias do RG (cédula de identidade), CPF (Cadastro de Pessoas Físicas) e comprovante de residência do Segurado;
- Relatório médico informando desde quando o segurado recebeu o primeiro diagnóstico das doenças registradas na Declaração/Certidão de Óbito, descrição da evolução clínica e data em que iniciou o tratamento;
- Cópia de todos os documentos médicos e exames realizados;
- Cópia da Ficha de Registro do empregado, quando se tratar de Apólice Coletiva, cujo Vínculo prévio seja empregatício.
- Cópia dos 3 (três) últimos comprovantes de salário, quando se tratar 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;
- Relatório médico informando a história clinica, o tempo de evolução da doença, doenças preexistentes e o tratamento realizado;
- Resultado do exame Anátomo-patológico mostrando a Leucemia.

11.2. Em caso de falecimento do Segurado entre o período de Diagnóstico de Leucemia e a data do aviso do sinistro, a indenização será paga aos herdeiros legais.

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

12. DISPOSIÇÕES GERAIS

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

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

COBERTURA DE DIAGNÓSTICO DE EMBOLIA PULMONAR (DEP)

1. OBJETIVO

1.1.Esta cobertura, desde que contratada, garante ao Segurado, mediante o pagamento do prêmio e após o período de Carência, o pagamento de uma Indenização, em caso de Diagnóstico de Embolia Pulmonar, **exceto se decorrente de Riscos Excluídos, observados os demais termos desta cobertura, das Condições Gerais e as demais Disposições Contratuais.**

1.1.1.Embolia Pulmonar ou Tromboembolismo Pulmonar (TEP): é o bloqueio da artéria pulmonar ou de um de seus ramos. Geralmente, ocorre quando um coágulo de sangue (trombo ou êmbolo) se desloca de seu local de formação e interrompe o fornecimento sanguíneo arterial dos pulmões. A Embolia Pulmonar é causada por imobilidade prolongada, cirurgia extensas, câncer, traumas, anticoncepcionais, reposição hormonal, gravidez e pós parto, varizes, obesidade, tabagismo, insuficiência cardíaca e distúrbios da coagulação do sangue.

1.1.2.Será elegível ao pagamento da indenização o Segurado que teve Embolia Pulmonar aguda e que precisou ser internado em função deste diagnóstico.

2. CARÊNCIA

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

3. FRANQUIA

3.1. O pagamento do Capital Segurado dessa Cobertura está condicionado ao cumprimento do período de franquia estabelecido contratualmente, que representa a sobrevivência do Segurado após a ocorrência do diagnóstico de uma doença coberta ou da realização de um procedimento médico coberto.

4. RISCOS EXCLUÍDOS

4.1.Além dos riscos expressamente excluídos na cláusula 5 das Condições Gerais, estão também excluídos desta cobertura , os eventos ocorridos em consequência, direta ou indireta de e/ou relacionados a:

a) Embolia gordurosa, embolia aérea e embolia por líquido amniótico;

b) Embolia pulmonar ocorrida dentro da vigência da Apólice decorrente de doenças preexistentes à contratação.

5. CAPITAL SEGURADO

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

5.2. Para fins desta cobertura, considera-se como data do evento, para efeito de determinação do Capital Segurado, a data do diagnóstico comprovado da Embolia Pulmonar.

6. REINTEGRAÇÃO DO CAPITAL SEGURADO

6.1. O Capital Segurado relativo a esta cobertura não será reintegrado após ocorrência de cada Evento Coberto.

7. INÍCIO DE VIGÊNCIA

7.1. 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.

8. CESSAÇÃO DE COBERTURA

8.1. Além das hipóteses previstas nos itens 13, 14 e 22 das Condições Gerais, a cobertura do risco cessa ainda:

8.2. 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;

9. PRÊMIO

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

10. ÂMBITO TERRITORIAL DECOBERTURA

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

11. PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO

11.1. Os elementos essenciais para aferição e decisão sobre a existência de Cobertura, referentes à presente Cobertura são:
(i) o aviso de sinistro totalmente preenchido e
(ii) a entrega dos documentos associados à Cobertura pleiteada, conforme abaixo:

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

- Aviso de sinistro preenchido e assinado (formulário padrão MetLife)
- Formulário "Autorização para Crédito de Indenização" (formulário padrão MetLife), devidamente preenchido e assinado pelo Segurado;
- Cópias do RG (cédula de identidade), CPF (Cadastro de Pessoas Físicas) e comprovante de residência do Segurado;
- Relatório médico informando desde quando o segurado recebeu o primeiro diagnóstico das doenças registradas na Declaração/Certidão de Óbito, descrição da evolução clínica e data em que iniciou o tratamento;
- Cópia de todos os documentos médicos e exames realizados;
- Cópia da Ficha de Registro do empregado, quando se tratar de Apólice Coletiva, cujo Vínculo prévio seja empregatício.
- Cópia dos 3 (três) últimos comprovantes de salário, quando se tratar 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;
- Relatório médico informando a histórica clínica o tempo de evolução da doença, doenças preexistentes e o tratamento realizado;
- Exame de sangue (d-dímero), gasometria arterial, arteriografia pulmonar, cintilografia de ventilação pulmonar, tomografia e a ressonância.
- Poderão ser solicitados, a critério da seguradora, outros exames para elucidar diagnóstico.
- No caso de persistência da dúvida diagnóstica, poderá ser solicitado, também a critério da seguradora, análise do prontuário médico e/ou perícia médica;

11.3. Em caso de falecimento do Segurado entre o período de Diagnóstico de Embolia Pulmonar e a data do aviso do sinistro, a indenização será paga aoss herdeiros legais.

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

12. DISPOSIÇÕES GERAIS

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

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

COBERTURA PARA IMPLANTE DE MARCAPASSO CARDÍACO (IMC)

1. OBJETIVO

1.1. Esta cobertura, desde que contratada, garante ao Segurado, mediante o pagamento do prêmio e após o período de Carência, o pagamento de uma Indenização, em caso de Implante de Marca-passo Cardíaco, **exceto se decorrente de Riscos Excluídos, observados os demais termos desta cobertura, das Condições Gerais e as demais Disposições Contratuais.**

1.1.1. Implante de Marcapasso Cardíaco: procedimento para colocação no coração de dispositivo gerador de estímulo elétrico quando o número de batimentos cardíacos em certo intervalo de tempo está abaixo do normal.

2. CARÊNCIA

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

3. FRANQUIA

3.1. O pagamento do Capital Segurado dessa Cobertura está condicionado ao cumprimento do período de franquia estabelecido contratualmente, que representa a sobrevivência do Segurado após a ocorrência do diagnóstico de uma doença coberta ou da realização de um procedimento médico coberto.

4. RISCOS EXCLUÍDOS

4.1.Além dos riscos expressamente excluídos na cláusula 5 das Condições Gerais, estão também excluídos desta cobertura , os eventos ocorridos em consequência, direta ou indireta de e/ou relacionados a:

a) Marcapasso cardíaco transitórios;
b) Procedimentos de Implante de Marcapasso Cardíaco anteriores a contratação do seguro.

5. CAPITAL SEGURADO

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

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

6. INÍCIO DE VIGÊNCIA

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

7. CESSAÇÃO DE COBERTURA

7.1. Além das hipóteses previstas nos itens 13, 14 e 22 das Condições Gerais, a cobertura do risco cessa ainda:

7.1.1. 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.

8. PRÊMIO

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

9. ÂMBITO TERRITORIAL DE COBERTURA

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

10. PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO

10.1. Os elementos essenciais para aferição e decisão sobre a existência de Cobertura, referentes à presente Cobertura são:
(i) o aviso de sinistro totalmente preenchido e
(ii) a entrega dos documentos associados à Cobertura pleiteada, conforme abaixo:

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

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

- Cópias do RG (cédula de identidade), CPF (Cadastro de Pessoas Físicas) e comprovante de residência do Segurado;
- Relatório médico informando desde quando o segurado recebeu o primeiro diagnóstico das doenças registradas na Declaração/Certidão de Óbito, descrição da evolução clínica e data em que iniciou o tratamento;
- Cópia de todos os documentos médicos e exames realizados;
- Cópia da Ficha de Registro do empregado, quando se tratar de Apólice Coletiva, cujo Vínculo prévio seja empregatício.
- Cópia dos 3 (três) últimos comprovantes de salário, quando se tratar 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;
- Relatório médico informando a história clínica, o tempo de evolução da doença, doenças preexistentes e o tipo do marcapasso implantado
- No caso de persistência da dúvida diagnóstica, poderá ser solicitado, também a critério da seguradora, análise do prontuário médico e/ou perícia médica.

10.3. Em caso de falecimento do Segurado entre o período do Implante de Marcapasso Cardíaco e e a data do aviso do sinistro, a indenização será paga aos herdeiros legais.

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

11. DISPOSIÇÕES GERAIS

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

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

COBERTURA DE DIAGNÓSTICO DE OSTEOMIELITE (DO)

1. OBJETIVO

1.1. Esta cobertura, desde que contratada, garante ao Segurado, mediante o pagamento do prêmio e após o período de Carência, o pagamento de uma Indenização, em caso de Diagnóstico de Osteomielite, **exceto se decorrente de Riscos Excluídos, observados os demais termos desta cobertura, das Condições Gerais e as demais Disposições Contratuais.**

1.1.1. Osteomielite: doença infecciosa aguda ou crônica do osso, causada por agentes bacterianos que invadem e destroem o osso.

2. CARÊNCIA

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

3. FRANQUIA

3.1. O pagamento do Capital Segurado dessa Cobertura está condicionado ao cumprimento do período de franquia estabelecido contratualmente, que representa a sobrevivência do Segurado após a ocorrência do diagnóstico de uma doença coberta ou da realização de um procedimento médico coberto.

4. RISCOS EXCLUÍDOS

4.1.Além dos riscos expressamente excluídos na cláusula 5 das Condições Gerais, estão também excluídos desta cobertura , os eventos ocorridos em consequência, direta ou indireta de e/ou relacionados a:

a) Osteomielite diagnosticada antes a contratação do seguro, bem como as osteomielites ocorridas dentro da vigência da Apólice decorrentes de doenças preexistentes à contratação.

5. CAPITAL SEGURADO

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

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

6. REINTEGRAÇÃO DO CAPITAL SEGURADO

6.1. O Capital Segurado relativo a esta cobertura não será reintegrado após ocorrência de cada Evento Coberto.

7. INÍCIO DE VIGÊNCIA

7.1. 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.

8. CESSAÇÃO DE COBERTURA

8.1. Além das hipóteses previstas nos itens 13, 14 e 22 das Condições Gerais, a cobertura do risco cessa ainda:

8.1.1. 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.

9. PRÊMIO

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

10. ÂMBITO TERRITORIAL DE COBERTURA

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

11. PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO

11.1. Os elementos essenciais para aferição e decisão sobre a existência de Cobertura, referentes à presente Cobertura são:
(i) o aviso de sinistro totalmente preenchido e
(ii) a entrega dos documentos associados à Cobertura pleiteada, conforme abaixo:

11.2. Para a análise do pagamento da Indenização, respeitado o disposto nas Condições Gerais item 20., além do aviso de sinistro devidamente preenchido,

deverão ser apresentados os seguintes documentos: conforme abaixo:

- Aviso de sinistro preenchido e assinado (formulário padrão MetLife);
- Formulário "Autorização para Crédito de Indenização" (formulário padrão MetLife), devidamente preenchido e assinado pelo Segurado;
- Cópias do RG (cédula de identidade), CPF (Cadastro de Pessoas Físicas) e comprovante de residência do Segurado;
- Relatório médico informando desde quando o segurado recebeu o primeiro diagnóstico das doenças registradas na Declaração/Certidão de Óbito, descrição da evolução clínica e data em que iniciou o tratamento;
- Cópia de todos os documentos médicos e exames realizados;
- Cópia da Ficha de Registro do empregado, quando se tratar de Apólice Coletiva, cujo Vínculo prévio seja empregatício.
- Cópia dos 3 (três) últimos comprovantes de salário, quando se tratar 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;
- Relatório médico informando a história clinica, o tempo de evolução da doença e o tratamento realizado;
- Exame de radiografia, tomografia ou ressonância mostrando lesão óssea compatível com osteomielite;
- Biópsia de fragmento ósseo e cultura mostrando a presença de bactérias.

11.3. Em caso de falecimento do Segurado entre o período do Diagnóstico de Osteomielite e a data do aviso do sinistro, a indenização será paga aosherdeiros legais.

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

12. DISPOSIÇÕES GERAIS

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

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

COBERTURA DE DIÁRIA POR INTERNAÇÃO HOSPITALAR (DIH)

1. OBJETIVO

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

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

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

1.4. Esta cobertura poderá ser contratada para cônjuge, filhos e enteados do Segurado Principal, de acordo com a opção de plano contratado.

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) instituições para atendimento de deficientes mentais e/ou doentes psiquiátricos, inclusive o departamento psiquiátrico de um hospital geral;
c) clínicas de repouso, asilos e assemelhados e/ou locais de acomodação para idosos;
d) clínicas e/ou locais de tratamento para recuperação de viciados em álcool, drogas e/ou entorpecentes;
e) instituição de saúde hidroterápica ou clínica de métodos curativos naturais;
f) casa de saúde para convalescentes e/ou reabilitação de quaisquer espécies;
g) clínicas de emagrecimento, rejuvenescimento ou "SPAs";
h) "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 doença ou Acidente Pessoal coberto, 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 item 5 das Condições Gerais, estão também excluídos da presente cobertura, os eventos ocorridos em consequência, direta ou indireta de e/ou relacionados a:

a) gravidez tópica ou ectópica,
b) procedimentos e/ou tratamentos clínicos ou cirúrgicos para esterilidade, infertilidade, inseminação artificial, impotência sexual, controle de natalidade e, bem como suas consequências;
c) cirurgia para correção de fimose;
d) tratamentos clínicos ou cirúrgicos experimentais e/ou não previstos no Código Brasileiro de Ética Médica e/ou não reconhecidos pelo Ministério da Saúde;
e) tratamento odontológico de qualquer espécie e suas consequências;
f) tratamentos clínicos ou cirúrgicos com finalidade estética;
g) cirurgias plásticas (estéticas ou não);
h) tratamentos para obesidade em qualquer modalidade, inclusive gastroplastia redutora;
i) tratamentos para senilidade, geriatria, rejuvenescimento e suas consequências;
j) diárias de internação não necessárias para o efetivo tratamento médico, tais como, mas não se limitando a, espera para a realização de cirurgia; disponibilidade para exames de diagnose; repouso; internação com a finalidade exclusiva de realização de exames de qualquer natureza para fins de avaliação do estado de saúde, inclusive check-up; internação para doação de órgãos;
k) doenças mentais e/ou psiquiátricas inclusive o "stress".

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 ocorrência de cada 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.

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

6. LIMITE DE DIÁRIAS

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

7. INÍCIO DE VIGÊNCIA

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

8. CESSAÇÃO DE COBERTURA

8.1. Além das hipóteses previstas nos itens 13, 14 e 22 das Condições Gerais, a cobertura do risco cessa ainda:

8.1.1. 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.

9. PRÊMIO

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

10. ÂMBITO TERRITORIAL DE COBERTURA

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

11. CARÊNCIA

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

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

12. FRANQUIA

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

13. PAGAMENTO DA DIÁRIA POR INTERNAÇÃO HOSPITALAR

13.1. 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 doenças ou lesões.

13.2. 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) aos herdeiros legais.

13.3. Os elementos essenciais para aferição e decisão sobre a existência de Cobertura, referentes à presente Cobertura são:
(i) o aviso de sinistro totalmente preenchido e
(ii) a entrega dos documentos associados à Cobertura pleiteada, conforme abaixo:

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

- Aviso de sinistro preenchido e assinado (formulário padrão MetLife);
- formulário "Autorização para Crédito de Indenização" (formulário padrão MetLife), devidamente preenchido e assinado pelo Segurado ou, quando for o caso, por cada um dos Beneficiários;
- cópias do RG (cédula de identidade), CPF (Cadastro de Pessoas Físicas) e comprovantes de residência do Segurado e, quando for o caso, de cada um dos Beneficiários;
- cópia do Prontuário Hospitalar completo;
- declaração em papel timbrado do Hospital, assinada por representante legal, indicando data e hora de entrada e de alta hospitalar, mencionando períodos de enfermaria e UTI;
- 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.

13.5. No caso de **Segurado Dependente**, além dos documentos exigidos acima, serão exigidos os seguintes documentos:
a) cópia do comprovante da condição de dependente, caso seja: a.1) cônjuge: cópia da certidão de casamento;
b) companheira(o): cópia do RG, CPF e comprovação de união estável por ocasião da ocorrência do sinistro;
c) filhos: cópia da certidão de nascimento ou RG e CPF;
d) enteados: cópia do CPF e RG. Comprovante de casamento atualizado dos pais, ou provas de união estável.

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

14. ALTERAÇÃO DO PLANO

14.1. O Segurado Principal poderá alterar o plano mediante solicitação dirigida ao Estipulante. A ALTERAÇÃO DO PLANO ESTARÁ SUJEITA À APROVAÇÃO PRÉVIA A EXCLUSIVO CRITÉRIO DA SEGURADORA E VIGORARÁ A PARTIR DO PRIMEIRO PAGAMENTO MENSAL E SERÁ RATIFICADA POR MEIO DO ENVIO DO NOVO CERTIFICADO INDIVIDUAL DE SEGURO AO SEGURADO.

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 DIÁRIA DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR POR ACIDENTE (DIHA)

1. OBJETIVO

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

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

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

1.4. Esta cobertura poderá ser contratada pelo cônjuge, filhos e enteados do Segurado Principal, de acordo com a opção de plano contratado

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 5 das Condições Gerais, estão também excluídos da presente cobertura, os eventos ocorridos em consequência, direta ou indireta de e/ou relacionados a:

a) perturbações e intoxicações alimentares de qualquer espécie;
b) eventos causados exclusivamente pela não utilização, pelo Segurado, de equipamentos de segurança exigidos por lei;
c) eventos causados exclusivamente pela ausência de habilitação do Segurado para condução de veículo automotor;
d) eventos em que o Segurado tenha intencionalmente atentado contra a vida e integridade física de outrem, consumado ou não, exceto em caso de legítima defesa, própria ou de terceiro, ou assistência à pessoa em perigo;tratamentos clínicos ou cirúrgicos experimentais e/ou não previstos no Código Brasileiro de Ética Médica e/ou não reconhecidos pelo Ministério da Saúde;
e) tratamento odontológico de qualquer espécie e suas consequências;
f) tratamentos clínicos ou cirúrgicos com finalidade estética;
g) cirurgias plásticas (estéticas ou não);
h) diárias de internação não necessárias para o efetivo tratamento médico, tais como, mas não se limitando a, espera para a realização de cirurgia; disponibilidade para exames; internação com a finalidade exclusiva de realização de exames de qualquer natureza para fins de avaliação do estado de saúde, inclusive check-up.

4. CAPITAL SEGURADO

4.1. O Capital Segurado para esta cobertura será estabelecido contratualmente e deverá constar 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 365 (trezentos e sessenta e cinco) diárias por evento, independentemente de renovação da Apólice.

7. INÍCIO DE VIGÊNCIA

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

8. CESSAÇÃO DE COBERTURA

8.1. Além das hipóteses previstas nos itens 13, 14 e 22 das Condições Gerais, a cobertura do risco cessa ainda:

8.1.1. 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.

9. PRÊMIO

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

10. FRANQUIA

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

11. ÂMBITO TERRITORIAL DE COBERTURA

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

12. PAGAMENTO DA DIÁRIA POR INTERNAÇÃO HOSPITALAR

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

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

12.3. Os elementos essenciais para aferição e decisão sobre a existência de Cobertura, referentes à presente Cobertura são:
(i) o aviso de sinistro totalmente preenchido e
(ii) a entrega dos documentos associados à Cobertura pleiteada, conforme abaixo:

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

- Aviso de sinistro preenchido e assinado (formulário padrão MetLife);
- Formulário “Autorização para Crédito de Indenização” (formulário padrão MetLife), devidamente preenchido e assinado pelo Segurado ou, quando for o caso, por cada um dos Beneficiários;
- Cópias do RG, CPF e comprovantes de residência do Segurado e, quando for o caso, de cada um dos Beneficiários;
- Cópia do Prontuário Hospitalar completo;
- Declaração em papel timbrado do Hospital, assinada por representante legal, 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 Acidente de Trabalho;
- 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.

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

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

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

13. ALTERAÇÃO DO PLANO

13.1. O Segurado Principal poderá alterar o plano mediante solicitação dirigida ao Estipulante. A ALTERAÇÃO DO PLANO ESTARÁ SUJEITA À APROVAÇÃO PRÉVIA A EXCLUSIVO CRITÉRIO DA SEGURADORA E VIGORARÁ A PARTIR DO PRIMEIRO PAGAMENTO E SERÁ RATIFICADA POR MEIO DO ENVIO DO NOVO CERTIFICADO INDIVIDUAL DE SEGURO AO SEGURADO.

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 MEDICAMENTO (AUXM)

1. OBJETIVO

1.1. Esta cobertura, desde que contratada, garante ao Segurado o pagamento de uma Indenização correspondente a 1 (uma) diária adicional à cobertura de Diária por Internação Hospitalar (DIH), em caso de sua hospitalização por período superior a 4 (quatro) diárias, causada por doença ou Acidente Pessoal cobertos, **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 desde que contratada a cobertura de Diária de Internação Hospitalar (DIH)e somente será devida se reconhecida a Diária de Internação Hospitalar.

2. DEFINIÇÕES

2.1. Para fins desta cobertura prevalecem as disposições previstas no item "Definições" da cobertura de Diária por Internação Hospitalar (DIH).

3. RISCOS EXCLUÍDOS

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

a) gravidez tópica ou ectópica, procedimentos e/ou tratamentos clínicos ou cirúrgicos para esterilidade, infertilidade, inseminação artificial, impotência sexual, controle de natalidade e, bem como suas consequências;
b) cirurgia para correção de fimose;
c) tratamentos clínicos ou cirúrgicos experimentais e/ou não previstos no Código Brasileiro de Ética Médica e/ou não reconhecidos pelo Ministério da Saúde;
d) tratamento odontológico de qualquer espécie e suas consequências;
e) tratamentos clínicos ou cirúrgicos com finalidade estética;
f) cirurgias plásticas (estéticas ou não);
g) tratamentos para obesidade em qualquer modalidade, inclusive gastroplastia redutora;
h) tratamentos para senilidade, geriatria, rejuvenescimento e suas consequências;
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 de diagnose; repouso; internação com a finalidade exclusiva de realização de exames de qualquer natureza para fins de avaliação do estado de saúde, inclusive check-up; internação para doação de órgãos;
j) doenças mentais e/ou psiquiátricas inclusive o "stress".

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 da diária adicional corresponde ao valor do Capital Segurado contratado para 01 (uma) diária da cobertura de Diária por Internação Hospitalar (DIH).

4.2. 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 ocorrência de cada Evento Coberto, sem cobrança de Prêmio adicional.

6. INÍCIO DE VIGÊNCIA

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

7. CESSAÇÃO DE COBERTURA

7.1. Além das hipóteses previstas nos itens 13, 14 e 22 das Condições Gerais, a cobertura do risco cessa ainda:

7.1.1. 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.

8. PRÊMIO

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

9. ÂMBITO TERRITORIAL DE COBERTURA

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

10. CARÊNCIA

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

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

11. PAGAMENTO DO AUXÍLIO MEDICAMENTO

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

11.2. Os elementos essenciais para aferição e decisão sobre a existência de Cobertura, referentes à presente Cobertura são:
(i) o aviso de sinistro totalmente preenchido e
(ii) a entrega dos documentos associados à Cobertura pleiteada, conforme abaixo:

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

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

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

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 AUXÍLIO MEDICAMENTO POR ACIDENTE (AMA)

1. OBJETIVO

1.1. Esta cobertura , desde que contratada, garante ao Segurado o pagamento de uma Indenização correspondente a 1 (uma) diária adicional à cobertura Diária de Internação Hospitalar por Acidente (DIHA), em caso de sua hospitalização por período superior a 4 (quatro) diárias, causada exclusivamente por Acidente Pessoal coberto por período superior ao estabelecido contratualmente, **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 desde que contratada a cobertura de Diária de Internação Hospitalar por Acidente (DIHA) somente será devida se reconhecida a Diária de Internação Hospitalar por Acidente

2. DEFINIÇÕES

2.1. Para fins desta cobertura prevalecem as disposições previstas no item "Definições" da cobertura de Diária de Internação Hospitalar por Acidente (DIHA).

