Condições Contratuais

Seguro de Pessoas Coletivo - Eventos

Índice

Conheça seu seguro____04

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

Conheça seus prazos____07

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 ao Contrato:
11. Custeio do Seguro
12. Cobrança e Pagamento dos Prêmios
13. Cancelamento da Apólice
14. Cessação da Cobertura Individual

Conheça os valores____12

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

Como utilizar____13

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

Condições Especiais

Cobertura de Morte_____19
Cobertura de Morte Acidental_____ 22
Doenças Graves (DG)_____24
Fratura Óssea (FO)_____26
Auxílio Por Internação Hospitalar (AIH)_____28
Desemprego Involuntário (DI)_____31
Incapacidade Física Total e Temporária (ITT)_____33
Suplementar Inclusão de Acompanhante (IA)_____35
Auxílio Ausência por Questão Legal (AQL)_____37

Condições Gerais do Seguro de Pessoas Eventos

1. CARACTERÍSTICAS

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

2. OBJETIVO

2.1. O presente seguro tem por objetivo garantir ao Segurado ou a seu(s) Beneficiário(s) o pagamento de indenização, limitada ao Capital Segurado, na ocorrência de eventos previstos nas Coberturas contratadas, **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 Individual ou da sua recondução depois de suspenso, que será equiparado, para fins de Indenização, a Acidente Pessoal, observada a legislação em vigor;
b) ação da temperatura do ambiente ou influência atmosférica, quando a elas o Segurado ficar sujeito em decorrência de acidente coberto;
c) escapamento acidental de gases e vapores;
d) sequestros e suas tentativas;
e) alterações anatômicas ou funcionais da coluna vertebral, de origem traumática, causadas exclusivamente por fraturas ou luxações radiologicamente comprovadas;

3.1.2. Excluem-se do conceito de Acidente Pessoal:
a) doenças, quaisquer que sejam suas causas, ainda que agravadas, direta ou indiretamente por acidente; ressalvadas as infecções, estados septicêmicos e embolias, resultantes de ferimento visível causado por acidente coberto;
b) intercorrências ou complicações em consequência da realização de exames, de tratamentos clínicos ou cirúrgicos, quando não decorrentes de acidente coberto;
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. Disposições Contratuais: é o conjunto de condições que regem a contratação.

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

3.14. 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. Evento Organizado: é um acontecimento com propósitos específicos e organizado para o público, tais como, mas não limitado a: show, espetáculo, festivais, evento esportivo.

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

3.19. 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.

3.20. 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.

3.21. 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.

3.22. 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.

3.23. 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.

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

3.25. 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.

3.26. 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.

3.27. 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.

3.28. 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.

3.29. 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.

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

3.31. Segurado: é a pessoa física que adquiriu o Ingresso/Bilhete para o Evento Organizado.

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

3.33. 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.

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

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

3.36. 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**.

3.37. Ingresso/Bilhete: cartão descartável que garante ou dá direito à entrada ao Evento Organizado.

4. COBERTURAS

As Coberturas deste seguro são:

4.1. Básicas:

- **Morte**
- **Morte Acidental**

4.2. Adicionais:

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

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

- **Doenças Graves (DG)**
- **Fratura Óssea (FO)**
- **Auxílio Por Internação Hospitalar (AIH)**
- **