3. RISCOS EXCLUÍDOS

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

a) eventos causados exclusivamente pela não utilização, pelo Segurado, de equipamentos de segurança exigidos por lei;
b) eventos causados exclusivamente pela ausência de habilitação do Segurado para condução de veículo automotor;
c) 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, própria ou de terceiro, ou assistência à pessoa em perigo; tratamentos clínicos ou cirúrgicos experimentais e/ou não previstos no Código Brasileiro de Ética Médica e/ou não reconhecidos pelo Ministério da Saúde;
d) tratamento odontológico de qualquer espécie e suas consequências;
e) tratamentos clínicos ou cirúrgicos com finalidade estética;
f) cirurgias plásticas (estéticas ou não);
g) diárias de internação não necessárias para o efetivo tratamento médico, tais como, mas não se limitando a, espera para a realização de cirurgia; disponibilidade para exames; internação com a finalidade exclusiva de realização de exames de qualquer natureza para fins de avaliação do estado de saúde, inclusive check-up.

4. CAPITAL SEGURADO

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

4.1.1. O Capital Segurado da diária adicional corresponde ao valor do Capital Segurado contratado para 01 (uma) diária da cobertura de Diária de Internação Hospitalar por Acidente (DIHA).

4.2. 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.

6. INÍCIO DE VIGÊNCIA

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

7. CESSAÇÃO DE COBERTURA

7.1. Além das hipóteses previstas nos itens 13, 14 e 22 das Condições Gerais, a cobertura do risco cessa ainda:

7.1.1. 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.

8. PRÊMIO

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

9. ÂMBITO TERRITORIAL DE COBERTURA

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

10. PAGAMENTO DO AUXÍLIO MEDICAMENTO

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

10.1. Os elementos essenciais para aferição e decisão sobre a existência de Cobertura, referentes à presente Cobertura são:
(i) o aviso de sinistro totalmente preenchido e
(ii) a entrega dos documentos associados à Cobertura pleiteada, conforme abaixo:

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

- Aviso de sinistro preenchido e assinado (formulário padrão MetLife);
- Formulário "Autorização para Crédito de Indenização" (formulário padrão MetLife), devidamente preenchido e assinado pelo Segurado ou, quando for o caso, por cada um dos Beneficiários;
- Cópias do RG, CPF e comprovantes de residência do Segurado e, quando for o caso, de cada um dos Beneficiários;
- Cópia do Prontuário Hospitalar completo;
- Declaração em papel timbrado do Hospital, assinada por representante legal, 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 Acidente de Trabalho;
- 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.

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

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 à cobertura, têm função subsidiária**.**

COBERTURA DE DESPESAS DIVERSAS (DD)

1. OBJETIVO

1.1. Esta cobertura, desde que contratada, garante ao(s) Beneficiário(s) o pagamento de uma Indenização, em consequência exclusiva de morte do Segurado, seja decorrente de causa natural ou acidental, **exceto se decorrente de Riscos Excluídos, observados os demais termos dessa 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 ou Morte Acidental e a ela se vincula, de forma que somente será devida, se caracterizada a cobertura relativa à cobertura de Morte ou Morte Acidental.

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. Se aplicam os riscos excluídos do item 5 das Condições Gerais.**:**

3.1.1. Na hipótese, da contratação da cobertura de Despesas Diversas conjuntamente com a cobertura de Morte Acidental, Além dos riscos expressamente excluídos de cobertura apresentados acima e dos apresentados no Conceito de Acidente Pessoal das Condições Gerais, estão também excluídos os eventos ocorridos em consequência, direta ou indireta de e/ou relacionados a:

a) perturbações e intoxicações alimentares de qualquer espécie;
b) prática de atos reconhecidamente perigosos que não sejam motivados por necessidade justificada, excetuando-se os casos que provierem da utilização de meios de transporte mais arriscados, de prestação de serviço militar, da prática de esporte ou de atos de humanidade em auxílio de outrem;
c) eventos causados exclusivamente pela não utilização, pelo Segurado, de equipamentos de segurança exigidos por lei;
d) eventos causados exclusivamente pela ausência de habilitação do Segurado para condução de veículo automotor;
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, própria ou de terceiro, 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 do falecimento do Segurado no caso de Morte natural e a data da ocorrência do acidente, no caso de Morte Acidental.

5. INÍCIO DE VIGÊNCIA

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

6. CESSAÇÃO DE COBERTURA

6.1. Além das hipóteses previstas nos itens 13, 14 e 22 das Condições Gerais, a cobertura do risco 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. ÂMBITO TERRITORIAL DE COBERTURA

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

9. CARÊNCIA

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

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

10. PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO

10.1. Os elementos essenciais para aferição e decisão sobre a existência de Cobertura, referentes à presente Cobertura são:
(i) o aviso de sinistro totalmente preenchido e
(ii) a entrega dos documentos associados à Cobertura pleiteada, conforme abaixo:

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

a) Morte decorrente de doença
- Aviso de sinistro preenchido e assinado (formulário padrão MetLife);
- Formulário "Autorização para Crédito de Indenização" (formulário padrão MetLife), devidamente preenchido e assinado por cada um dos Beneficiários;
- Cópias do RG, CPF e comprovantes de residência do Segurado e do(s) Beneficiário(s);
- Cópia da Certidão de Óbito do Segurado;
- Cópia do Termo de Rescisão do Contrato de Trabalho, devidamente assinado pelo empregador e pelo representante do empregado, quando se tratar de Apólice Coletiva, cujo Vínculo prévio seja empregatício;
- Cópia dos 3 (três) últimos comprovantes de salário, quando se tratar de Apólice Coletiva, cujo Vínculo prévio seja empregatício;
- Comprovante de indicação de Beneficiário(s) assinado pelo Segurado;
- 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.

b) Morte decorrente de acidente

Além dos documentos relacionados acima para o caso de Morte decorrente de doença, providenciar:
- Cópia do BO (Boletim de Ocorrência Policial) e/ou CAT (Comunicação de Acidente do Trabalho), se Acidente de Trabalho;
- 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.

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

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 DESPESAS DIVERSAS POR ACIDENTE - (DDA)

1. OBJETIVO

1.1. Esta cobertura, desde que contratada, garante ao(s) Beneficiário(s) o pagamento de uma Indenização, em consequência exclusiva de Morte Acidental do Segurado, **exceto se decorrente de Riscos Excluídos, observados os demais termos dessa 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.

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. Se aplicam os riscos excluídos do item 5 das Condições Gerais.

4. CAPITAL SEGURADO

4.1. O Capital Segurado para esta cobertura será estabelecido contratualmente e deverá constar 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

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

6. CESSAÇÃO DE COBERTURA

6.1. Além das hipóteses previstas nos itens 13, 14 e 22 das Condições Gerais, a cobertura do risco 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. ÂMBITO TERRITORIAL DE COBERTURA

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

9. PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO

9.1. Os elementos essenciais para aferição e decisão sobre a existência de Cobertura, referentes à presente Cobertura são:
(i) o aviso de sinistro totalmente preenchido e
(ii) a entrega dos documentos associados à Cobertura pleiteada, conforme abaixo:

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

- Aviso de sinistro preenchido e assinado (formulário padrão MetLife);
- Formulário "Autorização para Crédito de Indenização" (formulário padrão MetLife), devidamente preenchido e assinado 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;
- Cópia do BO. (Boletim de Ocorrência Policial) e/ou CAT (Comunicação de Acidente do Trabalho), se Acidente de Trabalho;
- 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 do Termo de Rescisão do Contrato de Trabalho, devidamente assinado pelo empregador e pelo

representante do empregado, quando se tratar de Apólice Coletiva, cujo Vínculo prévio seja empregatício;
- Cópia dos 3 (três) últimos comprovantes de salário, quando se tratar de Apólice Coletiva, cujo Vínculo prévio seja empregatício;
- Comprovante de indicação de Beneficiário(s) assinado pelo Segurado;
- 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.

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

10. DISPOSIÇÕES GERAIS

10.1. 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 - (AUXF)

1. OBJETIVO

1.1. Esta cobertura, desde que contratada, garante ao(s) Beneficiário(s) o pagamento de uma Indenização, em consequência exclusiva de morte do Segurado, seja decorrente de causa natural ou acidental, **exceto se decorrente de Riscos Excluídos, observados os demais termos dessa 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 ou Morte Acidental e a ela se vincula, de forma que somente será devida, se caracterizada a cobertura relativa à cobertura de Morte ou Morte Acidental.

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. Se aplicam os riscos excluídos do item 5 das Condições Gerais.

4. CAPITAL SEGURADO

4.1. O Capital Segurado para esta cobertura será estabelecido contratualmente e deverá constar 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 do falecimento do Segurado no caso de Morte natural e a data da ocorrência do acidente, no caso de Morte Acidental.

.

5. INÍCIO DE VIGÊNCIA

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

6. CESSAÇÃO DE COBERTURA

6.1. Além das hipóteses previstas nos itens 13, 14 e 22 das Condições Gerais, a cobertura do risco 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. ÂMBITO TERRITORIAL DE COBERTURA

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

9. CARÊNCIA

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

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

10. PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO

10.1. Os elementos essenciais para aferição e decisão sobre a existência de Cobertura, referentes à presente Cobertura são:
(i) o aviso de sinistro totalmente preenchido e
(ii) a entrega dos documentos associados à Cobertura pleiteada, conforme abaixo:

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

a) Morte decorrente de doença
- Aviso de sinistro preenchido e assinado (formulário padrão MetLife);
- Formulário "Autorização para Crédito de Indenização" (formulário padrão MetLife), devidamente preenchido e assinado por cada um dos Beneficiários;
- Cópias do RG (cédula de identidade), CPF (Cadastro de Pessoas Físicas) e comprovantes de residência do Segurado e do(s) Beneficiário(s);
- Cópia da Certidão de Óbito do Segurado;
- Cópia do Termo de Rescisão do Contrato de Trabalho, devidamente assinado pelo empregador e pelo

representante do empregado, quando se tratar de Apólice Coletiva, cujo Vínculo prévio seja empregatício;
- Cópia dos 3 (três) últimos comprovantes de salário, quando se tratar de Apólice Coletiva, cujo Vínculo prévio seja empregatício;
- Comprovante de indicação de Beneficiário(s) assinado pelo Segurado;
- 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.

b) Morte decorrente de acidente

Além dos documentos relacionados acima para o caso de Morte decorrente de doença, providenciar:
- Cópia do BO. (Boletim de Ocorrência Policial) e/ou CAT (Comunicação de Acidente do Trabalho), se Acidente de Trabalho;
- 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.

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

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 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 exclusiva de Morte Acidental do Segurado, **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.

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 item 5 das Condições Gerais, estão também excluídos da presente cobertura, os eventos ocorridos em consequência, direta ou indireta de e/ou relacionados a:

a) perturbações e intoxicações alimentares de qualquer espécie;
b) eventos causados exclusivamente pela não utilização, pelo Segurado, de equipamentos de segurança exigidos por lei;
c) eventos causados exclusivamente pela ausência de habilitação do Segurado para condução de veículo automotor;
d) eventos em que o Segurado tenha intencionalmente atentado contra a vida e integridade física de outrem, consumado ou não, exceto em caso de legítima defesa, própria ou de terceiro, 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

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

6. CESSAÇÃO DE COBERTURA

6.1. Além das hipóteses previstas nos itens 13, 14 e 22 das Condições Gerais, a cobertura do risco 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. ÂMBITO TERRITORIAL DE COBERTURA

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

9. PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO

9.1. Os elementos essenciais para aferição e decisão sobre a existência de Cobertura, referentes à presente Cobertura são:
(i) o aviso de sinistro totalmente preenchido e
(ii) a entrega dos documentos associados à Cobertura pleiteada, conforme abaixo:

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

- Aviso de sinistro preenchido e assinado (formulário padrão MetLife);
- Formulário "Autorização para Crédito de Indenização" (formulário padrão MetLife), devidamente preenchido e assinado 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 do BO (Boletim de Ocorrência Policial) e/ou CAT (Comunicação de Acidente do Trabalho), se Acidente de Trabalho;
- 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;
- Cópia do Termo de Rescisão do Contrato de Trabalho, devidamente assinado pelo empregador e pelo representante do empregado, quando se tratar de Apólice Coletiva, cujo Vínculo prévio seja empregatício;
- Cópia dos 3 (três) últimos comprovantes de salário, quando se tratar de Apólice Coletiva, cujo Vínculo prévio seja empregatício;
- Comprovante de indicação de Beneficiário(s) assinado pelo Segurado;
- 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.

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

10. DISPOSIÇÕES GERAIS

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

COBERTURA DE ASSISTÊNCIA FUNERAL - (AF)

1. OBJETIVO

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

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

2. SERVIÇOS DE ASSISTÊNCIA FUNERAL

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

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

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

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

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

3. RISCOS EXCLUÍDOS

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

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

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

4. CAPITAL SEGURADO

4.1. O Capital Segurado para esta cobertura será estabelecido contratualmente e deverá constar 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 do falecimento do Segurado no caso de Morte natural e a data da ocorrência do acidente, no caso de Morte Acidental.

5. INÍCIO DE VIGÊNCIA

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

6. CESSAÇÃO DE COBERTURA

6.1. Além das hipóteses previstas nos itens 13, 14 e 22 das Condições Gerais, a cobertura do risco 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. ÂMBITO TERRITORIAL DE COBERTURA

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

9. CARÊNCIA

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

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

10. PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO

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

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

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

10.4. Se a opção for pelo reembolso das despesas com funeral, para a análise do pagamento da Indenização, os elementos essenciais para aferição e decisão sobre a existência de cobertura, referentes à presente cobertura são:

10.5. Os elementos essenciais para aferição e decisão sobre a existência de Cobertura, referentes à presente Cobertura são:
(i) o aviso de sinistro totalmente preenchido e
(ii) a entrega dos documentos associados à Cobertura pleiteada, conforme abaixo:

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

a) Morte decorrente de doença
- Aviso de sinistro preenchido e assinado (formulário padrão MetLife);
- Formulário "Autorização para Crédito de Indenização" (formulário padrão MetLife), devidamente preenchido e assinado por cada um dos Beneficiários;
- Cópias do RG, CPF e comprovantes de residência do Segurado e do(s) Beneficiário(s);
- Cópia da Certidão de Óbito do Segurado;
- notas fiscais e recibos originais das despesas com funeral;
- Cópia do Termo de Rescisão do Contrato de Trabalho, devidamente assinado pelo empregador e pelo representante do empregado, quando se tratar de Apólice Coletiva, cujo Vínculo prévio seja empregatício;
- Cópia dos 3 (três) últimos comprovantes de salário, quando se tratar de Apólice Coletiva, cujo Vínculo prévio seja empregatício;
- Comprovante de indicação de Beneficiário(s) assinado pelo Segurado;
- 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.

b) Morte decorrente de acidente
Além dos documentos relacionados acima para o caso de Morte decorrente de doença, providenciar:
- Cópia do BO (Boletim de Ocorrência Policial) e/ou CAT (Comunicação de Acidente do Trabalho), se Acidente de Trabalho;
- 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.

10.7. Os referidos elementos devem ser submetidos pelo Segurado à Seguradora na forma e no prazo

previstos nas Condições Gerais, sob pena de negativa de cobertura.

11. DISPOSIÇÕES GERAIS

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

COBERTURA DE ASSISTÊNCIA FUNERAL POR ACIDENTE - (AFA)

1. OBJETIVO

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

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

2. SERVIÇOS DE ASSISTÊNCIA FUNERAL

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

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

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

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

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

3. RISCOS EXCLUÍDOS

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

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

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

4. CAPITAL SEGURADO

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

4.2. Para fins desta cobertura, considera-se como data do evento, a data da ocorrência do acidente.

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 DECOBERTURA

6.1. Além das hipóteses previstas nos itens 13, 14 e 22 das Condições Gerais, a cobertura do risco 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. ÂMBITO TERRITORIAL DE COBERTURA

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

9. PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO

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

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

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

9.4. Se a opção for pelo reembolso das despesas com funeral, para a análise do pagamento da Indenização,
os elementos essenciais para aferição e decisão sobre a existência de cobertura, referentes à presente cobertura são:

9.5. Os elementos essenciais para aferição e decisão sobre a existência de Cobertura, referentes à presente Cobertura são:
(i) o aviso de sinistro totalmente preenchido e
(ii) a entrega dos documentos associados à Cobertura pleiteada, conforme abaixo:

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

- Aviso de sinistro preenchido e assinado (formulário padrão MetLife);
- Formulário "Autorização para Crédito de Indenização" (formulário padrão MetLife), devidamente preenchido e assinado por cada um dos Beneficiários;
- Cópias do RG, CPF e comprovantes de residência do Segurado e do(s) Beneficiário(s);
- Cópia da Certidão de Óbito do Segurado;
- Notas fiscais e recibos originais das despesas com funeral;
- Cópia do Termo de Rescisão do Contrato de Trabalho, devidamente assinado pelo empregador e pelo representante do empregado, quando se tratar de Apólice Coletiva, cujo Vínculo prévio seja empregatício;
- Cópia dos 3 (três) últimos comprovantes de salário, quando se tratar de Apólice Coletiva, cujo Vínculo prévio seja empregatício;
- Comprovante de indicação de Beneficiário(s) assinado pelo Segurado;
- 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.
- Cópia do BO (Boletim de Ocorrência Policial) e/ou CAT (Comunicação de Acidente do Trabalho), se Acidente de Trabalho;
- 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.

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

10. DISPOSIÇÕES GERAIS

10.1. 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 CESTA BÁSICA (CB)

1. OBJETIVO

1.1. Esta cobertura, desde que contratada, garante ao(s) Beneficiário(s) ou ao próprio Segurado, o pagamento de Indenização, conforme previsto no item 1.3., a título de auxílio-alimentação, **exceto se decorrente de Riscos Excluídos, observados os demais termos desta cobertura, das Condições Gerais e as demais Disposições Contratuais, em uma das 3 (três) hipóteses indicadas abaixo, que deverá ser estabelecida nas Disposições Contratuais:**

a) exclusivamente, em caso de falecimento, seja decorrente de causa natural ou acidental do Segurado;
b) exclusivamente em caso de Invalidez Permanente Total por Acidente do Segurado;
c) em caso de Invalidez Permanente Total por Acidente do Segurado e de seu falecimento;
d) Em caso de Desemprego Involuntário, Incapacidade Física Temporária ou Perda de Renda.

1.2. Esta cobertura somente será devida se caracterizada a cobertura de Morte, Morte Acidental ou Invalidez Permanente Total por Acidente, a depender das hipóteses estabelecidas contratualmente, de acordo com o item 1.1.
1.3. As Disposições Contratuais preverão se o pagamento da Indenização será realizado por intermédio de crédito em cartão magnético ou, ainda, em espécie.

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. Se aplicam os riscos excluídos do item 5 das Condições Gerais.

3.1.1. Na hipótese, da contratação da cobertura de Cesta Básica, conjuntamente com a cobertura de Morte Acidental e/ou da cobertura de Invalidez Permanente Total por Acidente, além dos riscos expressamente excluídos de cobertura apresentados acima e dos apresentados no Conceito de Acidente Pessoal das Condições Gerais, estão também excluídos os eventos ocorridos em consequência, direta ou indireta de e/ou relacionados a:

3.1.1.1. perturbações e intoxicações alimentares de qualquer espécie;
3.1.1.2. prática de atos reconhecidamente perigosos que não sejam motivados por necessidade justificada, excetuando-se os casos que provierem da utilização de meios de transporte mais arriscados, de prestação de serviço militar, da prática de esporte ou de atos de humanidade em auxílio de outrem;
3.1.1.3. eventos causados exclusivamente pela não utilização, pelo Segurado, de equipamentos de segurança exigidos por lei;
3.1.1.4. eventos causados exclusivamente pela ausência de habilitação do Segurado para condução de veículo automotor;
3.1.1.5. 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, própria ou de terceiros, ou assistência à pessoa em perigo;
3.1.1.6. todo e qualquer dano estético, ainda que decorrente de acidente coberto;
3.1.1.7. perda de dentes, ainda que decorrente de acidente coberto.

3.2. As alíneas "g" e "h" da presente cobertura, são riscos excluídos quando contratados conjuntamente com a cobertura de Invalidez Permanente Total por Acidente.

3.3. Na hipótese, da contratação da cobertura de Cesta Básica, conjuntamente com a cobertura de Morte ou Morte Acidental com a cobertura de Invalidez Permanente Total por Acidente, estão excluídos os eventos apresentados nos itens 3.1 e 3.1.1, com as considerações apresentadas no subitem 3.2.

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 do falecimento do Segurado no caso de Morte natural e a data da ocorrência do acidente, no caso de Invalidez Permanente Total por Acidente, não prevalecendo qualquer alteração de Capital Segurado efetuada posteriormente ao acidente.

5. INÍCIO DE VIGÊNCIA

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

6. CESSAÇÃO DE COBERTURA

6.1. Além das hipóteses previstas nos itens 13, 14 e 22 das Condições Gerais, a cobertura do risco 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. ÂMBITO TERRITORIAL DE COBERTURA

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

9. CARÊNCIA

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

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

10. DESCRIÇÃO DO FORNECIMENTO DE CESTA POR MEIO DE ENTREGA DE GÊNEROS ALIMENTÍCIOS

10.1. Em caso de Evento Coberto, se a opção for entrega de cestas de alimentos, estas serão entregues ao Segurado ou ao(s) seu(s) Beneficiário(s), de acordo com o valor referencial e periodicidade estabelecidos contratualmente.

10.1.1 O valor referencial abrangerá a seguinte composição: gêneros alimentícios e embalagem para transporte. O frete para entrega da cesta básica não fará parte do valor referencial.

10.2. A composição da cesta de alimentos poderá ser alterada em consequência da oferta de mercado e/ou oscilações de preço. Por este motivo, os itens poderão ser substituídos em quantidade ou marca e/ou excluídos para manter o limite referencial de valor.
a) As cestas de alimentos serão entregues pela prestadora de serviços credenciada na data e local indicados pelo Segurado ou pelo(s) Beneficiário(s).

b) Não haverá reembolso por produtos adquiridos diretamente pelo Segurado ou pelo(s) Beneficiário(s).

11. DESCRIÇÃO DO FORNECIMENTO DE CESTA POR MEIO DE CRÉDITO EM CARTÃO MAGNÉTICO

11.1. Em caso de Evento Coberto, se a opção for pelo pagamento da Indenização por intermédio de crédito em cartão magnético destinado para tal fim, a Seguradora ou prestador de serviços por ela autorizado fornecerá cartão magnético e senha para utilização nos estabelecimentos credenciados.

11.2. Os créditos serão efetuados nos valores e periodicidade estabelecidos contratualmente.

12. DESCRIÇÃO DO FORNECIMENTO DE CESTA POR MEIO DO PAGAMENTO EM ESPÉCIE

12.1. Os elementos essenciais para aferição e decisão sobre a existência de Cobertura, referentes à presente Cobertura são:
(i) o aviso de sinistro totalmente preenchido e
(ii) a entrega dos documentos associados à Cobertura pleiteada, conforme abaixo:

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

Morte decorrente de doença
- Aviso de sinistro preenchido e assinado (formulário padrão MetLife);
- Formulário “Autorização para Crédito de Indenização” (formulário padrão MetLife), devidamente preenchido e assinado por cada um dos Beneficiários;
- Cópias do RG, CPF e comprovantes de residência do Segurado e do(s) Beneficiário(s);
- Cópia da Certidão de Óbito do Segurado;
- Cópia do Termo de Rescisão do Contrato de Trabalho, devidamente assinado pelo empregador e pelo representante do empregado, quando se tratar de Apólice Coletiva, cujo Vínculo prévio seja empregatício;
- Cópia dos 3 (três) últimos comprovantes de salário, quando se tratar de Apólice Coletiva, cujo Vínculo prévio seja empregatício;
- Comprovante de indicação de Beneficiário(s) assinado pelo Segurado;
- 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.

Morte decorrente de acidente

Além dos documentos relacionados acima para o caso de Morte decorrente de doença, providenciar:
• Cópia do BO (Boletim de Ocorrência Policial) e/ou CAT (Comunicação de Acidente do Trabalho), se Acidente de Trabalho;
• 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.

Invalidez Permanente Total por Acidente
• Aviso de sinistro preenchido e assinado (formulário padrão MetLife);
• Formulário "Autorização para Crédito de Indenização" (formulário padrão MetLife), devidamente preenchido e assinado pelo Segurado;
• Cópias do RG (cédula de identidade), CPF (Cadastro de Pessoas Físicas) e comprovante de residência do Segurado;
• Cópia do BO (Boletim de Ocorrência Policial) e/ou CAT (Comunicação de Acidente do Trabalho), se Acidente de Trabalho;
• 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 da Ficha de Registro do empregado, quando se tratar de Apólice Coletiva, cujo Vínculo prévio seja empregatício;
• Cópia dos 3 (três) últimos comprovantes de salário, quando se tratar 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.

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

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 ADICIONAL DE CESTA BÁSICA POR ACIDENTE - (CBA)

1. OBJETIVO

1.1. Esta cobertura, desde que contratada, garante ao(s) Beneficiário(s) ou ao próprio Segurado o pagamento de Indenização, a título de auxílio-alimentação, **exceto se decorrente de Riscos Excluídos, observados os demais termos desta cobertura, das Condições Gerais e as demais Disposições Contratuais, em uma das 3 (três) hipóteses indicadas abaixo, que deverá ser estabelecida contratualmente:**

a) exclusivamente, em caso de Morte Acidental do Segurado;
b) exclusivamente em caso de Invalidez Permanente Total por Acidente do Segurado;
c) em caso de Invalidez Permanente Total por Acidente do Segurado e de sua Morte Acidental.

1.2. Esta cobertura somente será devida se caracterizada a cobertura de Morte Acidental ou Invalidez Permanente Total por Acidente, a depender das hipóteses estabelecidas contratualmente, de acordo com o item 1.1.

1.3. As Disposições Contratuais preverão se o pagamento da Indenização será realizado por intermédio de fornecimento de cesta(s) de alimentos ou pelo crédito em cartão magnético ou, ainda, em espécie.

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. Se aplicam os riscos excluídos do item 5 das Condições Gerais.

4. CAPITAL SEGURADO

4.1. O Capital Segurado para esta cobertura será estabelecido contratualmente e deverá constar 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 ocorrência do acidente, não prevalecendo qualquer alteração de Capital Segurado efetuada posteriormente ao acidente.

5. INÍCIO DE VIGÊNCIA

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

6. CESSAÇÃO DE COBERTURA

6.1. Além das hipóteses previstas nos itens 13, 14 e 22 das Condições Gerais, a cobertura do risco 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. ÂMBITO TERRITORIAL DE COBERTURA

8.1. Esta cobertura abrange os eventos ocorridos em território nacional, salvo Disposições Contratuais em contrário.

9. DESCRIÇÃO DO FORNECIMENTO DE CESTA POR MEIO DE ENTREGA DE GÊNEROS ALIMENTÍCIOS

9.1. Em caso de Evento Coberto, se a opção for entrega de cestas de alimentos, estas serão entregues ao Segurado ou ao(s) seu(s) Beneficiário(s), de acordo com o valor referencial e periodicidade estabelecidos contratualmente.

9.1.1. O valor referencial abrangerá a seguinte composição: gêneros alimentícios e embalagem para transporte. O frete para entrega da cesta básica não fará parte do valor referencial.

9.2. A composição da cesta de alimentos poderá ser alterada em consequência da oferta de mercado e/ou oscilações de preço. Por este motivo, os itens poderão ser substituídos em quantidade ou marca e/ou excluídos para manter o limite referencial de valor.

9.2.1. As cestas de alimentos serão entregues pela prestadora de serviços credenciada na data e local indicados pelo Segurado ou pelo(s) Beneficiário(s).

9.2.2.Não haverá reembolso por produtos adquiridos diretamente pelo Segurado ou pelo(s) Beneficiário(s).

10. DESCRIÇÃO DO FORNECIMENTO DE CESTA POR MEIO DE CRÉDITO EM CARTÃO MAGNÉTICO

10.1. Em caso de Evento Coberto, se a opção for pelo pagamento da Indenização por intermédio de crédito em cartão magnético destinado para tal fim, a Seguradora ou prestador de serviços por ela autorizado fornecerá cartão magnético e senha para utilização nos estabelecimentos credenciados.

10.2. Os créditos serão efetuados nos valores e periodicidade estabelecidos contratualmente.

11. DESCRIÇÃO DO FORNECIMENTO DE CESTA POR MEIO DO PAGAMENTO EM ESPÉCIE

11.1. Os elementos essenciais para aferição e decisão sobre a existência de Cobertura, referentes à presente Cobertura são:
(i) o aviso de sinistro totalmente preenchido e
(ii) a entrega dos documentos associados à Cobertura pleiteada, conforme abaixo:

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

a) Morte decorrente de Acidente

- Aviso de sinistro preenchido e assinado (formulário padrão MetLife);
- Formulário "Autorização para Crédito de Indenização" (formulário padrão MetLife), devidamente preenchido e assinado por cada um dos Beneficiários;
- Cópias do RG, CPF e comprovantes de residência do Segurado e do(s) Beneficiário(s);
- Cópia da Certidão de Óbito do Segurado;
- Cópia do BO (Boletim de Ocorrência Policial) e/ou CAT (Comunicação de Acidente do Trabalho), se Acidente de Trabalho;
- 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.
- notas fiscais e recibos originais das despesas com funeral;
- Cópia do Termo de Rescisão do Contrato de Trabalho, devidamente assinado pelo empregador e pelo representante do empregado, quando se tratar de Apólice Coletiva, cujo Vínculo prévio seja empregatício;
- Cópia dos 3 (três) últimos comprovantes de salário, quando se tratar de Apólice Coletiva, cujo Vínculo prévio seja empregatício;
- comprovante de indicação de Beneficiário(s) assinado pelo Segurado;
- 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.

b) Invalidez Permanente Total por Acidente

- Aviso de sinistro preenchido e assinado (formulário padrão MetLife);
- Formulário "Autorização para Crédito de Indenização" (formulário padrão MetLife), devidamente preenchido e assinado pelo Segurado;
- Cópias do RG, CPF e comprovante de residência do Segurado;
- Cópia do BO (Boletim de Ocorrência Policial) e/ou CAT (Comunicação de Acidente do Trabalho), se Acidente de Trabalho;
- 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 da Ficha de Registro do empregado, quando se tratar de Apólice Coletiva, cujo Vínculo prévio seja empregatício;
- Cópia dos 3 (três) últimos comprovantes de salário, quando se tratar 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.

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

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 POR DESEMPREGO INVOLUNTÁRIO (DI)

1. OBJETIVO

1.1. Esta Cobertura, desde que contratada, tem por objetivo garantir ao Segurado uma indenização correspondente ao pagamento de parcelas mensais ou pagamento de uma Indenização em caso de rescisão do Contrato de trabalho do Segurado por parte do empregador, não motivada por justa causa, **exceto se decorrente de Riscos Excluídos, observada a elegibilidade, carência, franquia e os demais termos desta Cobertura, das Condições Gerais e as demais Disposições Contratuais**. O limite da quantidade de parcelas, valor das parcelas, período de carência e de franquia são estabelecidos na proposta de adesão do seguro e no certificado individual.

2. ELEGIBILIDADE

2.1. Somente serão considerados elegíveis ao recebimento da Indenização, os Segurados que na data da rescisão involuntária do contrato de trabalho tiverem **vínculo empregatício**, sujeito exclusivamente ao regime da CLT (Consolidação das Leis do Trabalho), apresentando período mínimo de 12 (doze) meses consecutivos e ininterruptos de trabalho para o atual empregador e desde que o seguro não esteja cancelado, a cobertura suspensa ou o evento prescrito como risco excluído na data do evento

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

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

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

3. RISCOS EXCLUÍDOS

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

a) abandono de emprego ou pedido voluntário de demissão pelo empregado;
b) adesão do empregado a programas de demissão voluntária (PDV) de qualquer natureza ou incentivada e/ou por acordo coletivo de trabalho;
c) demissão quando o segurado é funcionário direto de parente, consanguíneo ou afim;
d) acordo entre empregado e empregador;
e) dispensa do empregado por justa causa;
f) jubilação, exoneração, pensão ou aposentadoria por qualquer causa;
g) perda de emprego decorrente da falência, concordata e recuperação judicial ou extrajudicial do empregador;
h) prestação de Serviço Militar;
i) campanhas de demissões em massa. Para fins de aplicação deste seguro, considera-se demissão em massa empresas que demitam mais de 10% (dez por cento) de seu quadro de pessoal no prazo de seis meses contado a partir do primeiro Sinistro avisado e de um mesmo Estipulante;
j) extinção automática ou término do Contrato de trabalho, quando o Contrato tiver prazo determinado (Contrato a termo);
k) quando o segurado for profissional liberal;
l) Demissão motivada por guerra, revolução ou assemelhados;
m) quando o segurado for membro do conselho de administração da empresa
n) dispensa com imediata admissão em empresa seja ela ou não, do mesmo grupo econômico, coligada, filiada, associada, subsidiária e/ou acionista;
o) contratação e/ou início de vigência do seguro dentro do período de Aviso Prévio, cumprido ou indenizado;
p) segurados não considerados elegíveis a indenização, conforme item 2.

4. CAPITAL SEGURADO

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

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

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

5. REINTEGRAÇÃO DO CAPITAL SEGURADO

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

6. INÍCIO DE VIGÊNCIA

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

7. CESSAÇÃO DE COBERTURA

7.1. Além das hipóteses previstas nos itens 13, 14 e 22 das Condições Gerais, a cobertura do risco cessa ainda:

7.1.1. 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.
e) Quando o segurado se aposentar

8. CARÊNCIA

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

9. FRANQUIA

9.1. É de até 90 (noventa) dias ininterruptos, por evento, conforme definido no Contrato de Seguro e/ou Certificado Individual, contados a partir da data do desligamento do Segurado junto ao empregador.

10. PRÊMIO

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

11. ÂMBITO TERRITORIAL DE COBERTURA

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

12. PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO

12.1. Os elementos essenciais para aferição e decisão sobre a Os elementos essenciais para aferição e decisão sobre a existência de Cobertura, referentes à presente Cobertura são:
(i) o aviso de sinistro totalmente preenchido e
(ii) a entrega dos documentos associados à Cobertura pleiteada, conforme abaixo:

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

- Aviso de sinistro preenchido e assinado (formulário padrão MetLife);
- Formulário “Autorização para Crédito de Indenização” (formulário padrão MetLife) devidamente preenchido e assinado pelo Segurado;
- Cópia do Certificado Individual do Seguro;
- Cópia da Carteira de Trabalho Digital completa, impressa 31 dias após a data do término do período do Aviso Prévio, independente se cumprido ou só indenizado; (*)
- Cópia do RG, CPF e do comprovante de residência do Segurado;
- Cópia do Termo de Rescisão do Contrato de Trabalho;
- Cópia da Autorização de Movimento do Fundo de Cobertura por Tempo de Serviço (FGTS);
- Cópia do último extrato do Fundo de Garantia por Tempo de Serviço, caso tenha sido fornecido pela empresa.

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

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

13. DISPOSIÇÕES GERAIS

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

COBERTURA DE INCAPACIDADE FÍSICA TOTAL E TEMPORÁRIA - (ITT)

1. OBJETIVO

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

2. ELEGIBILIDADE

2.1. Somente terá direito a esta cobertura o Segurado, Prestador de Serviços conforme definido no item 3.24 das Condições Gerais.

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

3. RISCOS EXCLUÍDOS

3.1. Além dos riscos expressamente excluídos apresentados no item 5 das Condições Gerais, estão também excluídos da presente cobertura, as despesas decorrentes de:
a) gravidez;
b) procedimentos e/ou tratamentos, clínicos ou cirúrgicos, para esterilidade, infertilidade, inseminação artificial, impotência sexual, controle de natalidade, e, bem como suas consequências, inclusive períodos de convalescença a eles relacionados;
c) tratamentos clínicos ou cirúrgicos com finalidade estética, salvo quando necessárias à restauração das funções alteradas em razão de Sinistro ocorrido na vigência do seguro;
d) cirurgias plásticas (estéticas ou não) e períodos de convalescença a elas relacionados;
e) tratamentos para obesidade, em qualquer modalidade, inclusive gastroplastia redutora;
f) tratamentos para senilidade, geriatria, rejuvenescimento, repouso, convalescença e suas consequências;
g) tratamentos odontológicos e ortodônticos de quaisquer espécies, salvo quando decorrentes de acidente pessoal, ocorridos dentro do período de vigência do seguro;
h) doenças degenerativas da coluna vertebral, com exceção de tratamento cirúrgico;
i) doenças crônicas, mesmo em fase aguda, entendendo-se como tal aquelas caracterizadas por sua evolução longa e insidiosa, com período de melhora e piora, não respondendo satisfatoriamente a procedimentos terapêuticos;
j) doenças de características reconhecidamente progressivas, tais como fibromialgia, artrite reumatoide, osteoartrose, dor miofascial, esclerose múltipla, doença de Alzheimer, Doença de Parkinson, entre outras;
k) prática de atos reconhecidamente perigosos que não sejam motivados por necessidade justificada, excetuando-se os casos que provierem da utilização de meios de transporte mais arriscado, de prestação de serviço militar, da prática de esporte ou de atos de humanidade em auxílio de outrem;
l) eventos causados exclusivamente pela não utilização, pelo Segurado, de equipamentos de segurança exigidos por lei;
m) eventos causados exclusivamente pela ausência de habilitação do Segurado para condução de veículo automotor;
n) eventos em que o Segurado tenha intencionalmente atentado contra a vida e integridade física de outrem, consumado ou não, exceto em caso de legítima defesa, própria ou de terceiro, 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 do afastamento do Segurado de toda e qualquer atividade laborativa.

5. REINTEGRAÇÃO DO CAPITAL SEGURADO

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

6. INÍCIO DE VIGÊNCIA

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

7. CESSAÇÃO DE COBERTURA

7.1. Além das hipóteses previstas nos itens 13, 14 e 22 das Condições Gerais, a cobertura do risco cessa ainda:

7.1.1. 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.

8. PRÊMIO

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

9. ÂMBITO TERRITORIAL DE COBERTURA

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

10. CARÊNCIA

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

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

11. FRANQUIA

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

12. PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO

12.1. Os elementos essenciais para aferição e decisão sobre a existência de Cobertura, referentes à presente Cobertura são:
(i) o aviso de sinistro totalmente preenchido e
(ii) a entrega dos documentos associados à Cobertura pleiteada, conforme abaixo:

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

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

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

13. DISPOSIÇÕES GERAIS

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

CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA DE PERDA DE RENDA (PR)

1. OBJETIVO

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

2. ELEGIBILIDADE

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

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

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

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

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

2.2. Segurado Profissional Liberal ou Autônomo ou Liberal com comprovação de renda

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

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

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

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

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

2.3.2. Somente terá direito a esta cobertura o Segurado, Profissional Autônomo ou Liberal NÃO Regulamentado, conforme definido no item 3.42. das Condições Gerais, e segurados que não exerçam atividades remuneradas.

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

2.3.4. Serão considerados como mesmo evento, a transferência de um Hospital para outro, desde que não tenha ocorrido alta hospitalar. O conjunto de ocorrências que tenham por origem ou causa o mesmo acidente, será considerado um mesmo evento exceto quando o intervalo entre estas ocorrências for superior à 12 (doze) meses.

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

3. RISCOS EXCLUÍDOS

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

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

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

3.1.2. Segurado Profissional Liberal ou Autônomo Regulamentado
a) gravidez;
b) procedimentos e/ou tratamentos, clínicos ou cirúrgicos, para esterilidade, infertilidade, inseminação artificial, impotência sexual, controle de natalidade, e, bem como suas consequências, inclusive períodos de convalescença a eles relacionados;
c) tratamentos clínicos ou cirúrgicos com finalidade estética, salvo quando necessárias à restauração das funções alteradas em razão de Sinistro ocorrido na vigência do seguro;
d) cirurgias plásticas (estéticas ou não) e períodos de convalescença a elas relacionados;
e) tratamentos para obesidade, em qualquer modalidade, inclusive gastroplastia redutora;
f) tratamentos para senilidade, geriatria, rejuvenescimento, repouso, convalescença e suas consequências;
g) tratamentos odontológicos e ortodônticos de quaisquer espécies, salvo quando decorrentes de acidente pessoal, ocorridos dentro do período de vigência do seguro;
h) doenças degenerativas da coluna vertebral, com exceção de tratamento cirúrgico;
i) doenças crônicas, mesmo em fase aguda, entendendo-se como tal aquelas caracterizadas por sua evolução longa e insidiosa, com período de melhora e piora, não respondendo satisfatoriamente a procedimentos terapêuticos;
j) doenças de características reconhecidamente progressivas, tais como fibromialgia, artrite reumatoide, osteoartrose, dor miofascial, esclerose múltipla, doença de Alzheimer, Doença de Parkinson, entre outras;
k) prática de atos reconhecidamente perigosos que não sejam motivados por necessidade justificada, excetuando-se os casos que provierem da utilização de meios de transporte mais arriscado, de prestação de serviço militar, da prática de esporte ou de atos de humanidade em auxílio de outrem;
l) eventos causados exclusivamente pela não utilização, pelo Segurado, de equipamentos de segurança exigidos por lei;
m) eventos causados exclusivamente pela ausência de habilitação do Segurado para condução de veículo automotor;
n) eventos em que o Segurado tenha intencionalmente atentado contra a vida e integridade física de outrem consumado ou não, exceto em caso de legítima defesa ou assistência à pessoa em perigo.
o)
p) Segurados não considerados elegíveis a Indenização, conforme item 2.

3.1.3. Segurado Profissional Liberal ou Autônomo NÃO Regulamentado
a) perturbações e intoxicações alimentares de qualquer espécie;
b) eventos causados exclusivamente pela não utilização, pelo Segurado, de equipamentos de segurança exigidos por lei;
c) eventos causados exclusivamente pela ausência de habilitação do Segurado para condução de veículo automotor;
d) eventos em que o Segurado tenha intencionalmente atentado contra a vida e integridade física de outrem, consumado ou não, exceto em caso de legítima defesa ou assistência à pessoa em perigo.
e) tratamentos clínicos ou cirúrgicos experimentais e/ou não previstos no Código Brasileiro de Ética Médica e/ou não reconhecidos pelo Ministério da Saúde;
f) tratamento odontológico de qualquer espécie e suas consequências;
g) tratamentos clínicos ou cirúrgicos com finalidade estética;
h) cirurgias plásticas (estéticas ou não);
i) diárias de internação não necessárias para o efetivo tratamento médico, tais como, mas não se limitando a, espera para a realização de cirurgia; disponibilidade para exames; internação com a finalidade exclusiva de realização de exames de qualquer natureza para fins de avaliação do estado de saúde, inclusive check-up.
j) uso de material nuclear para quaisquer fins, ainda que ocorridos em testes, experiências ou no transporte de

armas e/ou projéteis nucleares, incluindo explosões nucleares provocadas ou não, bem como a contaminação radioativa ou exposição a radiações nucleares ou ionizantes;
q) procedimentos e/ou tratamentos clínicos ou cirúrgicos para esterilidade, infertilidade, inseminação artificial, impotência sexual, controle de natalidade e, bem como suas consequências;
r) cirurgia para correção de fimose;
s) tratamentos para obesidade em qualquer modalidade, inclusive gastroplastia redutora;
tratamentos para senilidade, geriatria, rejuvenescimento e suas consequências;
t) doenças mentais e/ou psiquiátricas inclusive o "stress".

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

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

4. CAPITAL SEGURADO

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

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

4.1.2. Saldos em atraso, assim como respectivas multas e juros, não estão cobertos, conforme estabelecido na Apólice de Seguro.

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

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

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

5. REINTEGRAÇÃO DO CAPITAL SEGURADO

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

6. CESSAÇÃO DE COBERTURA

6.1. Além das hipóteses previstas nos itens 13, 14 e 22 das Condições Gerais, a Cobertura do risco cessa ainda:

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

7. CARÊNCIA

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

7.2. Incapacidade Física Total e Temporária - (ITT)
7.1.2. O período de Carência poderá ser estabelecido contratualmente, respeitado o limite máximo de até 50% (cinquenta por cento) do período de vigência da Apólice e será contado a partir do início de vigência individual.

7.3. Internação Hospitalar Por Acidente (IHA)
7.3.1. Para cobertura de Internação Hospitalar Por Acidente não há carência

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

8. FRANQUIA

8.1. É o período contado a partir da data do evento coberto durante o qual não há Cobertura pelo seguro, suportando o Segurado as consequências do evento gerador. Este período será expresso no Certificado Individual do Seguro e será contado em cada evento coberto.

8.2. Em caso de **Segurado que trabalhe sob regime CLT** a **franquia é de até 90 (noventa)** dias ininterruptos, por evento, conforme definido no Contrato de Seguro e/ou Certificado Individual, contados a partir da data do desligamento do Segurado junto ao empregador.

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

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

9. ÂMBITO TERRITORIAL DE COBERTURA

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

10. VIGÊNCIA

10.1. A garantia compreendida por esta Cobertura terá vigência igual à prevista no Certificado individual.

11. PRÊMIO

11.1. O Prêmio referente a esta Cláusula estará previsto contratualmente

12. DATA DO EVENTO

12.1. Para fins desta cláusula em caso de **Segurado que trabalhe sob regime CLT, considera-se data do evento, a data da perda de renda, sendo essa a data do desligamento indicada no Termo de Rescisão do Contrato de Trabalho, independentemente do aviso prévio ser cumprido ou indenizado, conforme documentação comprobatória.**
12.2. Para fins desta cláusula em caso de **Segurado que trabalhe como Profissional Liberal ou Autônomo Regulamentado**, considera-se data do evento, a data da perda de renda, sendo essa a data do afastamento, conforme documentação comprobatória.

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

13. PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO

13.1. Os elementos essenciais para aferição e decisão sobre a existência de Cobertura, referentes à presente Cobertura são:
(i) o aviso de sinistro totalmente preenchido e
(ii) a entrega dos documentos associados à Cobertura pleiteada, conforme abaixo:

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

- Aviso de sinistro preenchido e assinado (formulário padrão MetLife);
- Cópia da Carteira de Trabalho Digital completa, impressa 31 dias após a data do término do período do Aviso Prévio, independente se cumprido ou só indenizado; (*)
- Cópia do RG, CPF e do comprovante de residência do Segurado;
- Cópia do Termo de Rescisão do Contrato de Trabalho;
- Cópia da Autorização de Movimento do Fundo de Cobertura por Tempo de Serviço (FGTS);
- Cópia do último extrato do Fundo de Garantia por Tempo de Serviço caso tenha sido fornecido pela empresa.

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

13.3. Os elementos essenciais para aferição e decisão sobre a existência de Cobertura, referentes à presente Cobertura são:
(i) o aviso de sinistro totalmente preenchido e
(ii) a entrega dos documentos associados à Cobertura pleiteada, conforme abaixo:

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

- Aviso de Sinistro preenchido e assinado (formulário padrão MetLife);
- Relatório médico informando desde quando o segurado recebeu o primeiro diagnóstico do quadro médico

apresentado, bem como descrição da evolução clínica e data em que iniciou o tratamento. No caso de acidente, deverá conter a data do acidente, o percentual do déficit funcional apresentado por segmento, a data de confirmação da alta médica e, obrigatoriamente, da reabilitação;

- Exames médicos complementares realizados;
- Cópia do RG, CPF e do comprovante de residência do Segurado;
- Exames médicos complementares realizados;
- Comprovante de recolhimento do INSS ou Recibo de Pagamento Autônomo (RPA) - os três últimos anteriores ao afastamento - ou Declaração do imposto de renda ou Carnê leão – último;
- Cópia da comprovação contábil/fiscal da atividade profissional nos 3 (três) meses que antecedem ao afastamento.

13.5. Para a análise do pagamento da Indenização em caso de Segurado que trabalhe como Profissional Liberal ou Autônomo NÃO Regulamentado, respeitado o disposto nas Condições Gerais item 18 deverão ser apresentados os respectivos documentos básicos, a seguir relacionados:
Aviso de sinistro preenchido e assinado (formulário padrão MetLife);
• Formulário "Autorização para Crédito de Indenização" (formulário padrão MetLife), devidamente preenchido e assinado pelo Segurado ou, quando for o caso, por cada um dos Beneficiários;
• Cópias do RG, CPF e comprovantes de residência do Segurado e, quando for o caso, de cada um dos Beneficiários;
• Cópia do Prontuário Hospitalar completo;
•Declaração em papel timbrado do Hospital, assinada por representante legal, 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 Acidente de Trabalho;
•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 do Certificado Individual do Seguro;
•Todos os resultados de exames comprobatórios do acidente ou doença, de Clínicas, Consultórios e Hospitais, exames laboratoriais, laudo do médico-assistente e quaisquer outros documentos referentes ao evento.
• Laudo de Exame de Corpo Delito (IML) quando realizado.

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

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

14. DISPOSIÇÕES GERAIS

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

COBERTURA DE FRATURA ÓSSEA (FO1)

1. OBJETIVO

1.1. Esta Cobertura, desde que contratada, garante ao Segurado o pagamento de uma Indenização, em caso de fratura óssea após traumatismo ocorrido nos membros indicados na Tabela de Lesões Cobertas, prevista no item 4.1.2, abaixo, exclusivamente decorrente de Acidente Pessoal coberto, **exceto se decorrente de Riscos Excluídos, observados os demais termos desta Cláusula, das Condições Gerais e as demais Disposições Contratual**.

2. DEFINIÇÃO

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

2.2. Fratura Óssea é uma situação em que há perda da continuidade óssea, geralmente com separação de um osso em dois ou mais fragmentos, após um dos traumatismos.

3. RISCOS EXCLUÍDOS

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

a) Autolesão

4. CAPITAL SEGURADO

4.1. O Capital Segurado para esta Cobertura será estabelecido contratualmente para cada membro da Tabela de Lesões Cobertas, a seguir e deverá constar nos respectivos Certificados Individuais do Seguro.

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

4.1.2. Tabela de Lesões

FRATURA
Vértebra Cervical
Ossos do Ouvido (martelo, bigorna e estribo)
Quadril ou Pelve
Crânio
Fêmur, Calcâneo, Úmero
Tornozelo, Perna, Cotovelo, Escápula
Maxilar, Clavícula, Antebraços, Punho(ossos do carpo)
Vértebra, Torácica ou Lombar (cada)
Osso esterno, patela (rótula)
Mão (metacarpos, exceto dedos e ossos do carpo)
Pés (exceto calcâneo e dedos do pé), Cóccix
Face ou Nariz (exceto crânio e Maxilar)
Costelas (cada)
Dedos da mão e do pé (cada)

As lesões cobertas serão informadas nas Condições Contratuais, bem com o limite de eventos cobertos por vigência.

5. REINTEGRAÇÃO DE COBERTURA

5.1. Na ocorrência de um sinistro, a cobertura da parte do corpo afetada será reintegrada após 12 (doze) meses da data de ocorrência do evento.

6. INÍCIO DE VIGÊNCIA

6.1. A 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.

7. CESSAÇÃO DE COBERTURA

7.1. Além das hipóteses previstas nos itens 13, 14 e 22 das Condições Gerais, a garantia do risco a que se refere esta Cobertura cessa ainda:

7.1.1. 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;

8. PRÊMIO

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

9. ÂMBITO TERRITORIAL DE COBERTURA

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

10. PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO

10.1. Os elementos essenciais para aferição e decisão sobre a existência de Cobertura, referentes à presente Cobertura são:
(i) o aviso de sinistro totalmente preenchido e
(ii) a entrega dos documentos associados à Cobertura pleiteada, conforme abaixo:

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

- Aviso de sinistro preenchido e assinado (formulário padrão MetLife);
- Formulário "Autorização para Crédito de Indenização" (formulário padrão MetLife), devidamente preenchido e assinado pelo Segurado;
- 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 Acidente de Trabalho;
- 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;
- Radiografias acompanhadas dos respectivos laudos radiológicos e resultados de exames realizados;
- Cópia da Ficha de Registro do empregado, quando se tratar de Apólice Coletiva, cujo Vínculo prévio seja empregatício;
- Cópia dos 3 (três) últimos comprovantes de salário, quando se tratar 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.

10.3. Em caso de falecimento do Segurado durante o Período da Fratura e a data do aviso do sinistro, a indenizada será paga aos herdeiros legais.

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

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 FRATURA ÓSSEA (FO2)

1. OBJETIVO

1.1. Esta Cobertura, desde que contratada, garante ao Segurado o pagamento de uma Indenização, em caso de fratura óssea após traumatismo ocorrido nos membros indicados na Tabela de Lesões Cobertas, prevista no item 4.1.2, abaixo, exclusivamente decorrente de Acidente Pessoal coberto, **exceto se decorrente de Riscos Excluídos, observados os demais termos desta Cláusula, das Condições Gerais e as demais Disposições Contratual**.

2. DEFINIÇÃO

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

2.2. Fratura Óssea é uma situação em que há perda da continuidade óssea, geralmente com separação de um osso em dois ou mais fragmentos, após um dos traumatismos.

3. RISCOS EXCLUÍDOS

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

4. CAPITAL SEGURADO

4.1. O Capital Segurado para esta Cobertura será estabelecido contratualmente para cada membro da Tabela de Lesões Cobertas, a seguir e deverá constar nos respectivos Certificados Individuais do Seguro.

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

4.1.2. Tabela de Lesões

FRATURA
Vértebra Cervical
Ossos do Ouvido (martelo, bigorna e estribo)
Quadril ou Pelve
Crânio
Fêmur, Calcâneo, Úmero
Tornozelo, Perna, Cotovelo, Escápula
Maxilar, Clavícula, Antebraços, Punho(ossos do carpo)
Vértebra, Torácica ou Lombar (cada)
Osso esterno, patela (rótula)
Mão (metacarpos, exceto dedos e ossos do carpo)
Pés (exceto calcâneo e dedos do pé), Cóccix
Face ou Nariz (exceto crânio e Maxilar)
Costelas (cada)
Dedos da mão e do pé (cada)

Serão cobertos até 3 (três) eventos, por vigência.

O capital segurado contratado para cada membro fraturado será somado na ocorrência de fraturas simultâneas decorrentes de um mesmo evento.

5. REINTEGRAÇÃO DE COBERTURA

5.1. Na ocorrência de um sinistro, a cobertura da parte do corpo afetada será reintegrada após 12 (doze) meses da data de ocorrência do evento.

6. INÍCIO DE VIGÊNCIA

6.1. A 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.

7. CESSAÇÃO DE COBERTURA

7.1. Além das hipóteses previstas nos itens 13, 14 e 22 das Condições Gerais, a garantia do risco a que se refere esta Cobertura cessa ainda:

7.1.1. 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;

8. PRÊMIO

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

9. ÂMBITO TERRITORIAL DE COBERTURA

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

10. PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO

10.1. Os elementos essenciais para aferição e decisão sobre a existência de Cobertura, referentes à presente Cobertura são:
(i) o aviso de sinistro totalmente preenchido e
(ii) a entrega dos documentos associados à Cobertura pleiteada, conforme abaixo:

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

- Aviso de sinistro preenchido e assinado (formulário padrão MetLife);
- Formulário "Autorização para Crédito de Indenização" (formulário padrão MetLife), devidamente preenchido e assinado pelo Segurado;
- Cópias do RG., CPF e comprovante de residência do Segurado;
- Cópia do BO (Boletim de Ocorrência Policial) e/ou CAT (Comunicação de Acidente do Trabalho), se Acidente de Trabalho;
- 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;
- Radiografias acompanhadas dos respectivos laudos radiológicos e resultados de exames realizados;
- Cópia da Ficha de Registro do empregado, quando se tratar de Apólice Coletiva, cujo Vínculo prévio seja empregatício;
- Cópia dos 3 (três) últimos comprovantes de salário, quando se tratar 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.

10.3. Em caso de falecimento do Segurado durante o Período da Fratura e a data do aviso do sinistro, a indenizada será paga aos herdeiros legais.

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

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.

CLÁUSULA DE LUXAÇÃO (L)

1. OBJETIVO

1.1. Esta Cobertura, desde que contratada, garante ao Segurado o pagamento de uma Indenização, em caso de luxação de um ou mais ossos indicados na Tabela de Lesões Cobertas, prevista no item 4.1.2 abaixo, exclusivamente decorrente de Acidente Pessoal coberto, e que requeira cirurgia sob anestesia no Segurado, **exceto se decorrente de Riscos Excluídos, observados os demais termos desta Cláusula Adicional, das Condições Gerais e as demais Disposições Contratuais**.

2. DEFINIÇÃO

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

2.2. Luxação é o deslocamento repentino e duradouro, parcial ou completo, de um ou mais ossos de uma articulação. Sucede quando uma força atua direta ou indiretamente numa articulação empurrando o osso para uma posição anormal.

3. RISCOS EXCLUÍDOS

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

a) Autolesão

4. CAPITAL SEGURADO

4.1. O Capital Segurado para esta Cobertura será estabelecido contratualmente para cada membro da Tabela de Lesões Cobertas a seguir e deverá constar nos respectivos Certificados Individuais do seguro.

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

Luxação (com necessidade cirúrgica sob anestesia)
Quadril, Patela (rótula), Punho, Cotovelo, Tornozelo, Escápula, Ombro, Clavícula ou Maxilar
Dedos da mão e do pé (cada)

O limite de eventos cobertos serão informados nas Condições Contratuais.

5. REINTEGRAÇÃO DE COBERTURA

5.1. Na ocorrência de um sinistro, a cobertura da parte do corpo afetada será reintegrada após 12 (doze) meses da data de ocorrência do evento.

6. INÍCIO DE VIGÊNCIA

6.1. A 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 Cláusula for contratada após entrada em vigor da Apólice.

7. CESSAÇÃO DE COBERTURA

7.1. Além das hipóteses previstas nos itens 13, 14 e 22 das Condições Gerais, a garantia do risco a que se refere esta Cláusula cessa ainda:

6.1.1. Para o Segurado:
a) simultaneamente, com o cancelamento da Apólice Coletiva ou da presente Cláusula;
b) a partir da data em que ocorrer a exclusão do Segurado da Apólice Coletiva;
c) com o falecimento do Segurado;

8. PRÊMIO

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

9. ÂMBITO TERRITORIAL DE COBERTURA

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

10. PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO

10.1. Os elementos essenciais para aferição e decisão sobre a existência de Cobertura, referentes à presente Cobertura são:
(i) o aviso de sinistro totalmente preenchido e
(ii) a entrega dos documentos associados à Cobertura pleiteada, conforme abaixo:

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

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

- Formulário “Autorização para Crédito de Indenização” (formulário padrão MetLife), devidamente preenchido e assinado pelo Segurado;
- 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 Acidente de Trabalho;
- 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;
- radiografias acompanhadas dos respectivos laudos radiológicos e resultados de exames realizados;
- Cópia da Ficha de Registro do empregado, quando se tratar de Apólice Coletiva, cujo Vínculo prévio seja empregatício;
- Cópia dos 3 (três) últimos comprovantes de salário, quando se tratar 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.
- Cópia completa do Prontuário Hospitalar e relatório da cirurgia.

10.3. Em caso de falecimento do Segurado durante o Período da Luxação e a data do aviso do sinistro, a indenizada será paga aos herdeiros legais.

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

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 DIAGNÓSTICO DE INSUFICIÊNCIA HEPÁTICA POR CIRROSE

1. OBJETIVO

1.1. Esta cobertura, desde que contratada, garante ao Segurado, mediante o pagamento do prêmio e após o período de Carência, o pagamento de uma Indenização, em caso de Diagnóstico de Insuficiência Hepática por Cirrose, exceto se decorrente de Riscos Excluídos, observados os demais termos desta cobertura, das Condições Gerais e as demais Disposições Contratuais.

1.1.1. Insuficiência Hepática por Cirrose: Ocorre quando o fígado entra em insuficiência grave após ser substituído por tecido cicatricial secundário a processos inflamatórios recorrentes no órgão.

2. CARÊNCIA

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

3. FRANQUIA

3.1. O pagamento do Capital Segurado dessa Cobertura está condicionado ao cumprimento do período de franquia estabelecido contratualmente, que representa a sobrevivência do Segurado após a ocorrência do diagnóstico de uma doença coberta ou da realização de um procedimento médico coberto.

4. RISCOS EXCLUÍDOS

4.1. Além dos riscos expressamente excluídos na cláusula 5 das Condições Gerais, estão também excluídos desta cobertura, os eventos ocorridos em consequência, direta ou indireta de e/ou relacionados a:

a) Esteatose hepática ou fígado gorduroso;
b) Ocorrência de cirrose sem que haja comprometimento funcional do fígado.

5. CAPITAL SEGURADO

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

5.2. Para fins desta cobertura, considera-se como data do evento, para efeito de determinação do Capital Segurado, a data do Diagnóstico da Insuficiência Hepática por Cirrose.

6. INÍCIO DE VIGÊNCIA

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

7. CESSAÇÃO DE COBERTURA

7.1. Além das hipóteses previstas nos itens 13, 14 e 22 das Condições Gerais, a cobertura do risco cessa ainda:

7.1.1. 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.

8. PRÊMIO

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

9. ÂMBITO TERRITORIAL DE COBERTURA

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

10. PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO

10.1. Os elementos essenciais para aferição e decisão sobre a existência de Cobertura, referentes à presente Cobertura são:
(i) o aviso de sinistro totalmente preenchido e
(ii) a entrega dos documentos associados à Cobertura pleiteada, conforme abaixo:

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

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

- Cópia de todos os documentos médicos e exames realizados;
- Relatório médico informando a história clínica, desde quando o segurado recebeu o primeiro diagnóstico das doenças registradas na Declaração/Certidão de Óbito, descrição e o tempo (inclusive a data que iniciou o tratamento) de evolução clínica das doenças citadas, bem como os tratamentos realizados;
- Cópia do exame médico anatomopatológicos (biópsia) caracterizando cirrose hepática;
- Ultrassonografia abdominal com sinais que caracterizem hipertensão do sistema porta.
- Cópia da Ficha de Registro do empregado, quando se tratar de Apólice Coletiva, cujo Vínculo prévio seja empregatício.
- Cópia dos 3 (três) últimos comprovantes de salário, quando se tratar 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;

10.3. Em caso de falecimento do Segurado entre o período do Diagnóstico da Insuficiência Hepática por Cirrose e a data do aviso do sinistro, a indenização será paga aos herdeiros legais, na forma da lei.

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

11. DISPOSIÇÕES GERAIS

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

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

COBERTURA DE DIAGNÓSTICO DE TUBERCULOSE PULMONAR

1. OBJETIVO

1.1. Esta cobertura, desde que contratada, garante ao Segurado, mediante o pagamento do prêmio e após o período de Carência, o pagamento de uma Indenização, em caso de Diagnóstico de Tuberculose Pulmonar, **exceto se decorrente de Riscos Excluídos, observados os demais termos desta cobertura, das Condições Gerais e as demais Disposições Contratuais.**

1.1.1. Tuberculose Pulmonar: Doença Infectocontagiosas que atinge o pulmão e é causado pelo bacilo de Koch (ou Mycobacterium tuberculosis).

2. CARÊNCIA

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

3. FRANQUIA

3.1. O pagamento do Capital Segurado dessa Cobertura está condicionado ao cumprimento do período de franquia estabelecido contratualmente, que representa a sobrevivência do Segurado após a ocorrência do diagnóstico de uma doença coberta ou da realização de um procedimento médico coberto.

4. RISCOS EXCLUÍDOS

4.1. Além dos riscos expressamente excluídos na cláusula 5 das Condições Gerais, estão também excluídos desta cobertura , os eventos ocorridos em consequência, direta ou indireta de e/ou relacionados a:

a) Ocorrência de tuberculose em outros órgãos que não o pulmão;
b) Tuberculose previa e recorrência da doença;
c) Pneumonias de qualquer ordem;
d) Portador do bacilo de Koch, mas que não desenvolveu a doença Tuberculose.

5. CAPITAL SEGURADO

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

5.2. Para fins desta cobertura, considera-se como data do evento, para efeito de determinação do Capital Segurado, a data do Diagnóstico de Tuberculose Pulmonar.

6. INÍCIO DE VIGÊNCIA

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

7. CESSAÇÃO DE COBERTURA

7.1. Além das hipóteses previstas nos itens 13, 14 e 22 das Condições Gerais, a cobertura do risco cessa ainda:

7.1.1. 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.

8 PRÊMIO

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

9 ÂMBITO TERRITORIAL DE COBERTURA

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

10 PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO

10.1. Os elementos essenciais para aferição e decisão sobre a existência de Cobertura, referentes à presente Cobertura são:
(i) o aviso de sinistro totalmente preenchido e
(ii) a entrega dos documentos associados à Cobertura pleiteada, conforme abaixo:

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

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

- Formulário “Autorização para Crédito de Indenização” (formulário padrão MetLife), devidamente preenchido e assinado pelo Segurado;
- Cópias do RG, CPF e comprovante de residência do Segurado;
- Cópia de todos os documentos médicos e exames realizados;
- Relatório médico informando a história clínica, desde quando o segurado recebeu o primeiro diagnóstico das doenças registradas na Declaração/Certidão de Óbito, descrição e o tempo (inclusive a data que iniciou o tratamento) de evolução clínica das doenças citadas, bem como os tratamentos realizados;
- Cópia do exame de identificação do bacilo de Koch (na expectoração, ou no lavado brônquico, ou no lavado gástrico, ou na biópsia do pulmão).
- Cópia da Ficha de Registro do empregado, quando se tratar de Apólice Coletiva, cujo Vínculo prévio seja empregatício.
- Cópia dos 3 (três) últimos comprovantes de salário, quando se tratar 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;

10.3. Em caso de falecimento do Segurado entre o período do Diagnóstico da Tuberculose Pulmonar e a data do aviso do sinistro, a indenização será paga ao(s) herdeiros legais, na forma da lei.

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

11 DISPOSIÇÕES GERAIS

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

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

COBERTURA DE DIAGNÓSTICO DE TROMBOSE VENOSA PROFUNDA

1. OBJETIVO

1.1. Esta cobertura, desde que contratada, garante ao Segurado, mediante o pagamento do prêmio e após o período de Carência, o pagamento de uma Indenização, em caso de Diagnóstico de Trombose Venosa Profunda, **exceto se decorrente de Riscos Excluídos, observados os demais termos desta cobertura, das Condições Gerais e as demais Disposições Contratuais.**

1.1.1. **Trombose Venosa Profunda:** Doença causada pela formação de coágulos (trombos) no interior de veias profundas do corpo humano, levando a obstrução total ou parcial da veia acometida. São consideradas veias profundas: veia femoral, veia femoral profunda, veia poplítea, veia fibular, veia tibial anterior, veia tibial posterior, veia braquial, veia radial, veia ulnar, veia jugular interna, veia jugular externa e arco jugular.

2. CARÊNCIA

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

3. FRANQUIA

3.1.O pagamento do Capital Segurado dessa Cobertura está condicionado ao cumprimento do período de franquia estabelecido contratualmente, que representa a sobrevivência do Segurado após a ocorrência do diagnóstico de uma doença coberta ou da realização de um procedimento médico coberto.

4. RISCOS EXCLUÍDOS

4.1. Além dos riscos expressamente excluídos na cláusula 5 das Condições Gerais, estão também excluídos desta cobertura, os eventos ocorridos em consequência, direta ou indireta de e/ou relacionados a:

a) Varizes de qualquer ordem.

5. CAPITAL SEGURADO

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

5.2. Para fins desta cobertura, considera-se como data do evento, para efeito de determinação do Capital Segurado, a data do Diagnóstico de Trombose Venosa Profunda.

6. INÍCIO DE VIGÊNCIA

6.1. Esta cobertura começa a vigorar, para todos os Segurados da Apólice, simultaneamente com o início de vigência da apólice, ou em data posterior, por meio de aditivo, quando esta cobertura for contratada após entrada em vigor da Apólice.

7. CESSAÇÃO DE COBERTURA

7.1. Além das hipóteses previstas nos itens 13, 14 e 22 das Condições Gerais, a cobertura do risco cessa ainda:

7.1.1. 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.

8. PRÊMIO

8.1. O Prêmio referente a esta cobertura estará previsto contratualmente.

9. ÂMBITO TERRITORIAL DE COBERTURA

9.1. Esta cobertura abrange os eventos ocorridos em todo o globo terrestre, salvo Disposições Contratuais em contrário.

10. PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO

10.1. Os elementos essenciais para aferição e decisão sobre a existência de Cobertura, referentes à presente Cobertura são:
(i) o aviso de sinistro totalmente preenchido e
(ii) a entrega dos documentos associados à Cobertura pleiteada, conforme abaixo:

10.2. Para a análise do pagamento da Indenização, respeitado o disposto nas Condições Gerais item 20., além do aviso de sinistro devidamente preenchido, deverão ser apresentados os seguintes documentos: conforme abaixo:

- Aviso de sinistro preenchido e assinado (formulário padrão MetLife);

- Formulário “Autorização para Crédito de Indenização” (formulário padrão MetLife), devidamente preenchido e assinado pelo Segurado;
- Cópias do RG, CPF e comprovante de residência do Segurado;
- Cópia de todos os documentos médicos e exames realizados;
- Relatório médico informando a história clínica, desde quando o segurado recebeu o primeiro diagnóstico das doenças registradas na Declaração/Certidão de Óbito, descrição e o tempo (inclusive a data que iniciou o tratamento) de evolução clínica das doenças citadas, bem como os tratamentos realizados;
- Cópia da confirmação da trombose profunda em pelo menos um dos seguintes exames: flebografia, ultrassom com doppler ou ressonância nuclear magnética;
- Cópia da Ficha de Registro do empregado, quando se tratar de Apólice Coletiva, cujo Vínculo prévio seja empregatício.
- Cópia dos 3 (três) últimos comprovantes de salário, quando se tratar 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;

10.3. Em caso de falecimento do Segurado entre o período do Diagnóstico de Trombose Venosa Profunda e a data do aviso do sinistro, a indenização será paga ao(s) herdeiros legais, na forma da lei.

10.4. Os referidos elementos devem ser submetidos pelo Segurado à Seguradora na forma e no prazo previstos nas Condições Gerais, sob pena de negativa de cobertura.

11. DISPOSIÇÕES GERAIS

11.1. Não será paga Indenização com base em diagnóstico feito exclusivamente por um membro da família ou por pessoa que viva na mesma residência do Segurado, independentemente desta pessoa ser médico habilitado ou profissional de saúde.

11.2. Esta cobertura faz parte integrante das Condições Gerais da Apólice. As normas constantes desta cobertura, por serem mais específicas, prevalecem sobre quaisquer dispositivos existentes nas Condições Gerais que, em relação a esta cobertura, têm função subsidiária.

COBERTURA DE DIAGNÓSTICO DE LUPUS ERITEMATOSO SISTÊMICO

1. OBJETIVO

1.1. Esta cobertura, desde que contratada, garante ao Segurado, mediante o pagamento do prêmio e após o período de Carência, o pagamento de uma Indenização, em caso de Diagnóstico de Lúpus Eritematoso Sistêmico, **exceto se decorrente de Riscos Excluídos, observados os demais termos desta cobertura, das Condições Gerais e as demais Disposições Contratuais.**

1.1.1. Lupus Eritematoso Sistêmico: O Lúpus Eritematoso Sistêmico (ou simplesmente Lúpus) é uma doença crônica inflamatória de caráter autoimune, caracterizado por diversos sinais e sintomas, cujos desenvolvimentos dependem do local acometido pelo seu processo inflamatório.

2. CARÊNCIA

2.1. O período de carência poderá ser estabelecido contratualmente, respeitado o limite máximo de até 50% (cinquenta por cento) do período de vigência da Apólice e será contado a partir do início de vigência individual.

3. FRANQUIA

3.1. O pagamento do Capital Segurado dessa Cobertura está condicionado ao cumprimento do período de franquia estabelecido contratualmente, que representa a sobrevivência do Segurado após a ocorrência do diagnóstico de uma doença coberta ou da realização de um procedimento médico coberto.

4. RISCOS EXCLUÍDOS

4.1. Além dos riscos expressamente excluídos na cláusula 5 das Condições Gerais, estão também excluídos desta cobertura, os eventos ocorridos em consequência, direta ou indireta de e/ou relacionados a:

a) Outras doenças autoimunes;
b) Outros tipos de Lupus.

5. CAPITAL SEGURADO

5.1.O Capital Segurado para esta cobertura será estabelecido contratualmente e deverá constar nos respectivos Certificados Individuais do Seguro.

5.2. Para fins desta cobertura, considera-se como data do evento, para efeito de determinação do Capital Segurado, a data do Diagnóstico de Lupus Eritematoso Sistêmico.

6. INÍCIO DE VIGÊNCIA

6.1. Esta cobertura começa a vigorar, para todos os Segurados da Apólice, simultaneamente com o início de vigência da apólice, ou em data posterior, por meio de aditivo, quando esta cobertura for contratada após entrada em vigor da Apólice.

7. CESSAÇÃO DE COBERTURA

7.1. Além das hipóteses previstas nos itens 13, 14 e 22 das Condições Gerais, a cobertura do risco cessa ainda:

7.1.1. 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.

8. PRÊMIO

8.1. O Prêmio referente a esta cobertura estará previsto contratualmente.

9. ÂMBITO TERRITORIAL DE COBERTURA

9.1. Esta cobertura abrange os eventos ocorridos em todo o globo terrestre, salvo Disposições Contratuais em contrário.

10. PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO

10.1. Os elementos essenciais para aferição e decisão sobre a existência de Cobertura, referentes à presente Cobertura são:
(i) o aviso de sinistro totalmente preenchido e
(ii) a entrega dos documentos associados à Cobertura pleiteada, conforme abaixo:

10.2. Para a análise do pagamento da Indenização, respeitado o disposto nas Condições Gerais item 20., além do aviso de sinistro devidamente preenchido, deverão ser apresentados os seguintes documentos: conforme abaixo:

- Aviso de sinistro preenchido e assinado (formulário padrão MetLife);

- Formulário “Autorização para Crédito de Indenização” (formulário padrão MetLife), devidamente preenchido e assinado pelo Segurado;
- Cópias do RG, CPF e comprovante de residência do Segurado;
- Cópia de todos os documentos médicos e exames realizados;
- Relatório médico informando a história clínica, desde quando o segurado recebeu o primeiro diagnóstico das doenças registradas na Declaração/Certidão de Óbito, descrição e o tempo (inclusive a data que iniciou o tratamento) de evolução clínica das doenças citadas, bem como os tratamentos realizados;
- Relatório específico do médico reumatologista informando a história clínica, o tempo de evolução da doença e o tratamento realizado com exames laboratoriais comprobatórios.
- Cópia da Ficha de Registro do empregado, quando se tratar de Apólice Coletiva, cujo Vínculo prévio seja empregatício.
- Cópia dos 3 (três) últimos comprovantes de salário, quando se tratar 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;

10.3. Em caso de falecimento do Segurado entre o período do Diagnóstico de Lupus Eritematoso Sistêmico e a data do aviso do sinistro, a indenização será paga ao(s) herdeiros legais, na forma da lei.

10.4. Os referidos elementos devem ser submetidos pelo Segurado à Seguradora na forma e no prazo previstos nas Condições Gerais, sob pena de negativa de cobertura.

11. DISPOSIÇÕES GERAIS

11.1. Não será paga Indenização com base em diagnóstico feito exclusivamente por um membro da família ou por pessoa que viva na mesma residência do Segurado, independentemente desta pessoa ser médico habilitado ou profissional de saúde.

11.2. Esta cobertura faz parte integrante das Condições Gerais da Apólice. As normas constantes desta cobertura, por serem mais específicas, prevalecem sobre quaisquer dispositivos existentes nas Condições Gerais que, em relação a esta cobertura, têm função subsidiária.

COBERTURA DE DIAGNÓSTICO DE SÍNDROME DA IMUNODEFICIÊNCIA ADQUIRIDA (SIDA OU AIDS)

1. OBJETIVO

1.1. Esta cobertura, desde que contratada, garante ao Segurado, mediante o pagamento do prêmio e após o período de Carência, o pagamento de uma Indenização, em caso de Diagnóstico de Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (SIDA ou AIDS) e com desenvolvimento de doenças oportunistas relacionadas, **exceto se decorrente de Riscos Excluídos, observados os demais termos desta cobertura, das Condições Gerais e as demais Disposições Contratuais.**

1.1.1. Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (SIDA ou AIDS): Doença Infectocontagiosa causada pelo Vírus da Imunodeficiência Humana (também chamado de HIV)

2. CARÊNCIA

2.1. O período de carência poderá ser estabelecido contratualmente, respeitado o limite máximo de até 50% (cinquenta por cento) do período de vigência da Apólice e será contado a partir do início de vigência individual.

3. FRANQUIA

3.1. O pagamento do Capital Segurado dessa Cobertura está condicionado ao cumprimento do período de franquia estabelecido contratualmente, que representa a sobrevivência do Segurado após a ocorrência do diagnóstico de uma doença coberta ou da realização de um procedimento médico coberto.

4. RISCOS EXCLUÍDOS

4.1. Além dos riscos expressamente excluídos na cláusula 5 das Condições Gerais, estão também excluídos desta cobertura, os eventos ocorridos em consequência, direta ou indireta de e/ou relacionados a:

a) Portadores do HIV que não desenvolveram a Síndrome da Imunodeficiência Adquirida;
b) Portadores do HIV positivo sem doenças oportunistas relacionadas.

5. CAPITAL SEGURADO

5.1. O Capital Segurado para esta cobertura será estabelecido contratualmente e deverá constar nos respectivos Certificados Individuais do Seguro.

5.2. Para fins desta cobertura, considera-se como data do evento, para efeito de determinação do Capital Segurado, a data do Diagnóstico de Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (SIDA ou AIDS).

6. INÍCIO DE VIGÊNCIA

6.1. Esta cobertura começa a vigorar, para todos os Segurados da Apólice, simultaneamente com o início de vigência da apólice, ou em data posterior, por meio de aditivo, quando esta cobertura for contratada após entrada em vigor da Apólice.

7. CESSAÇÃO DE COBERTURA

7.1. Além das hipóteses previstas nos itens 13, 14 e 22 das Condições Gerais, a cobertura do risco cessa ainda:

7.1.1. 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.

8. PRÊMIO

8.1. O Prêmio referente a esta cobertura estará previsto contratualmente**.**

9. ÂMBITO TERRITORIAL DE COBERTURA

9.1. Esta cobertura abrange os eventos ocorridos em todo o globo terrestre, salvo Disposições Contratuais em contrário.

10. PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO

10.1. Os elementos essenciais para aferição e decisão sobre a existência de Cobertura, referentes à presente Cobertura são:
(i) o aviso de sinistro totalmente preenchido e
(ii) a entrega dos documentos associados à Cobertura pleiteada, conforme abaixo:

10.2. Para a análise do pagamento da Indenização, respeitado o disposto nas Condições Gerais item 20., além do aviso de sinistro devidamente preenchido, deverão ser apresentados os seguintes documentos: conforme abaixo:

- Aviso de sinistro preenchido e assinado (formulário padrão MetLife);
- Formulário “Autorização para Crédito de Indenização” (formulário padrão MetLife), devidamente preenchido e assinado pelo Segurado;
- Cópias do RG, CPF e comprovante de residência do Segurado;
- Cópia de todos os documentos médicos e exames realizados;
- Relatório médico informando a história clínica, desde quando o segurado recebeu o primeiro diagnóstico das doenças registradas na Declaração/Certidão de Óbito, descrição e o tempo (inclusive a data que iniciou o tratamento) de evolução clínica das doenças citadas, bem como os tratamentos realizados;
- Relatório do médico infectologista informando a história clínica, o tempo de evolução da doença, o tratamento realizado e as doenças oportunistas instaladas;
- Cópia do Exame laboratorial com sorologia positiva para HIV.
- Cópia da Ficha de Registro do empregado, quando se tratar de Apólice Coletiva, cujo Vínculo prévio seja empregatício.
- Cópia dos 3 (três) últimos comprovantes de salário, quando se tratar 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;

10.3. Em caso de falecimento do Segurado entre o período do Diagnóstico de Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (SIDA ou AIDS) e a data do aviso do sinistro, a indenização será paga ao(s) aos herdeiros legais, na forma da lei.

10.4. Os referidos elementos devem ser submetidos pelo Segurado à Seguradora na forma e no prazo previstos nas Condições Gerais, sob pena de negativa de cobertura.

11. DISPOSIÇÕES GERAIS

11.1. Não será paga Indenização com base em diagnóstico feito exclusivamente por um membro da família ou por pessoa que viva na mesma residência do Segurado, independentemente desta pessoa ser médico habilitado ou profissional de saúde.

11.2. Esta cobertura faz parte integrante das Condições Gerais da Apólice. As normas constantes desta cobertura, por serem mais específicas, prevalecem sobre quaisquer dispositivos existentes nas Condições Gerais que, em relação a esta cobertura, têm função subsidiária.

COBERTURA DE DIAGNÓSTICO DE DOENÇA DE ALZHEIMER

1. OBJETIVO

1.1. Esta cobertura, desde que contratada, garante ao Segurado, mediante o pagamento do prêmio e após o período de Carência, o pagamento de uma Indenização, em caso de Diagnóstico de Doença de Alzheimer, exceto se decorrente de Riscos Excluídos, observados os demais termos desta cobertura, das Condições Gerais e as demais Disposições Contratuais.

1.1.1. Alzheimer: Doença neurológica caracterizada por ser progressiva e levar à perda das funções cognitivas cerebrais (demência).

2. CARÊNCIA

2.1. O período de carência poderá ser estabelecido contratualmente, respeitado o limite máximo de até 50% (cinquenta por cento) do período de vigência da Apólice e será contado a partir do início de vigência individual.

3. FRANQUIA

3.1. O pagamento do Capital Segurado dessa Cobertura está condicionado ao cumprimento do período de franquia estabelecido contratualmente, que representa a sobrevivência do Segurado após a ocorrência do diagnóstico de uma doença coberta ou da realização de um procedimento médico coberto.

4. RISCOS EXCLUÍDOS

4.1. Além dos riscos expressamente excluídos na cláusula 5 das Condições Gerais, estão também excluídos desta cobertura, os eventos ocorridos em consequência, direta ou indireta de e/ou relacionados a:
a) Outros tipos de demência.

5. CAPITAL SEGURADO

5.1. O Capital Segurado para esta cobertura será estabelecido contratualmente e deverá constar nos respectivos Certificados Individuais do Seguro.

5.2. Para fins desta cobertura, considera-se como data do evento, para efeito de determinação do Capital Segurado, a data do Diagnóstico de Alzheimer.

6. INÍCIO DE VIGÊNCIA

6.1. Esta cobertura começa a vigorar, para todos os Segurados da Apólice, simultaneamente com o início de vigência da apólice, ou em data posterior, por meio de aditivo, quando esta cobertura for contratada após entrada em vigor da Apólice.

7. CESSAÇÃO DE COBERTURA

7.1. Além das hipóteses previstas nos itens 13, 14 e 22 das Condições Gerais, a cobertura do risco cessa ainda:

7.1.1. 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.

8. PRÊMIO

8.1. O Prêmio referente a esta cobertura estará previsto contratualmente.

9. ÂMBITO TERRITORIAL DE COBERTURA

9.1. Esta cobertura abrange os eventos ocorridos em todo o globo terrestre, salvo Disposições Contratuais em contrário.

10. PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO

10.1. Os elementos essenciais para aferição e decisão sobre a existência de Cobertura, referentes à presente Cobertura são:
(i) o aviso de sinistro totalmente preenchido e
(ii) a entrega dos documentos associados à Cobertura pleiteada, conforme abaixo:

10.2. Para a análise do pagamento da Indenização, respeitado o disposto nas Condições Gerais item 20., além do aviso de sinistro devidamente preenchido, deverão ser apresentados os seguintes documentos: conforme abaixo:

- Aviso de sinistro preenchido e assinado (formulário padrão MetLife);
- Formulário “Autorização para Crédito de Indenização” (formulário padrão MetLife), devidamente preenchido e assinado pelo Segurado;
- Cópias do RG, CPF e comprovante de residência do Segurado;
- Cópia de todos os documentos médicos e exames realizados;

- Relatório médico informando a história clínica, desde quando o segurado recebeu o primeiro diagnóstico das doenças registradas na Declaração/Certidão de Óbito, descrição e o tempo (inclusive a data que iniciou o tratamento) de evolução clínica das doenças citadas, bem como os tratamentos realizados;
- Relatório do médico assistente constatando a doença, o tempo de acompanhamento do segurado e as principais alterações que o levaram a firmar o diagnóstico de Doença de Alzheimer.
- Cópia da Ficha de Registro do empregado, quando se tratar de Apólice Coletiva, cujo Vínculo prévio seja empregatício.
- Cópia dos 3 (três) últimos comprovantes de salário, quando se tratar 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;

10.3. Em caso de falecimento do Segurado entre o período do Diagnóstico de Alzheimer e a data do aviso do sinistro, a indenização será paga ao(s) herdeiros legais, na forma da lei.

10.4. Os referidos elementos devem ser submetidos pelo Segurado à Seguradora na forma e no prazo previstos nas Condições Gerais, sob pena de negativa de cobertura.

11. DISPOSIÇÕES GERAIS

11.1. Não será paga Indenização com base em diagnóstico feito exclusivamente por um membro da família ou por pessoa que viva na mesma residência do Segurado, independentemente desta pessoa ser médico habilitado ou profissional de saúde.

11.2. Esta cobertura faz parte integrante das Condições Gerais da Apólice. As normas constantes desta cobertura, por serem mais específicas, prevalecem sobre quaisquer dispositivos existentes nas Condições Gerais que, em relação a esta cobertura, têm função subsidiária.

COBERTURA DE DIAGNÓSTICO DE DOENÇA DE HANSENÍASE

1. OBJETIVO

1.1. Esta cobertura, desde que contratada, garante ao Segurado, mediante o pagamento do prêmio e após o período de Carência, o pagamento de uma Indenização, em caso de Diagnóstico de Doença de Hanseníase, **exceto se decorrente de Riscos Excluídos, observados os demais termos desta cobertura, das Condições Gerais e as demais Disposições Contratuais.**

1.1.1. Hanseníase: Doença Infectocontagiosa causada pelo *Mycobacterium leprae*.

2. CARÊNCIA

2.1. O período de carência poderá ser estabelecido contratualmente, respeitado o limite máximo de até 50% (cinquenta por cento) do período de vigência da Apólice e será contado a partir do início de vigência individual.

3. FRANQUIA

3.1. O pagamento do Capital Segurado dessa Cobertura está condicionado ao cumprimento do período de franquia estabelecido contratualmente, que representa a sobrevivência do Segurado após a ocorrência do diagnóstico de uma doença coberta ou da realização de um procedimento médico coberto.

4. RISCOS EXCLUÍDOS

4.1. Além dos riscos expressamente excluídos na cláusula 5 das Condições Gerais, estão também excluídos desta cobertura, os eventos ocorridos em consequência, direta ou indireta de e/ou relacionados a:

a) Portadores do *Mycobacterium leprae*, mas que não desenvolveram a doença;
b) Doença no período de incubação.

5. CAPITAL SEGURADO

5.1.O Capital Segurado para esta cobertura será estabelecido contratualmente e deverá constar nos respectivos Certificados Individuais do Seguro.

5.2. Para fins desta cobertura, considera-se como data do evento, para efeito de determinação do Capital Segurado, a data do Diagnóstico de Doença de Hanseníase.

6. INÍCIO DE VIGÊNCIA

6.1. Esta cobertura começa a vigorar, para todos os Segurados da Apólice, simultaneamente com o início de vigência da apólice, ou em data posterior, por meio de aditivo, quando esta cobertura for contratada após entrada em vigor da Apólice.

7. CESSAÇÃO DE COBERTURA

7.1. Além das hipóteses previstas nos itens 13, 14 e 22 das Condições Gerais, a cobertura do risco cessa ainda:

7.1.1. 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.

8. PRÊMIO

8.1. O Prêmio referente a esta cobertura estará previsto contratualmente.

9. ÂMBITO TERRITORIAL DE COBERTURA

9.1. Esta cobertura abrange os eventos ocorridos em todo o globo terrestre, salvo Disposições Contratuais em contrário.

10. PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO

10.1. Os elementos essenciais para aferição e decisão sobre a existência de Cobertura, referentes à presente Cobertura são:
(i)o aviso de sinistro totalmente preenchido e
(ii)a entrega dos documentos associados à Cobertura pleiteada, conforme abaixo:

10.2. Para a análise do pagamento da Indenização, respeitado o disposto nas Condições Gerais item 20., além do aviso de sinistro devidamente preenchido, deverão ser apresentados os seguintes documentos: conforme abaixo:

- Aviso de sinistro preenchido e assinado (formulário padrão MetLife);
- Formulário “Autorização para Crédito de Indenização” (formulário padrão MetLife), devidamente preenchido e assinado pelo Segurado;
- Cópias do RG (cédula de identidade), CPF (Cadastro de Pessoas Físicas) e comprovante de residência do Segurado;
- Cópia de todos os documentos médicos e exames realizados;

- Relatório médico informando a história clínica, desde quando o segurado recebeu o primeiro diagnóstico das doenças registradas na Declaração/Certidão de Óbito, descrição e o tempo (inclusive a data que iniciou o tratamento) de evolução clínica das doenças citadas, bem como os tratamentos realizados;
- Relatório do médico assistente constatando a doença ativa (com ou sem tratamento), e
- Exame médico anatomopatológico (biópsia) demonstrando a presença do *Mycobacterium leprae*.
- Cópia da Ficha de Registro do empregado, quando se tratar de Apólice Coletiva, cujo Vínculo prévio seja empregatício.
- Cópia dos 3 (três) últimos comprovantes de salário, quando se tratar 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;

10.3. Em caso de falecimento do Segurado entre o período do Diagnóstico de Doença de Hanseníase e a data do aviso do sinistro, a indenização será paga ao(s) herdeiros legais, na forma da lei.

10.4. Os referidos elementos devem ser submetidos pelo Segurado à Seguradora na forma e no prazo previstos nas Condições Gerais, sob pena de negativa de cobertura.

11. DISPOSIÇÕES GERAIS

11.1. Não será paga Indenização com base em diagnóstico feito exclusivamente por um membro da família ou por pessoa que viva na mesma residência do Segurado, independentemente desta pessoa ser médico habilitado ou profissional de saúde.

11.2. Esta cobertura faz parte integrante das Condições Gerais da Apólice. As normas constantes desta cobertura, por serem mais específicas, prevalecem sobre quaisquer dispositivos existentes nas Condições Gerais que, em relação a esta cobertura, têm função subsidiária.

COBERTURA DE DIAGNÓSTICO DE DOENÇA DE PAGET

1. OBJETIVO

1.1. Esta cobertura, desde que contratada, garante ao Segurado, mediante o pagamento do prêmio e após o período de Carência, o pagamento de uma Indenização, em caso de Diagnóstico de Doença de Paget, **exceto se decorrente de Riscos Excluídos, observados os demais termos desta cobertura, das Condições Gerais e as demais Disposições Contratuais.**

1.1.1. Doença de Paget: Doença de Paget (ou Osteíte Deformante) em estado avançado:
a) apresentando lesões ósseas generalizadas, deformidades ósseas, osteoartrites secundárias, fraturas espontâneas e degeneração maligna (sarcoma osteogênico, fibrossarcoma e sarcoma de células redondas); b) complicações neurológicas e sensoriais como surdez, perturbações olfativas e neuralgias; c) complicações cardiovasculares, como insuficiência cardíaca, arteriosclerose periférica e hipertensão arterial.

2. CARÊNCIA

2.1. O período de carência poderá ser estabelecido contratualmente, respeitado o limite máximo de até 50% (cinquenta por cento) do período de vigência da Apólice e será contado a partir do início de vigência individual.

3. FRANQUIA

3.1. O pagamento do Capital Segurado dessa Cobertura está condicionado ao cumprimento do período de franquia estabelecido contratualmente, que representa a sobrevivência do Segurado após a ocorrência do diagnóstico de uma doença coberta ou da realização de um procedimento médico coberto.

4. RISCOS EXCLUÍDOS

4.1. Além dos riscos expressamente excluídos na cláusula 5 das Condições Gerais, estão também excluídos desta cobertura, os eventos ocorridos em consequência, direta ou indireta de e/ou relacionados a:

a) Formas localizadas da doença de Paget, que sejam assintomáticas ou pouco sintomáticas, mas que foram detectadas em exames radiológicos de rotina.

5. CAPITAL SEGURADO

5.1. O Capital Segurado para esta cobertura será estabelecido contratualmente e deverá constar nos respectivos Certificados Individuais do Seguro.

5.2. Para fins desta cobertura, considera-se como data do evento, para efeito de determinação do Capital Segurado, a data do Diagnóstico de Doença de Paget.

6. INÍCIO DE VIGÊNCIA

6.1. Esta cobertura começa a vigorar, para todos os Segurados da Apólice, simultaneamente com o início de vigência da apólice, ou em data posterior, por meio de aditivo, quando esta cobertura for contratada após entrada em vigor da Apólice.

7. CESSAÇÃO DE COBERTURA

7.1. Além das hipóteses previstas nos itens 13, 14 e 22 das Condições Gerais, a cobertura do risco cessa ainda:

7.1.1. 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.

8. PRÊMIO

8.1. O Prêmio referente a esta cobertura estará previsto contratualmente.

9. ÂMBITO TERRITORIAL DE COBERTURA

9.1. Esta cobertura abrange os eventos ocorridos em todo o globo terrestre, salvo Disposições Contratuais em contrário.

10. PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO

10.1. Os elementos essenciais para aferição e decisão sobre a existência de Cobertura, referentes à presente Cobertura são:
(i)o aviso de sinistro totalmente preenchido e
(ii)a entrega dos documentos associados à Cobertura pleiteada, conforme abaixo:

10.2. Para a análise do pagamento da Indenização, respeitado o disposto nas Condições Gerais item 20., além do aviso de sinistro devidamente preenchido, deverão ser apresentados os seguintes documentos: conforme abaixo:

- Aviso de sinistro preenchido e assinado (formulário padrão MetLife);
- Formulário “Autorização para Crédito de Indenização” (formulário padrão MetLife), devidamente preenchido e assinado pelo Segurado;
- Cópias do RG, CPF e comprovante de residência do Segurado;
- Cópia de todos os documentos médicos e exames realizados;
- Relatório médico informando a história clínica, desde quando o segurado recebeu o primeiro diagnóstico das doenças registradas na Declaração/Certidão de Óbito, descrição e o tempo (inclusive a data que iniciou o tratamento) de evolução clínica das doenças citadas, bem como os tratamentos realizados;
- Relatório do médico assistente constatando a doença e sua gravidade, e Exame radiológico compatível.
- Cópia da Ficha de Registro do empregado, quando se tratar de Apólice Coletiva, cujo Vínculo prévio seja empregatício.
- Cópia dos 3 (três) últimos comprovantes de salário, quando se tratar 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;

10.3. Em caso de falecimento do Segurado entre o período do Diagnóstico de Doença de Paget e a data do aviso do sinistro, a indenização será paga ao(s) herdeiros legais, na forma da lei.

10.4. Os referidos elementos devem ser submetidos pelo Segurado à Seguradora na forma e no prazo previstos nas Condições Gerais, sob pena de negativa de cobertura.

11. DISPOSIÇÕES GERAIS

11.1. Não será paga Indenização com base em diagnóstico feito exclusivamente por um membro da família ou por pessoa que viva na mesma residência do Segurado, independentemente desta pessoa ser médico habilitado ou profissional de saúde.

11.2. Esta cobertura faz parte integrante das Condições Gerais da Apólice. As normas constantes desta cobertura, por serem mais específicas, prevalecem sobre quaisquer dispositivos existentes nas Condições Gerais que, em relação a esta cobertura, têm função subsidiária.

COBERTURA DE AUXÍLIO POR INTERNAÇÃO HOSPITALAR (AIH)

1. OBJETIVO

1.1. Esta cobertura, desde que contratada, garante ao Segurado o pagamento de uma Indenização, em caso de sua hospitalização causada por doença ou acidente pessoal coberto, **exceto se decorrente de Riscos Excluídos, observados os demais termos desta cobertura, das Condições Gerais e as demais Disposições Contratuais**.

1.2. As Indenizações previstas nesta cobertura serão devidas após decorrido o período de Carência e Franquia.

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) instituições para atendimento de deficientes mentais e/ou doentes psiquiátricos, inclusive o departamento psiquiátrico de um hospital geral;
c) clínicas de repouso, asilos e assemelhados e/ou locais de acomodação para idosos;
d) clínicas e/ou locais de tratamento para recuperação de viciados em álcool, drogas e/ou entorpecentes;
e) instituição de saúde hidroterápica ou clínica de métodos curativos naturais;
f) casa de saúde para convalescentes e/ou reabilitação de quaisquer espécies;
g) clínicas de emagrecimento, rejuvenescimento ou "SPAs";
h) "Home Care" (internação domiciliar).

2.3. Hospitalização: é a permanência em hospital por período mínimo de 72 (setenta e duas) 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. Período de Hospitalização Indenizável: é o período de pernoites que o Segurado permanecer hospitalizado.

3. RISCOS EXCLUÍDOS

3.1. Além dos riscos expressamente excluídos apresentados no item 5 das Condições Gerais, estão também excluídos da presente cobertura, os eventos ocorridos em consequência, direta ou indireta de e/ou relacionados a:

a) gravidez tópica ou ectópica,
b) procedimentos e/ou tratamentos clínicos ou cirúrgicos para esterilidade, infertilidade, inseminação artificial, impotência sexual, controle de natalidade e, bem como suas consequências;
c) cirurgia para correção de fimose;
d) tratamentos clínicos ou cirúrgicos experimentais e/ou não previstos no Código Brasileiro de Ética Médica e/ou não reconhecidos pelo Ministério da Saúde;
e) tratamento odontológico de qualquer espécie e suas consequências;
f) tratamentos clínicos ou cirúrgicos com finalidade estética;
g) cirurgias plásticas (estéticas ou não);
h) tratamentos para obesidade em qualquer modalidade, inclusive gastroplastia redutora;
i) tratamentos para senilidade, geriatria, rejuvenescimento e suas consequências;
j) internação não necessárias para o efetivo tratamento médico, tais como, mas não se limitando a, espera para a realização de cirurgia; disponibilidade para exames de diagnose; repouso; internação com a finalidade exclusiva de realização de exames de qualquer natureza para fins de avaliação do estado de saúde, inclusive check-up; internação para doação de órgãos;
k) doenças mentais e/ou psiquiátricas inclusive o "stress".

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. As Indenizações previstas nesta cobertura serão devidas a contar do término do período de Franquia e se estenderão até a alta.

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 ocorrência de cada 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.

5.3. O conjunto de ocorrências que tenham por origem ou causa o mesmo acidente ou a mesma doença será considerado um mesmo evento exceto quando o intervalo entre estas ocorrências for superior à 12 (doze) meses.

6. LIMITE DE EVENTOS COBERTOS

6.1. O limite de eventos cobertos será estabelecido contratualmente.

7. INÍCIO DE VIGÊNCIA

7.1. 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.

8. CESSAÇÃO DE COBERTURA

8.1. Além das hipóteses previstas nos itens 13, 14 e 22 **das** Condições Gerais, a cobertura do risco cessa ainda:

8.1.1. 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.

9. PRÊMIO

9.1. O Prêmio referente a esta cobertura estará previsto contratualmente.

10. ÂMBITO TERRITORIAL DE COBERTURA

10.1. Esta cobertura abrange os eventos ocorridos em todo o território nacional, salvo Disposições Contratuais em contrário.

11. CARÊNCIA

11.1. O período de Carência poderá ser estabelecido contratualmente, respeitado o limite máximo de até 50% (cinquenta por cento) do período de vigência da Apólice e será contado a partir do início de vigência individual.

11.2. Para os eventos decorrentes de Acidentes Pessoais não haverá Carência.

12. FRANQUIA

12.1. O período de Franquia é de 72 (setenta e duas) horas a contar do horário inicial de internação hospitalar.

13. PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO

13.1. 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 doenças ou lesões.

13.2. A indenização será paga considerando a regra abaixo:

Dias de Internação	% Capital Segurado
Até 15 dias de Internação	20%
Acima de 15 dias de internação	100%

13.3. Em caso de falecimento do Segurado durante o Período de Hospitalização Indenizável, a indenização devida e eventualmente não indenizada será paga aos herdeiros legais.

13.4. Os elementos essenciais para aferição e decisão sobre a existência de Cobertura, referentes à presente Cobertura são:
(i) o aviso de sinistro totalmente preenchido e
(ii) a entrega dos documentos associados à Cobertura pleiteada, conforme abaixo:

13.5. Para a análise do pagamento da Indenização, respeitado o disposto nas Condições Gerais item 20., além do aviso de sinistro devidamente preenchido, deverão ser apresentados os seguintes documentos: conforme abaixo:

- Aviso de sinistro preenchido e assinado (formulário padrão MetLife);
- formulário "Autorização para Crédito de Indenização" (formulário padrão MetLife), devidamente preenchido e assinado pelo Segurado ou, quando for o caso, por cada um dos Beneficiários;
- cópias do RG, CPF e comprovantes de residência do Segurado e, quando for o caso, de cada um dos Beneficiários;
- cópia do Prontuário Hospitalar completo;
- declaração em papel timbrado do Hospital, assinada por representante legal, indicando data e hora de entrada e de alta hospitalar, mencionando períodos de enfermaria e UTI;
- 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.

13.6. No caso de Segurado Dependente, além dos documentos exigidos acima, serão exigidos os seguintes documentos:
a) cópia do comprovante da condição de dependente, caso seja:
a.1) Cônjuge: Cópia da certidão de casamento;
a.2) Companheira(o): Cópia da cédula de identidade, CPF, RG e comprovação de união estável por ocasião da ocorrência do sinistro;
a.3) Filhos: Cópia da certidão de nascimento ou RG e CPF;
a.4) Enteados: Cópia do RG, CPF e Certidão de casamento atualizada dos pais, ou provas de união estável.

13.7. Os referidos elementos devem ser submetidos pelo Segurado à Seguradora na forma e no prazo previstos nas Condições Gerais, sob pena de negativa de cobertura.

14. DISPOSIÇÕES GERAIS

14.1. Esta cobertura faz parte integrante das Condições Gerais da Apólice. As normas constantes desta cobertura, por serem mais específicas, prevalecem sobre quaisquer dispositivos existentes nas Condições Gerais que, em relação a esta cobertura, têm função subsidiária.

COBERTURA SUPLEMENTAR DE INCLUSÃO DE CÔNJUGE (IC)

1. OBJETIVO

1.1. Esta cobertura Suplementar, desde que contratada, garante ao Segurado, uma Indenização em caso de falecimento do Cônjuge do Segurado, ou ainda na ocorrência de algum do(s) demais Evento(s) Coberto(s) previsto(s) na(s) cobertura (s) contratada(s) pelo Segurado em favor de seu Cônjuge, **exceto se decorrente de Riscos Excluídos, observados os demais termos desta cobertura Suplementar, das Condições Gerais, da(s) cobertura (s) eventualmente contratada(s) e as demais Disposições Contratuais.**

1.2. Não poderá participar desta cobertura Suplementar, o cônjuge que faça parte do mesmo Grupo Segurado, como Segurado Titular, ainda que tenha pagado o Prêmio, exceto se houver Disposição Contratual em contrário.

1.3. Esta cobertura Suplementar somente poderá ser contratada, se for extensiva da(s) cobertura (s) contratada(s) para o Segurado, respeitadas as conjugações estabelecidas contratualmente.

2. DEFINIÇÃO

2.1. Cônjuge: é a(o) esposa(o) do Segurado(a). A(o) companheira(o) equipara-se ao Cônjuge, desde que comprovada a união estável, nos termos da legislação em vigor, na data do Sinistro.

3. COBERTURAS

3.1. As coberturas que poderão ser contratadas para o Cônjuge serão estabelecidas contratualmente e obedecerão às mesmas disposições estabelecidas para o Segurado nestas Condições Gerais e nas respectivas coberturas, eventualmente contratadas, observadas as limitações de Capital Segurado e idade, e eventuais regras aplicáveis exclusivamente ao Cônjuge.

4. RISCOS EXCLUÍDOS

4.1. Estão expressamente excluídos desta cobertura Suplementar de Cônjuge todos os riscos definidos como excluídos das coberturas contratadas, e das exclusões apresentadas no conceito de Acidente Pessoal, aplicáveis ao Segurado.

5. CONDIÇÕES DE ACEITAÇÃO

5.1. Somente poderão participar do seguro os Cônjuges que obedeçam às regras de aceitação definidas nesta cobertura, nas Condições Gerais, na(s) cobertura (s) contratada(s) e demais Disposições Contratuais.

6. FORMA DE PARTICIPAÇÃO

6.1. A cobertura para Cônjuge poderá ser:
a) automática: quando estarão cobertos automaticamente todos os Cônjuges dos respectivos Segurados, sem necessidade de adesão individual e desde que respeitados os limites de idade e eventuais restrições estabelecidas contratualmente.
b) facultativa: quando serão incluídos os Cônjuges dos Segurados que se manifestarem para a adesão individual e, desde que aceitos previamente pela Seguradora.

7. CAPITAL SEGURADO

7.1 O Capital Segurado para esta cobertura Suplementar será equivalente a um percentual do Capital Segurado estabelecido contratualmente para o Segurado, em cada uma da(s) respectiva(s) cobertura(s) contratada(s).

7.2 O Capital Segurado e coberturas contratadas serão estabelecidas contratualmente, sendo que o Capital Segurado para o Cônjuge não poderá ser superior a 100% (cem por cento) do Capital Segurado contratado para o Segurado, na(s) respectiva(s) cobertura (s) contratadas.

7.3 Para fins desta cobertura, considera-se como data do evento, para efeito de determinação do Capital Segurado, as mesmas datas estabelecidas nas respectivas coberturas contratadas para o Segurado.

8. BENEFICIÁRIO(S)

8.1. Na hipótese da contratação de coberturas decorrentes do falecimento do Cônjuge, seja por causas naturais ou acidentais, a Indenização será paga ao Segurado. Em caso de coberturas que não estejam relacionadas à sua morte, a Indenização, quando cabível, será ao próprio cônjuge.

9. INÍCIO DE VIGÊNCIA DESTA COBERTURA SUPLEMENTAR

9.1. Início de vigência da Cobertura Suplementar

9.1.1. A(s) respectiva(s) cobertura(s) contratada(s) para o Cônjuge começa(m) a vigorar simultaneamente com o início da vigência do Segurado, ou em data posterior, por meio de aditivo, quando contratada(s) após entrada em vigor da(s) cobertura(s) do Segurado.

9.2. Início de vigência dos riscos individuais
9.2.1 Desde que atendidas as premissas indicadas no item acima, a cobertura dos riscos individuais previstos no seguro começará a vigorar:

a) na forma automática: a partir da caracterização da condição de Cônjuge de acordo com o item **2.1** acima.
b) na forma facultativa: na data da inclusão do Cônjuge, desde que aceito previamente pela Seguradora.

10. CESSAÇÃO DA COBERTURA

10.1. Além das hipóteses previstas nos itens 13, 14 e 22 das Condições Gerais, e no item "Cessação de Cobertura" de cada uma das coberturas contratadas para o Cônjuge, a(s) cobertura (s) do risco a que se refere(m) esta cobertura Suplementar cessa(m) simultaneamente com o cancelamento da Apólice Coletiva, das coberturas contratadas ou da presente cobertura Suplementar.

10.1.1. Cessação da cobertura individual
a) com a cessação da condição de Cônjuge, seja ou não comunicado este fato à Seguradora e independentemente da cobrança de Prêmio;
b) quando o Segurado solicitar a exclusão de seu Cônjuge, exclusivamente na hipótese de adesão facultativa;
c) com o falecimento do Cônjuge, exclusivamente na hipótese de adesão facultativa.

11. PRÊMIO

11.1. O Prêmio referente a esta cobertura Suplementar estará previsto contratualmente.

12. ÂMBITO TERRITORIAL DE COBERTURA

12.1. O âmbito territorial de cobertura desta cobertura seguirá o disposto na(s) respectiva(s) cobertura (s) contratada(s) pelo Segurado.

13. CARÊNCIA

13.1. O período de Carência poderá ser estabelecido contratualmente, respeitado o limite máximo de até 50% (cinquenta por cento) do período de vigência da Apólice e será contado a partir do início de vigência individual.

13.2. Para os eventos decorrentes de Acidentes Pessoais não haverá Carência.

14. PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO

14.1. Os elementos essenciais para aferição e decisão sobre a existência de Cobertura, referentes à presente Cobertura são:
(i) o aviso de sinistro totalmente preenchido e
(ii) a entrega dos documentos associados à Cobertura pleiteada, conforme abaixo:

14.2. Para a análise do pagamento da Indenização, respeitado o disposto nas Condições Gerais item 20., além do aviso de sinistro devidamente preenchido, deverão ser apresentados os seguintes documentos: conforme abaixo:

- Certidão de Casamento atualizada; ou
- Provas de união estável (no mínimo três);
- RG (carteira de identidade), CPF (Cadastro de Pessoa Física) e Comprovante de Residência.

14.3. Os referidos elementos devem ser submetidos pelo Segurado à Seguradora na forma e no prazo previstos nas Condições Gerais, sob pena de negativa de cobertura.

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 SUPLEMENTAR DE INCLUSÃO DE FILHOS - (IF)

1. OBJETIVO

1.1. Esta Cobertura Suplementar, desde que contratada, garante ao Segurado, uma Indenização em caso de falecimento do(s) o(s) Filho(s) do Segurado, ou ainda na ocorrência de algum do(s) demais Evento(s) Coberto(s) previsto(s) na(s) cobertura (s) contratada(s) pelo Segurado em favor de seu(s) Filho(s), **exceto se decorrente de Riscos Excluídos, observados os demais termos desta cobertura Suplementar, das Condições Gerais, da(s) cobertura(s) eventualmente contratada(s) e as demais Disposições Contratuais.**

1.2. Quando ambos os cônjuges pertencerem ao mesmo Grupo Segurado, os Filhos serão incluídos uma única vez, como dependentes daquele de maior Capital Segurado, sendo este denominado Segurado para efeito desta cobertura Suplementar.

1.3. Essa cobertura Suplementar somente poderá ser contratada em conjunto com a cobertura Suplementar de Cônjuge e cobertura de Morte exceto se houver Disposição Contratual em contrário e se for extensiva da(s) cobertura (s) contratada(s) para o Segurado, respeitadas as conjugações estabelecidas contratualmente.

2. DEFINIÇÃO

2.1. Filho(s): para efeito desta Cobertura Suplementar é(são) o(s) filho(s), o(s) enteado(s) e o(s) menor(es) considerado(s) dependente(s) do Segurado conforme regra estabelecida pela Receita Federal para o Imposto sobre a Renda - IRPF, exceto se houver Disposição Contratual em contrário.

3. COBERTURAS

3.1. As coberturas que poderão ser contratadas para o(s) Filho(s) serão estabelecidas contratualmente e obedecerão às mesmas disposições estabelecidas para o Segurado nestas Condições Gerais e nas respectivas coberturas, eventualmente contratadas, observadas as limitações de Capital Segurado e idade, e eventuais regras aplicáveis exclusivamente ao(s) Filhos(s).

4. RISCOS EXCLUÍDOS

4.1. Estão expressamente excluídos desta cobertura Suplementar de Filho(s) todos os riscos definidos como excluídos das coberturas contratadas, e das exclusões apresentadas no conceito de Acidente Pessoal, aplicáveis ao Segurado.

5. FORMA DE PARTICIPAÇÃO

5.1. A inclusão do(s) Filho(s) do Segurado será automática, de forma que estarão cobertos automaticamente todos os Filhos dos respectivos Segurados, sem necessidade de adesão individual e desde que respeitados os limites de idade e eventuais restrições estabelecidas contratualmente.

6. CAPITAL SEGURADO

6.1. O Capital Segurado para esta cobertura Suplementar será equivalente a um percentual do Capital Segurado estabelecido contratualmente para o Segurado, em cada uma da(s) respectiva(s) cobertura(s) contratada(s).

6.2. O Capital Segurado e coberturas contratadas, serão estabelecidas contratualmente, sendo que o Capital Segurado para o(s) Filho(s) não poderá ser superior a 100% (cem por cento) do Capital Segurado contratado para o Segurado, na(s) respectiva(s) cobertura(s) contratadas.

6.3. Para os Filhos menores de 14 (quatorze) anos, essa cobertura Suplementar, independentemente do Capital Segurado, se limita ao reembolso das despesas com funeral e desde que devidamente comprovadas com as notas fiscais originais, incluindo-se entre as despesas com funeral as havidas com o traslado, não estando cobertas as despesas com aquisição de terrenos, jazigos ou carneiros.

6.4. Para fins desta cobertura, considera-se como data do evento, para efeito de determinação do Capital Segurado, as mesmas datas estabelecidas nas respectivas coberturas contratadas para o Segurado.

7. BENEFICIÁRIO DO SEGURO

7.1. Na hipótese da contratação das coberturas decorrentes de falecimento do filho do segurado, seja por causas naturais ou acidentais, a Indenização será paga ao Segurado. Em caso de coberturas que não estejam relacionadas à sua morte, a Indenização, quando cabível, será ao(s) próprio(s) Filhos(s).

8. INÍCIO DE VIGÊNCIA DESTA COBERTURA SUPLEMENTAR

8.1. Início de vigência da cobertura Suplementar

8.1.1. A(s) respectiva(s) cobertura(s) contratadas para o(s) Filho(s) começa(m) a vigorar simultaneamente com o início da vigência do Segurado, ou em data posterior, por meio de aditivo, quando contratada(s) após entrada em vigor da(s) cobertura(s) do Segurado.

8.2. Início de vigência dos riscos individuais

8.2.1. Desde que atendidas as premissas indicadas no item 8.1.1 acima, a cobertura dos riscos individuais previstos no seguro começará a vigorar a partir da caracterização da condição de Filho(s) de acordo com o item 2.1 acima.

9. CESSAÇÃO DE DESTA COBERTURA SUPLEMENTAR

9.1. Além das hipóteses previstas nos itens 13, 14 e 22 das Condições Gerais, e no item "Cessação de cobertura desta cobertura" de cada uma das coberturas contratadas para o(s) Filho(s), a(s) cobertura (s) do risco a que se refere(m) esta cobertura Suplementar cessa(m) simultaneamente com o cancelamento da Apólice Coletiva, das coberturas contratadas ou da presente cobertura Suplementar e/ou da cobertura Suplementar de Cônjuge, observado o disposto no item 1.3 acima.

9.2. A cobertura individual cessa em caso de extinção da condição de Filho(s) definida no item 2.1 acima.

10. PRÊMIO

10.1. O Prêmio referente a esta cobertura Suplementar estará previsto contratualmente.

11. ÂMBITO TERRITORIAL DE COBERTURA

11.1. O âmbito territorial de dessa cobertura seguirá o disposto na(s) respectiva(s) cobertura (s) contratada(s) pelo Segurado.

12. CARÊNCIA

12.1. O período de Carência poderá ser estabelecido contratualmente, respeitado o limite máximo de até 50% (cinquenta por cento) do período de vigência da Apólice e será contado a partir do início de vigência individual.

12.2. Para os eventos decorrentes de Acidentes Pessoais não haverá Carência.

13. PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO

13.1. Os elementos essenciais para aferição e decisão sobre a existência de Cobertura, referentes à presente Cobertura são:
(i) o aviso de sinistro totalmente preenchido e
(ii) a entrega dos documentos associados à Cobertura pleiteada, conforme abaixo:

13.2. Para a análise do pagamento da Indenização, respeitado o disposto nas Condições Gerais item 20., além do aviso de sinistro devidamente preenchido, deverão ser apresentados os seguintes documentos: conforme abaixo:

- Cópia da Certidão de Nascimento ou RG (carteira de identidade), CPF (Cadastro de Pessoa Física) e Comprovante de Residência.
- No caso de enteado ou menor dependente, deve ser comprovada a referida condição.

13.3. Os referidos elementos devem ser submetidos pelo Segurado à Seguradora na forma e no prazo previstos nas Condições Gerais, sob pena de negativa de cobertura.

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 SUPLEMENTAR DE INCLUSÃO DE ASCENDENTE(S) - (IA)

1. OBJETIVO

1.1. Esta cobertura Suplementar, desde que contratada, garante ao Segurado, uma Indenização em caso de falecimento do(s) Ascendente(s) do Segurado, ou ainda na ocorrência de algum do(s) demais Evento(s) Coberto(s) previsto(s) na(s) cobertura (s) contratada(s) pelo Segurado em favor de seu(s) Ascendente(s), **exceto se decorrente de Riscos Excluídos, observados os demais termos desta cobertura Suplementar, das Condições Gerais, da(s) cobertura (s) eventualmente contratada(s) e as demais Disposições Contratuais.**

1.2. Não poderá participar desta cobertura Suplementar, o(s) Ascendente(s) que façam parte do mesmo Grupo Segurado, como Segurado Titular, ainda que tenha pagado o Prêmio, exceto se houver Disposição Contratual em contrário.

1.3. Esta cobertura Suplementar somente poderá ser contratada, se for extensiva da(s) cobertura (s) contratada(s) para o Segurado, respeitadas as conjugações estabelecidas contratualmente.

2. DEFINIÇÃO

2.1. Ascendente: para efeito deste seguro, considera-se como ascendente pai e mãe do Segurado(a).

3. COBERTURAS

3.1. As coberturas que poderão ser contratadas para o(s) Ascendente(s) serão estabelecidas contratualmente e obedecerão as mesmas disposições estabelecidas para o Segurado nestas Condições Gerais e nas respectivas coberturas, eventualmente contratadas, observadas as limitações de Capital Segurado e idade, e eventuais regras aplicáveis exclusivamente ao(s) Ascendente(s).

4. RISCOS EXCLUÍDOS

4.1. Estão expressamente excluídos desta cobertura Suplementar de Ascendente todos os riscos definidos como excluídos das coberturas contratadas, e das exclusões apresentadas no conceito de Acidente Pessoal, aplicáveis ao Segurado.

5. CONDIÇÕES DE ACEITAÇÃO

5.1. Somente poderão participar do seguro os Ascendentes cobertura, nas Condições Gerais, na(s) cobertura (s)contratada(s) e demais Disposições Contratuais.

6. FORMA DE PARTICIPAÇÃO

6.1. A cobertura para Ascendente poderá ser:
a) automática: quando estarão cobertos automaticamente todos os Ascendentes dos respectivos Segurados, sem necessidade de adesão individual e desde que respeitados os limites de idade e eventuais restrições estabelecidas contratualmente.
b) facultativa: quando serão incluídos os Ascendentes dos Segurados que se manifestarem para a adesão individual e, desde que aceitos previamente pela Seguradora.

7. CAPITAL SEGURADO

7.1 O Capital Segurado para esta cobertura Suplementar será equivalente a um percentual do Capital Segurado estabelecido contratualmente para o Segurado, em cada uma da(s) respectiva(s) cobertura(s) contratada(s).

7.2 O Capital Segurado e coberturas contratadas serão estabelecidas contratualmente, sendo que o Capital Segurado para os Ascendentes não poderá ser superior a 100% (cem por cento) do Capital Segurado contratado para o Segurado, na(s) respectiva(s) cobertura (s) contratadas.

7.3 Para fins desta cobertura, considera-se como data do evento, para efeito de determinação do Capital Segurado, as mesmas datas estabelecidas nas respectivas cobertura s contratadas para o Segurado.

8. BENEFICIÁRIO(S)

8.1. Na hipótese da coberturas decorrentes do falecimento do Ascendente, seja por causas naturais ou acidentais, a Indenização será paga ao Segurado. Em caso de coberturas que não estejam relacionadas à sua morte, a Indenização, quando cabível, será ao próprio ascendente.

9. INÍCIO DE VIGÊNCIA DESTA COBERTURA SUPLEMENTAR

9.1. Início de vigência da Cobertura Suplementar

9.1.1. A(s) respectiva(s) cobertura(s) contratada(s) para o(s) Ascendente(s) começa(m) a vigorar simultaneamente com o início da vigência do Segurado, ou em data posterior, por meio de aditivo, quando contratada(s) após entrada em vigor da(s) cobertura(s) do Segurado.

9.2. Início de vigência dos riscos individuais

9.2.1. Desde que atendidas as premissas indicadas no item 9.1.1 acima, a cobertura dos riscos individuais previstos no seguro começará a vigorar:

a) na forma facultativa: na data da inclusão do Cônjuge, desde que aceito previamente pela Seguradora.

10. CESSAÇÃO DA COBERTURA

10.1. Além das hipóteses previstas nos itens 13, 14 e 22 das Condições Gerais, e no item "Cessação de Cobertura" de cada uma das coberturas contratadas para o Ascendente, a(s) cobertura (s) do risco a que se refere(m) esta cobertura Suplementar cessa(m) simultaneamente com o cancelamento da Apólice Coletiva, das coberturas contratadas ou da presente cobertura Suplementar.

10.1.1. Cessação da cobertura individual
a) quando o Segurado solicitar a exclusão de seu(s) Ascendente(s), exclusivamente na hipótese de adesão facultativa;
b) com o falecimento do(s) Ascendente(s), exclusivamente na hipótese de adesão facultativa.

11. PRÊMIO

11.1. O Prêmio referente a esta cobertura Suplementar estará previsto contratualmente.

12. ÂMBITO TERRITORIAL DE COBERTURA

12.1. O âmbito territorial de cobertura desta cobertura seguirá o disposto na(s) respectiva(s) cobertura (s) contratada(s) pelo Segurado.

13. CARÊNCIA

13.1. O período de Carência poderá ser estabelecido contratualmente, respeitado o limite máximo de até 50% (cinquenta por cento) do período de vigência da Apólice e será contado a partir do início de vigência individual.

13.2. Para os eventos decorrentes de Acidentes Pessoais não haverá Carência.

14. PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO

14.1. Os elementos essenciais para aferição e decisão sobre a existência de Cobertura, referentes à presente Cobertura são:
(i) o aviso de sinistro totalmente preenchido e
(ii) a entrega dos documentos associados à Cobertura pleiteada, conforme abaixo:

14.2. Para a análise do pagamento da Indenização, respeitado o disposto nas Condições Gerais item 20., além do aviso de sinistro devidamente preenchido, deverão ser apresentados os seguintes documentos: conforme abaixo:

- RG (carteira de identidade), CPF (Cadastro de Pessoa Física) e Comprovante de Residência.

14.3. Os referidos elementos devem ser submetidos pelo Segurado à Seguradora na forma e no prazo previstos nas Condições Gerais, sob pena de negativa de cobertura.

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 DISTRIBUIÇÃO DE EXCEDENTES TÉCNICOS

1. DEFINIÇÕES

1.1. Excedente Técnico: para fins desta cobertura prevalece o conceito indicado no item "DEFINIÇÕES" das Condições Gerais deste seguro.

2. APURAÇÃO DO RESULTADO

2.1. A periodicidade da apuração será anual, salvo disposições contrárias estabelecida contratualmente.

2.2. Para fins de apuração de resultado técnico consideram-se como RECEITAS:

a) Prêmios de competência correspondentes ao período de apuração da Apólice, efetivamente pagos, líquidos de Imposto Sobre Operações Financeiras - IOF;
b) estornos de Sinistros computados em períodos anteriores e definitivamente não devidos;
c) saldo da provisão de Sinistros Ocorridos e não Avisados - IBNR do período anterior;
d) recuperação de Sinistros do ressegurador.

2.3. Para fins de apuração de resultado técnico consideram-se como DESPESAS:
a) comissões de corretagem pagas durante o período de apuração;
b) comissões de administração (pró-labore) pagas durante o período de apuração;
c) comissões de agenciamento pagas durante o período de apuração;
d) Prêmios de resseguro;
e) valor total dos Sinistros **avisados** e despesas de Sinistro, compreendendo, mas não se limitando a despesas de regulação, investigação, assistências em geral, perícias etc., ocorridos em qualquer época e ainda não considerados até o fim do período de apuração, computando-se, de uma só vez, os Sinistros com pagamento parcelado;
f) alterações dos valores de Sinistros já considerados em apurações anteriores;
g) saldo da provisão de IBNR do período;
h) saldo negativo de períodos anteriores, ainda não compensados;
i) despesas efetivas de administração da Seguradora, acordadas com o Estipulante incluindo impostos e/ou quaisquer outras contribuições recolhidas sobre os Prêmios efetivamente pagos durante o período.

2.4. Eventuais novos itens de receita e despesas poderão ser incluídos na apuração de Excedente Técnico mediante prévio acordo entre Seguradora e Estipulante.

2.5. A provisão de IBNR será calculada através da aplicação de um percentual estabelecido contratualmente, sobre os Prêmios definidos no item **2.2 (a)** menos os Prêmios definidos no item **2.3 (d)** referentes ao período de apuração.

2.5.1. Como saldo da provisão de IBNR do período anterior entende-se o valor debitado a este título, no período anterior ao da atual apuração.

2.6. Todos os encargos incidentes sobre Prêmios pagos em atraso não serão considerados como receita, para fins de cálculo do Excedente Técnico. Os encargos contratuais incidentes sobre Sinistros pagos em atraso que não tenha sido causado pelo Estipulante, serão desconsiderados como despesas, correndo à conta da Seguradora.

3. INÍCIO DE VIGÊNCIA

3.1. O início de vigência desta cobertura será sempre equivalente ao início de vigência ou da data do aniversário da Apólice.

4. ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA

4.1. O resultado técnico será apurado em Reais (R$), levando-se em conta a atualização monetária dos valores pela variação do IPCA/IBGE (Índice de Preços ao Consumidor Amplo do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística).

4.2. As receitas e despesas serão atualizadas monetariamente até a data da distribuição do Excedente Técnico, desde o mês:

a) do pagamento dos Prêmios e comissões (corretagem, agenciamento e pró-labore);
b) do aviso dos Sinistros à Seguradora;
c) da última apuração, para os saldos negativos de períodos anteriores e saldo de IBNR de período anterior;
d) de competência para as despesas de administração da Seguradora.

5. CONDIÇÕES PARA DISTRIBUIÇÃO DO EXCEDENTE TÉCNICO

5.1. A distribuição do Excedente Técnico será realizada após o término do período de apuração, depois de pagas todas as faturas do período e no prazo máximo de 60 (sessenta) dias, a contar da quitação da última fatura, vedado qualquer adiantamento a título de resultados técnicos.

5.1.1. Em caso de não renovação da Apólice, a distribuição do Excedente Técnico será recalculada após 12 (doze) meses contados do prazo máximo estabelecido no item 5.1. acima e, somente a partir de então, o pagamento se devido, será realizado.

5.2. Somente será distribuído o Excedente Técnico quando, durante o período de apuração, a Apólice tiver média mensal mínima de 500 (quinhentos) segurados, exceto se houver Disposição Contratual em contrário.

Não será distribuído Excedente Técnico em caso de cancelamento da Apólice.

6. DISTRIBUIÇÃO DO EXCEDENTE TÉCNICO

6.1. Será distribuído ao Estipulante um percentual do saldo positivo obtido, livremente convencionado entre as partes e estabelecido contratualmente.

6.2. Nos seguros contributários, o Excedente Técnico a deverá ser destinado aos Segurados, distribuído ou revertido ao grupo segurado, na proporção do seu percentual de contribuição sobre o Prêmio Individual. Esta condição constará do Certificado Individual do Seguro.

6.3. quando o seguro for contributário. Caberá ao Estipulante definir a forma com que distribuirá o Excedente Técnico aos componentes do Grupo Segurado, em conformidade com os contratos/acordos que possua com os Segurados.

COBERTURA INTERNAÇÃO POR ACIDENTE OU DOENÇA (IHAD)

1. OBJETIVO

1.1. Esta cobertura, desde que contratada, garante o pagamento de uma Indenização ao Segurado, em caso de internação hospitalar em decorrência de Acidente Pessoal ou Doença coberta, **exceto se decorrente de Riscos Excluídos, observados os demais termos desta cobertura, das Condições Gerais e as demais Disposições Contratuais**.

1.2. As Indenizações previstas nesta cobertura serão devidas após decorrido o período de Franquia e respeitado o Limite Máximo de Parcelas Indenizáveis, conforme estabelecido contratualmente.

2. ELEGIBILIDADE

2.1. Somente terá direito a esta cobertura o Segurado, Profissional Autônomo e Liberal NÃO Regulamentado, conforme definido no item **3.35 das Condições Gerais**, e segurados que não exerçam atividades remuneradas.

2.2. Após um evento de internação hospitalar por acidente ou doença indenizado, o Segurado somente estará elegível à Indenização de um segundo evento de internação hospitalar por acidente ou doença, após 6 (seis) meses, a partir da data do pagamento total do Capital Segurado.

3. DEFINIÇÕES

3.1. Acidente Pessoal: para fins desta cobertura prevalece o conceito indicado no item "DEFINIÇÕES" das Condições Gerais deste seguro.

3.2. Hospital: é qualquer estabelecimento legalmente constituído e licenciado, devidamente instalado e equipado para a prática de tratamentos médicos clínicos e/ou cirúrgicos a pessoas que deles necessitem. Não serão reconhecidas internações ocorridas em:

a) qualquer estabelecimento que não se enquadre na definição de Hospital acima;
b) instituição de saúde hidroterápica ou clínica de métodos curativos naturais;
c) casa de saúde para convalescentes e/ou reabilitação de quaisquer espécies;
d) "Home Care" (internação domiciliar).

3.3. Hospitalização: é a permanência em hospital por período mínimo **de 12 horas,** em regime de internação, caracterizada pela utilização de acomodação, qualquer que seja o tipo, para tratamento médico-hospitalar que não possa ser realizado em residência. Observado o estabelecido contratualmente

Limite Máximo de Parcelas Indenizáveis: é a quantidade máxima de Parcelas a que o Segurado fará jus enquanto o mesmo estiver hospitalizado por motivo de Acidente Pessoal ou doença, a contar do término do período de Franquia. Observado o Limite Máximo de Parcelas Indenizáveis estabelecido contratualmente.

4. RISCOS EXCLUÍDOS

4.1. Além dos riscos expressamente excluídos apresentados no item 5 das Condições Gerais, estão também excluídos da presente cobertura, os eventos ocorridos em consequência, direta ou indireta de e/ou relacionados a:

a) perturbações e intoxicações alimentares de qualquer espécie;
b) eventos causados exclusivamente pela não utilização, pelo Segurado, de equipamentos de segurança exigidos por lei;
c) eventos causados exclusivamente pela ausência de habilitação do Segurado para condução de veículo automotor;
d) eventos em que o Segurado tenha intencionalmente.
e) tratamentos clínicos ou cirúrgicos experimentais e/ou não previstos no Código Brasileiro de Ética Médica e/ou não reconhecidos pelo Ministério da Saúde;
f) tratamento odontológico de qualquer espécie e suas consequências;
g) tratamentos clínicos ou cirúrgicos com finalidade estética;
h) cirurgias plásticas (estéticas ou não);
i) diárias de internação não necessárias para o efetivo tratamento médico, tais como, mas não se limitando a, espera para a realização de cirurgia; disponibilidade para exames; internação com a finalidade exclusiva de realização de exames de qualquer natureza para fins de avaliação do estado de saúde, inclusive check-up.
j) uso de material nuclear para quaisquer fins, ainda que ocorridos em testes, experiências ou no transporte de armas e/ou projéteis nucleares, incluindo explosões nucleares provocadas ou não, bem como a contaminação radioativa ou exposição a radiações nucleares ou ionizantes;
k) procedimentos e/ou tratamentos clínicos ou cirúrgicos para esterilidade, infertilidade, inseminação artificial, impotência sexual, controle de natalidade e, bem como suas consequências;
l) cirurgia para correção de fimose;
m) tratamentos para obesidade em qualquer modalidade, inclusive gastroplastia redutora;
n) tratamentos para senilidade, geriatria, rejuvenescimento e suas consequências;
o) diárias de internação não necessárias para o efetivo tratamento médico, tais como, mas não se limitando a,

espera para a realização de cirurgia; disponibilidade para exames de diagnose; repouso; internação com a finalidade exclusiva de realização de exames de qualquer natureza para fins de avaliação do estado de saúde, inclusive check-up; internação para doação de órgãos;
p) doenças mentais e/ou psiquiátricas inclusive o "stress".

Também estão excluídas dessa cobertura, as internações em estabelecimento não considerados como sendo hospitais, tais como:

7.1.3. Instituições para atendimento de deficientes mentais, de tratamento psiquiátrico, incluindo departamento psiquiátrico de hospital;

7.1.4. Local de internação de idosos, do tipo asilo, casa de repouso e similares;

7.1.5. Instituições de recuperação de viciados em álcool e drogas;

7.1.6. Clínicas hidroterápicas ou de métodos curativos naturais;

7.1.7. Clínicas de convalescença de tratamento médico, do tipo pós-operatório e/ou reabilitação de acidentes e doenças;

7.1.8. Estâncias hidrominerais, "spa" (ou assemelhadas), e/ou internação domiciliar.

5. CAPITAL SEGURADO

5.1. O Capital Segurado para esta cobertura será estabelecido contratualmente e deverá constar nos respectivos Certificados Individuais do Seguro.

5.1.1. As Indenizações previstas nesta cobertura serão devidas a contar do término do período de Franquia e se estenderão até a alta, observado o Limite Máximo de Parcelas Indenizáveis estabelecido contratualmente.

5.2. Para fins desta cobertura, considera-se como data do evento, para efeito de determinação do Capital Segurado, o primeiro dia da Hospitalização.

6. REINTEGRAÇÃO DO CAPITAL SEGURADO

6.1 O Capital Segurado relativo a esta cobertura será totalmente reintegrado, de forma automática, após cada Indenização por Evento Coberto, sem cobrança de Prêmio adicional.

6.2 Serão considerados como mesmo evento, a transferência de um Hospital para outro, desde que não tenha ocorrido alta hospitalar.

O conjunto de ocorrências que tenham por origem ou causa o mesmo acidente ou a mesma doença será considerado um mesmo evento exceto quando o intervalo entre estas ocorrências for superior à 12 (doze) meses.

7. INÍCIO DE VIGÊNCIA

7.1. Esta cobertura começa a vigorar, para todos os Segurados da Apólice, simultaneamente com o início da vigência da Apólice, ou em data posterior, por meio de aditivo, quando esta cobertura for contratada após entrada em vigor da Apólice.

8. CESSAÇÃO DE COBERTURA

8.1. Além das hipóteses previstas nos itens 13, 14 e 22 das Condições Gerais, a cobertura do risco cessa ainda:

8.1.1. 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.

9. PRÊMIO

9.1. O Prêmio referente a esta cobertura estará previsto contratualmente.

10. CARÊNCIA

10.1. É o período de até 180 (cento e oitenta) dias contados a partir da data do início de vigência individual do Seguro durante o qual o Segurado não terá direito à cobertura descrita nesta cobertura. Este período será expresso no Certificado Individual do Seguro.

11. FRANQUIA

11.1. O período de Franquia é de até 30 (trinta) dias ininterruptos, por evento, conforme definido no Contrato de Seguro e/ou Certificado Individual do Seguro a contar do momento da hospitalização do Segurado.

12. AMBITO TERRITORIAL DE COBERTURA

12.1. Esta cobertura abrange os eventos ocorridos em todo o território nacional, salvo Disposições Contratuais em contrário.

13. PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO

13.1. Os elementos essenciais para aferição e decisão sobre a existência de Cobertura, referentes à presente Cobertura são:
(i) o aviso de sinistro totalmente preenchido e
(ii) a entrega dos documentos associados à Cobertura pleiteada, conforme abaixo:

13.2. Para a análise do pagamento da Indenização, respeitado o disposto nas Condições Gerais item 20., além do aviso de sinistro devidamente preenchido, deverão ser apresentados os seguintes documentos: conforme abaixo:

• Aviso de sinistro preenchido e assinado (formulário padrão MetLife);
• Formulário "Autorização para Crédito de Indenização" (formulário padrão MetLife), devidamente preenchido e assinado pelo Segurado ou, quando for o caso, por cada um dos Beneficiários;
• Cópias do RG, CPF e comprovantes de residência do Segurado e, quando for o caso, de cada um dos Beneficiários;
• Cópia do Prontuário Hospitalar completo;
•Declaração em papel timbrado do Hospital, assinada por representante legal, 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 Acidente de Trabalho;
• 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 do Certificado Individual do Seguro;
• Todos os resultados de exames comprobatórios do acidente ou doença de Clínicas, Consultórios e Hospitais, exames laboratoriais, laudo do médico-assistente e quaisquer outros documentos referentes ao evento.
• Laudo de Exame de Corpo Delito (IML) quando realizado

13.3. No caso de Segurado Dependente, além dos documentos exigidos acima, serão exigidos os seguintes documentos
a) cópia do comprovante da condição de dependente, caso seja:
b) cônjuge: RG, CPF, comprovante de residência e certidão de casamento atualizada;
c) companheira(o): cópia do RG, CPF e comprovação de união estável por ocasião da ocorrência do sinistro e Comprovante de residência;
d) filhos: cópia da certidão de nascimento ou RG e CPF;
e) enteados: cópia do RG, Certidão de Casamento atualizada dos pais e CPF.

13.4. Os referidos elementos devem ser submetidos pelo Segurado à Seguradora na forma e no prazo previstos nas Condições Gerais, sob pena de negativa de cobertura.

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.

AUXÍLIO NATALIDADE (AN)

1. OBJETIVO

1.1. Esta Cláusula, desde que contratada, tem o objetivo de auxiliar nas despesas iniciais decorrentes do nascimento.

1.2. Garante ao Segurado o pagamento de uma Indenização, a título de auxílio natalidade, em caso de filho(s) nascidos vivos **exceto se decorrente de Riscos Excluídos, observados os demais termos desta Cláusula, das Condições Gerais e as demais Disposições Contratuais.**

1.3. Será considerado para efeito de indenização desta cobertura o valor estabelecido em contrato multiplicado pelo número de filhos nascidos vivos no mesmo parto.

2. DEFINIÇÃO

2.1. Nascidos Vivos: quando o recém-nascido respira ou mostra qualquer outra evidência vital, tais como: batimento do coração, pulsação do cordão umbilical ou movimento efetivo dos músculos da contração voluntária.

2.2. Natimorto: É a designação dada ao feto que morre ainda dentro do ventre da mãe ou durante o parto.

3. RISCOS EXCLUÍDOS

3.1. Estão expressamente excluídos de cobertura para esta Cláusula, os eventos ocorridos em consequência, direta ou indireta de e/ou relacionados a:
a) atos ilícitos dolosos praticados pelo Segurado, pelo Beneficiário ou pelo representante legal, de um ou de outro, ou ainda pelos sócios controladores;
b) Nascimentos fora da vigência do Seguro;
c) Natimorto;
d) Adoção.

4. CAPITAL SEGURADO

4.1. O Capital Segurado para esta Cláusula será estabelecido contratualmente e deverá constar nos respectivos Certificados Individuais do Seguro.

4.2. Para fins desta Cláusula, considera-se como data do evento, para efeito de determinação do Capital Segurado, a data do nascimento do filho do Segurado.

5. INÍCIO DE VIGÊNCIA DESTA CLÁUSULA

5.1. A garantia compreendida por esta Cláusula 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 Cláusula for contratada após entrada em vigor da Apólice.

6. CESSAÇÃO DE COBERTURA DESTA CLÁUSULA

6.1. Para fins desta cobertura se aplicam as hipóteses previstas nos itens 13, 14 e 22 das Condições Gerais.

7. PRÊMIO

7.1. O Prêmio referente a esta Cláusula estará previsto contratualmente.

8. CARÊNCIA

8.1. O período de Carência poderá ser estabelecido contratualmente, respeitado o limite máximo de até 50% (cinquenta por cento) do período de vigência da Apólice e será contado a partir do início de vigência individual

9. ÂMBITO TERRITORIAL DE COBERTURA

9.1. Esta Cláusula abrange os eventos ocorridos em todo o globo terrestre, salvo Disposições Contratuais em contrário.

10. PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO

10.1. Os elementos essenciais para aferição e decisão sobre a existência de Cobertura, referentes à presente Cobertura são:
(i) o aviso de sinistro totalmente preenchido e
(ii) a entrega dos documentos associados à Cobertura pleiteada, conforme abaixo:

10.2. Para a análise do pagamento da Indenização, respeitado o disposto nas Condições Gerais item 20., além do aviso de sinistro devidamente preenchido, deverão ser apresentados os seguintes documentos: conforme abaixo:

- formulário “Autorização para Crédito de Indenização”, devidamente preenchido e assinado pelo Segurado;
- cópias do RG (cédula de identidade), CPF (Cadastro de Pessoas Físicas) e comprovantes de residência do Segurado;
- cópia da Certidão de Nascimento;
- cópia dos 3 (três) últimos comprovantes de salário, quando se tratar de Apólice Coletiva, cujo Vínculo prévio seja empregatício;

10.3. Os referidos elementos devem ser submetidos pelo Segurado à Seguradora na forma e no prazo previstos nas Condições Gerais, sob pena de negativa de cobertura.

11. DISPOSIÇÕES GERAIS

11.1. Esta Cláusula faz parte integrante das Condições Gerais da Apólice. As normas constantes desta Cláusula, por serem mais específicas, prevalecem sobre quaisquer dispositivos existentes nas Condições Gerais que, em relação a esta Cláusula, têm função subsidiária.

COBERTURA DE DIÁRIA DE INCAPACIDADE TEMPORÁRIA POR ACIDENTE OU DOENÇA PARA FILHOS (DITAD-F)

1. OBJETIVO

1.1. Esta cobertura, desde que contratada, garante ao Segurado o pagamento de uma Indenização, em caso de afastamento involuntário das suas atividades laborativas causado por doença ou Acidente Pessoal cobertos dos filhos, 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.

2. DEFINIÇÕES

2.1. Acidente Pessoal: para fins desta cobertura prevalece o conceito indicado no item "Definições" das Condições Gerais deste seguro.

2.2. Limite Máximo de Diárias Indenizáveis: é a quantidade máxima de diárias a que o Segurado fará jus enquanto o mesmo estiver afastado de suas atividades laborativas por motivo de doença ou Acidente Pessoal, a contar do primeiro dia após o término do período de Franquia.

3. RISCOS EXCLUÍDOS

3.1.Além dos riscos expressamente excluídos na cláusula 5 das Condições Gerais, estão também excluídos desta cobertura , os eventos ocorridos em consequência, direta ou indireta de e/ou relacionados a:

a) gravidez,
b) procedimentos e/ou tratamentos, clínicos ou cirúrgicos, para esterilidade, infertilidade, inseminação artificial, impotência sexual, controle de natalidade e, bem como suas consequências, inclusive períodos de convalescença a eles relacionados;
c) tratamentos clínicos ou cirúrgicos com finalidade estética, salvo quando necessárias à restauração das funções alteradas em razão de Sinistro ocorrido na vigência do seguro;
d) cirurgias plásticas (estéticas ou não) e períodos de convalescença a elas relacionados;
e) tratamentos para obesidade, em qualquer modalidade, inclusive gastroplastia redutora;
f) tratamentos para senilidade, geriatria, rejuvenescimento, repouso, convalescença e suas consequências;
g) tratamentos odontológicos e ortodônticos de quaisquer espécies, salvo quando decorrentes de Acidente Pessoal, ocorridos dentro do período de vigência do seguro;
h) doenças degenerativas da coluna vertebral, com exceção de tratamento cirúrgico;
i) doenças crônicas, mesmo em fase aguda, entendendo-se como tal aquelas caracterizadas por sua evolução longa e insidiosa, com período de melhora e piora, não respondendo satisfatoriamente a procedimentos terapêuticos;
j) doenças de características reconhecidamente progressivas, tais como fibromialgia, artrite reumatoide, osteoartrose, dor miofascial, esclerose múltipla, Doença de Alzheimer, Doença de Parkinson, entre outras;

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.O Capital Segurado corresponde a cada diária de afastamento devendo o seu valor ser multiplicado pelo período de afastamento, observados a Franquia e o Limite Máximo de Diárias Indenizáveis.

4.3.Para fins desta cobertura, considera-se como data do evento, para efeito de determinação do Capital Segurado, o primeiro dia do afastamento do Segurado das atividades laborativas por ele exercidas.

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.

5.2.Serão considerados como mesmo evento, os afastamentos decorrentes do mesmo diagnóstico e cujo intervalo seja inferior a 90 (noventa) dias contados da data do último retorno as atividades laborativas.

6. INÍCIO DE VIGÊNCIA

6.1. Esta cobertura começa a vigorar, para todos os Segurados da Apólice, simultaneamente com o início de vigência da Apólice, ou em data posterior, por meio de aditivo, quando esta cobertura for contratada após entrada em vigor da Apólice.

7. CESSAÇÃO DE COBERTURA

7.1. Além das hipóteses previstas nos itens 13, 14 e 22 das Condições Gerais, a cobertura do risco a que se refere esta cobertura cessa ainda:

7.1.2.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;

7.2.Com o pagamento da Indenização, se houver previsão de exclusão do Segurado da Apólice na respectiva cobertura contratada, que gerou a Indenização.

8. PRÊMIO

8.1. O Prêmio referente a esta cobertura estará previsto contratualmente.

9. CARÊNCIA

9.1.O período de carência poderá ser estabelecido contratualmente, respeitado o limite máximo de até 50% (cinquenta por cento) do período de vigência da Apólice e será contado a partir do início de vigência individual.

9.2. Para os eventos decorrentes de Acidentes Pessoais não haverá carência.

10. FRANQUIA

10.1.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 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.

11. LIMITE DE DIÁRIAS

11.1. O limite de diárias será estabelecido contratualmente, respeitado o máximo de 365 (trezentos e sessenta e cinco) diárias por evento, independentemente de renovação da Apólice.

12. ÂMBITO TERRITORIAL DE COBERTURA

12.1. Esta cobertura abrange os eventos ocorridos em todo o território nacional, salvo Disposições Contratuais em contrário.

13. PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO

13.1. 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.

13.2. 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 para mesmas doenças ou lesões.

13.3. Os elementos essenciais para aferição e decisão sobre a existência de Cobertura, referentes à presente Cobertura são:
(i) o aviso de sinistro totalmente preenchido e
(ii) a entrega dos documentos associados à Cobertura pleiteada, conforme abaixo:

13.4. Para a análise do pagamento da Indenização, respeitado o disposto nas Condições Gerais item 20., além do aviso de sinistro devidamente preenchido, deverão ser apresentados os seguintes documentos: conforme abaixo:

- Formulário MetLife do Aviso de Sinistro com Autorização para Pagamento Preenchido e Assinado
- Cópia do RG do segurado titular
- Cópia do CPF do segurado titular
- Cópia do RG ou certidão de nascimento do sinistrado filho
- Cópia do CPF do sinistrado filho (se tiver)
- Apresentar o atestado médico do filho que indique um período mínimo de 2 dias de repouso ou restrição ao domicílio."

13.5. Os referidos elementos devem ser submetidos pelo Segurado à Seguradora na forma e no prazo previstos nas Condições Gerais, sob pena de negativa de cobertura.

14. DISPOSIÇÕES GERAIS

14.1. Esta cobertura faz parte integrante das Condições Gerais da Apólice. As normas constantes desta cobertura, por serem mais específicas, prevalecem sobre quaisquer dispositivos existentes nas Condições Gerais que, em relação a esta cobertura, têm função subsidiária.

COBERTURA AUXÍLIO GESTAÇÃO (AG)

1. OBJETIVO

1.1. Esta Cobertura, desde que contratada, tem o objetivo de auxiliar nas despesas iniciais decorrentes da Gravidez a partir de 12 semanas de gestação.

1.2. Garante a Segurada o pagamento de uma Indenização, a título de auxílio Maternidade, em caso de gravidez a partir de 12 semanas de gestação **exceto se decorrente de Riscos Excluídos, observados os demais termos desta Cláusula, das Condições Gerais e as demais Disposições Contratuais.**

1.3. Será considerado para efeito de indenização desta cobertura o valor estabelecido em contrato.

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 na cláusula 5 das Condições Gerais, estão também excluídos desta cobertura , os eventos ocorridos em consequência, direta ou indireta de e/ou relacionados a:

a) atos ilícitos dolosos praticados pelo Segurado, pelo Beneficiário ou pelo representante legal, de um ou de outro;
b) Gravidez fora da vigência do Seguro;
c) Interrupção de gravidez antes dos 12 meses de gestação
d) Adoção.

4. CAPITAL SEGURADO

4.1. O Capital Segurado para esta Cláusula 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, as 12 semanas completas de gestação.

5. INÍCIO DE VIGÊNCIA DESTA CLÁUSULA

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 CLÁUSULA

6.1. Para fins desta cobertura se aplicam as hipóteses previstas nos itens 13, 14 e 22 das Condições Gerais.

7. PRÊMIO

7.1. O Prêmio referente a esta Cobertura estará previsto contratualmente.

8. CARÊNCIA

8.1. O período de Carência poderá ser estabelecido contratualmente, respeitado o limite máximo de até 50% (cinquenta por cento) do período de vigência da Apólice e será contado a partir do início de vigência individual.

9. ÂMBITO TERRITORIAL DE COBERTURA

9.1. Esta Cláusula abrange os eventos ocorridos em todo o globo terrestre, salvo Disposições Contratuais em contrário.

10. PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO

10.1. Os elementos essenciais para aferição e decisão sobre a existência de Cobertura, referentes à presente Cobertura são:
(i) o aviso de sinistro totalmente preenchido e
(ii) a entrega dos documentos associados à Cobertura pleiteada, conforme abaixo:

10.2. Para a análise do pagamento da Indenização, respeitado o disposto nas Condições Gerais item 20., além do aviso de sinistro devidamente preenchido, deverão ser apresentados os seguintes documentos: conforme abaixo:

- Formulário MetLife do Aviso de Sinistro com Autorização para Pagamento Preenchido e Assinado
- Cópia do RG do segurado
- Cópia do CPF do segurado
- Cópia do comprovante de residência em nome do segurado
- Ultrassonografia do Bebê a partir de 12 semanas de gestação, com identificação nesse exame do nome da mãe e quantidade de semanas de gestação.

10.3. Os referidos elementos devem ser submetidos pelo Segurado à Seguradora na forma e no prazo

previstos nas Condições Gerais, sob pena de negativa de cobertura.

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 PERDA DE RENDA (COM FRATURA OSSEA)

2. OBJETIVO

2.1. Esta Cobertura desde que contratada garante ao Segurado o pagamento de valor determinado e limitado ao descrito no certificado, em caso de Perda de Renda, para Profissionais Registrados, Profissionais Liberais ou Autônomos Regulamentados e Profissionais Liberais ou Autônomos NÃO Regulamentados, em consequência de evento coberto, ocorrido durante a vigência do Seguro, **exceto se decorrente de Riscos Excluídos, observados os termos destas Condições Especiais, das Condições Gerais e as demais Disposições Contratuais.**

15. ELEGIBILIDADE

2.1. Segurado sob Regime da Consolidação das Leis do Trabalho (CLT)

2.1.1. Em caso de Segurado que trabalhe sob regime exclusivo da CLT somente será considerado elegível ao recebimento da Indenização, o Segurado que na data da rescisão involuntária do contrato de trabalho demonstrar vínculo empregatício **pelo período mínimo de 12 (doze) meses consecutivos e ininterruptos de trabalho para o atual empregador** e desde que o seguro não esteja cancelado, a Cobertura suspensa ou o evento prescrito como risco excluído na data do evento.

2.1.2. O vínculo empregatício do Segurado deve ser mantido com **uma** pessoa física ou jurídica, através de Contrato de trabalho e a formalização na Carteira de Trabalho e Previdência Social (CTPS) e que receba pagamentos periódicos consecutivos, com uma jornada mínima de 30 (trinta) horas semanais, na data do evento.

2.1.3 Após um evento de Perda de Renda indenizado, o Segurado deverá comprovar novo período de 12 (doze) meses de trabalho contínuo e ininterruptos para um mesmo empregador para que venha a ser elegível à Indenização de um segundo evento de perda de renda por desemprego involuntário.

2.1.4. Não serão elegíveis a indenização as pessoas que contratarem o seguro no período de aviso prévio, cumprido ou indenizado.

2.2. Segurado Profissional Autônomo ou Liberal com comprovação de renda - Incapacidade Física Total e Temporária

2.2.1. Em caso de Profissional Liberal ou Autônomo com comprovação de renda será considerado elegível ao recebimento da Indenização, o Segurado que em caso de afastamento ocorrido em virtude de acidente ou doença gere comprovada interrupção temporária e involuntária de exercer todas as suas atividades profissionais, mediante comprovação por laudo médico reconhecido pela Seguradora.

2.2.2. Somente terá direito a esta Cobertura o Segurado, Profissional Autônomo ou Liberal Regulamentado em atividade profissional, que possua documento contábil/fiscal comprobatório da atividade exercida.

2.2.3. Após um evento de Perda de Renda indenizado, o Segurado somente estará elegível à Indenização de um segundo evento da mesma Cobertura, após 6 (seis) meses, contados a partir da data do retorno a toda e qualquer atividade laborativa.

2.3. Segurado Profissional Autônomo ou Liberal sem comprovação de renda - Internação hospitalar:

2.3.1. Em caso de Profissional Liberal ou Autônomo NÃO Regulamentado sem comprovação de renda será considerado elegível ao recebimento da Indenização, o Segurado que em caso de Internação hospitalar causada por Acidente Pessoal ou Doença, mediante comprovação por laudo médico reconhecido pela Seguradora.

2.3.2. Somente terá direito a esta cobertura o Segurado, Profissional Autônomo ou Liberal NÃO Regulamentado, conforme definido no item 3.42. das Condições Contratuais, e segurados que não exerçam atividades remuneradas.

2.3.3. O Capital Segurado relativo a esta Cobertura será totalmente reintegrado, de forma automática, após ocorrência de cada Evento Coberto, sem cobrança de Prêmio adicional.

2.3.4. Serão considerados como mesmo evento, a transferência de um Hospital para outro, desde que não tenha ocorrido alta hospitalar. O conjunto de ocorrências que tenham por origem ou causa o mesmo acidente ou a mesma doença será considerado um mesmo evento exceto quando o intervalo entre estas ocorrências for superior à 12 (doze) meses.

2.4. Segurado Profissional Liberal ou Autônomo NÃO Regulamentado – Fratura Óssea

2.4.1. Em caso de Profissional Liberal ou Autônomo NÃO Regulamentado sem comprovação de renda será considerado elegível ao recebimento da Indenização, o Segurado que em caso de **Fratura Óssea** após traumatismo ocorrido nos membros indicados na Tabela de Lesões Cobertas, prevista no item 2.4.2.

2.4.2. Tabela de Lesões

FRATURA

Crânio
Mandíbula
Vértebra Mandíbula e Coluna Vertebral
Pelve
Clavícula
Escápula
Braço
Antebraço
Quadril
Fêmur
Patela (rótula)
Perna
Tornozelo
Calcâneo
Osso Esterno
Vértebra Cervical

As lesões cobertas serão informadas nas Condições Contratuais, bem com o limite de eventos cobertos por vigência.

2.4.3. Somente terá direito a esta cobertura o Segurado, **Profissional Autônomo ou Liberal NÃO Regulamentado**, conforme definido no item 3.42. das Condições Gerais, e segurados que não exerçam atividades remuneradas.

2.4.4. Na ocorrência de um sinistro, a cobertura da parte do corpo afetada será reintegrada após 12 (doze) meses da data de ocorrência do evento.

2.5. O Segurado é elegível à cobertura mesmo que mude sua condição empregatícia ao longo da vigência

3. CARÊNCIA

3.1. É o período de até 180 (cento e oitenta) dias contados a partir da data do início de vigência individual do Seguro durante o qual o Segurado não terá direito à cobertura descrita nesta cláusula. Este período será expresso no Certificado Individual do Seguro.

3.2. Para os eventos decorrentes de acidentes pessoais não haverá Carência.

4. FRANQUIA

4.1. É o período contado a partir da data do evento coberto durante o qual não há Cobertura pelo Seguro, suportando o Segurado as consequências do evento gerador. Este período será expresso no Certificado Individual do Seguro e será contado em cada evento coberto.

4.1.1. Em caso de Segurado que trabalhe sob regime CLT a Franquia é de até 90 (noventa) dias ininterruptos, por evento, conforme definido no Contrato de Seguro e/ou Certificado Individual, contados a partir da data do desligamento do Segurado junto ao empregador.

4.1.2. Em caso de Segurado que trabalhe como profissional liberal ou autônomo (Incapacidade Física Total e Temporária) a Franquia é de até 15 (quinze) dias ininterruptos, por evento, conforme definido no Contrato de Seguro e/ou Certificado Individual do Seguro, contados a partir da data do início da incapacidade total e temporária do Segurado que o impeça de realizar sua atividade laborativa.

4.1.3. Em caso de Segurado que trabalhe como Profissional Liberal ou Autônomo NÃO Regulamentado (Internação Hospitalar Por Acidente Ou Doença) a Franquia é de até 15 (quinze) dias ininterruptos, por evento, conforme definido no Contrato de Seguro e/ou Certificado Individual do Seguro, contados a partir do momento da hospitalização do Segurado.

4.1.4. Em caso de Segurado que trabalhe como Profissional Liberal ou Autônomo NÃO Regulamentado (Fratura Óssea) não haverá franquia

5. RISCOS EXCLUÍDOS

5.1. 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:

5.1.1. Segurado sob Regime da Consolidação das Leis do Trabalho (CLT)

p) abandono de emprego ou pedido voluntário de demissão pelo empregado;
q) adesão do empregado a programas de demissão voluntária (PDV) de qualquer natureza ou incentivada e/ou por acordo coletivo de trabalho;
r) demissão quando o segurado é funcionário direto de parente, consanguíneo ou afim;
s) acordo entre empregado e empregador;
t) dispensa do empregado por justa causa;
u) jubilação, exoneração, pensão ou aposentadoria por qualquer causa;
v) perda de emprego decorrente da falência, concordata e recuperação judicial ou extrajudicial do empregador;
w) prestação de Serviço Militar;
x) campanhas de demissões em massa. Para fins de aplicação deste Seguro, considera-se demissão em massa empresas que demitam mais de 10% (dez por cento) de seu quadro de pessoal no prazo de seis meses contados a partir do primeiro Sinistro avisado;
y) extinção automática ou término do Contrato de trabalho, quando o Contrato tiver prazo determinado (Contrato a termo);
z) quando o Segurado for profissional liberal;
aa) Demissão motivada por guerra, revolução ou assemelhados;

bb) quando o Segurado for membro do conselho de administração da empresa
cc) dispensa com imediata admissão em outra empresa seja ela ou não, do mesmo grupo econômico, coligada, filiada, associada, subsidiária e/ou acionista.
dd) Segurados não considerados elegíveis a Indenização, conforme item 2.

5.1.2. Segurado Profissional Liberal ou Autônomo Regulamentado - Incapacidade Física Total e Temporária

q) gravidez;
r) procedimentos e/ou tratamentos, clínicos ou cirúrgicos, para esterilidade, infertilidade, inseminação artificial, impotência sexual, controle de natalidade, e mudança de sexo, bem como suas consequências, inclusive períodos de convalescença a eles relacionados;
s) tratamentos clínicos ou cirúrgicos com finalidade estética, salvo quando necessárias à restauração das funções alteradas em razão de Sinistro ocorrido na vigência do Seguro;
t) cirurgias plásticas (estéticas ou não) e períodos de convalescença a elas relacionados;
u) tratamentos para obesidade, em qualquer modalidade, inclusive gastroplastia redutora;
v) tratamentos para senilidade, geriatria, rejuvenescimento, repouso, convalescença e suas consequências;
w) tratamentos odontológicos e ortodônticos de quaisquer espécies, salvo quando decorrentes de Acidente Pessoal, ocorridos dentro do período de vigência do Seguro;
x) doenças degenerativas da coluna vertebral, com exceção de tratamento cirúrgico;
y) doenças crônicas, mesmo em fase aguda, entendendo-se como tal aquelas caracterizadas por sua evolução longa e insidiosa, com período de melhora e piora, não respondendo satisfatoriamente a procedimentos terapêuticos;
z) doenças de características reconhecidamente progressivas, tais como fibromialgia, artrite reumatoide, osteoartrose, dor miofascial, esclerose múltipla, doença de Alzheimer, Doença de Parkinson, entre outras;
aa) prática de atos reconhecidamente perigosos que não sejam motivados por necessidade justificada, excetuando-se os casos que provierem da utilização de meios de transporte mais arriscado, de prestação de serviço militar, da prática de esporte ou de atos de humanidade em auxílio de outrem;
bb) eventos causados exclusivamente pela não utilização, pelo Segurado, de equipamentos de segurança exigidos por lei;
cc) eventos causados exclusivamente pela ausência de habilitação do Segurado para condução de veículo automotor;
dd) 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.
ee) Segurados não considerados elegíveis a Indenização, conforme item 2.

5.1.3. Segurado Profissional Liberal ou Autônomo NÃO Regulamentado - Internação Hospitalar Por Acidente Ou Doença

a) perturbações e intoxicações alimentares de qualquer espécie;
b) eventos causados exclusivamente pela não utilização, pelo Segurado, de equipamentos de segurança exigidos por lei;
c) eventos causados exclusivamente pela ausência de habilitação do Segurado para condução de veículo automotor;
d) eventos em que o Segurado tenha intencionalmente atentado contra a vida e integridade física de outrem, consumado ou não, exceto em caso de legítima defesa ou assistência à pessoa em perigo.
e) tratamentos clínicos ou cirúrgicos experimentais e/ou não previstos no Código Brasileiro de Ética Médica e/ou não reconhecidos pelo Ministério da Saúde;
f) tratamento odontológico de qualquer espécie e suas consequências;
g) tratamentos clínicos ou cirúrgicos com finalidade estética;
h) cirurgias plásticas (estéticas ou não);
i) diárias de internação não necessárias para o efetivo tratamento médico, tais como, mas não se limitando a, espera para a realização de cirurgia; disponibilidade para exames; internação com a finalidade exclusiva de realização de exames de qualquer natureza para fins de avaliação do estado de saúde, inclusive check-up.
j) doenças e acidentes preexistentes, 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 contratação do Seguro;
k) procedimentos e/ou tratamentos clínicos ou cirúrgicos para esterilidade, infertilidade, inseminação artificial, impotência sexual, controle de natalidade, bem como suas consequências;
l) cirurgia para correção de fimose;
m) tratamentos para obesidade em qualquer modalidade, inclusive gastroplastia redutora;
n) tratamentos para senilidade, geriatria, rejuvenescimento e suas consequências;
o) diárias de internação não necessárias para o efetivo tratamento médico, tais como, mas não se limitando a, espera para a realização de cirurgia; disponibilidade para exames de diagnose; repouso; internação com a finalidade exclusiva de realização de exames de qualquer natureza para fins de avaliação do estado de saúde, inclusive check-up; internação para doação de órgãos;
p) doenças mentais e/ou psiquiátricas inclusive o "stress".

Também estão excluídas dessa cobertura, as internações em estabelecimento não considerados como sendo hospitais, tais como:

g) Instituições para atendimento de deficientes mentais, de tratamento psiquiátrico, incluindo departamento psiquiátrico de hospital;
h) Local de internação de idosos, do tipo asilo, casa de repouso e similares;
i) Instituições de recuperação de viciados em álcool e drogas;
j) Clínicas hidroterápicas ou de métodos curativos naturais;
k) Clínicas de convalescença de tratamento médico, do tipo pós-operatório e/ou reabilitação de acidentes e doenças;
f)Estâncias hidrominerais, "spa" (ou assemelhadas), e/ou internação domiciliar.

5.1.4. Segurado Profissional Liberal ou Autônomo NÃO Regulamentado – Fratura Óssea

b) Auto lesão

6. CAPITAL SEGURADO

6.1. O Capital Segurado para esta Cobertura será estabelecido contratualmente e deverá constar na respectiva Apólice de Seguro.

6.2. Para fins desta Cobertura em caso de Segurado que trabalhe sob regime CLT, considera-se data do evento, para efeito de determinação do Capital Segurado, a data da Perda de Renda, sendo está a data do desligamento indicada no Termo de Rescisão do Contrato de Trabalho, independentemente do aviso prévio ser cumprido ou indenizado, conforme documentação comprobatória.

6.3. Para fins desta cobertura em caso de Segurado que trabalhe como profissional liberal ou Autônomo Regulamentado (Incapacidade Física Total e Temporária) considera-se data do evento, a data da Perda de Renda, sendo esta a data do afastamento, conforme documentação comprobatória.

6.4. Para fins desta cobertura em caso de Segurado que trabalhe como Profissional Liberal ou Autônomo NÃO Regulamentado (Internação Hospitalar Por Acidente Ou Doença) considera-se data do evento, a data da Internação Hospitalar, sendo esta a data do afastamento, conforme documentação comprobatória.

6.5. Para fins desta cobertura em caso de Segurado, que trabalhe como Profissional Liberal ou Autônomo NÃO Regulamentado (Fratura Óssea) considera-se como data do evento, para efeito de determinação do Capital Segurado, a data da ocorrência do acidente.

7. VIGÊNCIA

7.1. A garantia compreendida por esta Cobertura terá vigência igual à prevista no Certificado individual.

8. CESSAÇÃO DE COBERTURA

8.1. Para fins desta cobertura se aplicam as hipóteses previstas nos itens 13, 14 e 22 das Condições Gerais.

9. PRÊMIO

9.1. O Prêmio referente a esta Cláusula estará previsto contratualmente.

10. ÂMBITO TERRITORIAL DE COBERTURA

10.1. Esta cobertura abrange os eventos ocorridos no Brasil., exceto para **Fratura Óssea** que abrange eventos em todo globo terrestre.

11. REINTEGRAÇÃO DO CAPITAL SEGURADO

11.1. O Capital Segurado relativo a esta Cobertura será totalmente reintegrado, de forma automática, sem cobrança de Prêmio adicional, observado o disposto nos itens 2.1.3. Segurado que trabalhe sob regime CLT, 2.2.3. para Segurado que trabalhe como Profissional Liberal ou Autônomo Regulamentado, 2.3.3. e 2.4.4. para Segurado que trabalhe como Profissional Liberal ou Autônomo NÃO Regulamentado conforme disposto acima.

12. PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO

12.1. Os elementos essenciais para aferição e decisão sobre a existência de Cobertura, referentes à presente Cobertura são:
(i) o aviso de sinistro totalmente preenchido e
(ii) a entrega dos documentos associados à Cobertura pleiteada, conforme abaixo:

12.2. Para a análise do pagamento da Indenização, respeitado o disposto nas Condições Gerais item 20., além do aviso de sinistro devidamente preenchido, deverão ser apresentados os seguintes documentos: conforme abaixo:

- Aviso de sinistro preenchido e assinado (formulário padrão MetLife);
- Cópia da Carteira de Trabalho Digital completa, impressa 31 dias após o término do período do Aviso Prévio, independente se cumprido ou só indenizado; (*)
- Cópia do RG, CPF e do comprovante de residência do Segurado;
- Cópia do Contrato de Financiamento

• Declaração do Credor informando o saldo devedor, demonstrando o cálculo trazido a valor presente, quando esta for a modalidade de cálculo da Indenização
• Cópia do Termo de Rescisão do Contrato de Trabalho;
• Cópia da Autorização de Movimento do Fundo de Cobertura por Tempo de Serviço (FGTS);
• Cópia autenticada do último extrato do Fundo de Garantia por Tempo de Serviço caso tenha sido fornecido pela empresa.
• Extrato do Cartão de Crédito com o primeiro vencimento subsequente à data de Sinistro e que conste a Obrigação (cópia legível), quando este for o meio de pagamento do Seguro.

12.3. Para a análise do pagamento da Indenização em caso de Segurado que trabalhe como profissional liberal ou autônomo Regulamentado (Incapacidade Física Total e Temporária), deverão ser apresentados os respectivos documentos básicos, a seguir relacionados:

• Aviso de Sinistro preenchido e assinado (formulário padrão MetLife);
• Relatório médico informando desde quando o Segurado recebeu o primeiro diagnóstico do quadro médico apresentado, bem como descrição da evolução clínica e data em que iniciou o tratamento. No caso de acidente, deverá conter a data do acidente, o percentual do déficit funcional apresentado por segmento, a data de confirmação da alta médica e, obrigatoriamente, da reabilitação;
• Exames médicos complementares realizados;
• Cópia do RG (carteira de identidade), CPF (Cadastro de Pessoa Física) e do comprovante de residência do Segurado;
• Exames médicos complementares realizados;
• Cópia do Contrato de Financiamento
• Comprovante de recolhimento do INSS ou Recibo de Pagamento Autônomo (RPA) - os 12 (doze) últimos anteriores ao afastamento - ou Declaração do imposto de renda ou Carnê leão – último;
• Cópia da comprovação contábil/fiscal da atividade profissional nos 12 (doze) meses que antecedem ao afastamento.
• Declaração do Credor informando o saldo devedor, demonstrando o cálculo trazido a valor presente, quando esta for a modalidade de cálculo da Indenização;
• Extrato do Cartão de Crédito com o primeiro vencimento subsequente à data de Sinistro e que conste a Obrigação (cópia legível), quando este for o meio de pagamento do Seguro.

12.4. Para a análise do pagamento da Indenização em caso de Segurado que trabalhe como Profissional Liberal ou Autônomo NÃO Regulamentado (Internação Hospitalar Por Acidente Ou Doença), deverão ser apresentados os respectivos documentos básicos, a seguir relacionados:

• Aviso de sinistro preenchido e assinado (formulário padrão MetLife);
• Formulário “Autorização para Crédito de Indenização” (formulário padrão MetLife), devidamente preenchido e assinado pelo Segurado ou, quando for o caso, por cada um dos Beneficiários;
• Cópias do RG, CPF e comprovantes de residência do Segurado e, quando for o caso, de cada um dos Beneficiários;
• Cópia do Prontuário Hospitalar completo;
• Declaração em papel timbrado do Hospital, assinada por representante legal, 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), Acidente de Trabalho;
• 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.
• Todos os resultados de exames comprobatórios do acidente ou doença, de Clínicas, Consultórios e Hospitais, exames laboratoriais, laudo do médico-assistente e quaisquer outros documentos referentes ao evento.
• Laudo de Exame de Corpo Delito (IML) quando realizado.

12.5. Para a análise do pagamento da Indenização em caso de Segurado que trabalhe como Profissional Liberal ou Autônomo NÃO Regulamentado (Fratura Óssea), deverão ser apresentados os respectivos documentos básicos, a seguir relacionados:

• Aviso de sinistro preenchido e assinado (formulário padrão MetLife);
• Formulário “Autorização para Crédito de Indenização” (formulário padrão MetLife), devidamente preenchido e assinado pelo Segurado;
• Cópias do RG., CPF e comprovante de residência do Segurado;
• Cópia do BO (Boletim de Ocorrência Policial) e/ou CAT (Comunicação de Acidente do Trabalho), se Acidente de Trabalho;
• 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;
- Radiografias acompanhadas dos respectivos laudos radiológicos e resultados de exames realizados;
- 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.

Importante: a Seguradora poderá solicitar a atualização mensal destas informações ao Segurado, nesta hipótese, a não apresentação poderá ensejar a suspensão do pagamento da Indenização.

12.6. Os referidos elementos devem ser submetidos pelo Segurado à Seguradora na forma e no prazo previstos nas Condições Gerais, sob pena de negativa de cobertura.

13. DISPOSIÇÕES GERAIS

13.1. Esta Cobertura faz parte integrante das Condições Gerais do Seguro contratado. As normas constantes desta Cobertura, por serem mais específicas, prevalecem sobre quaisquer dispositivos existentes nas Condições Gerais que, em relação a esta Cobertura, têm função subsidiária.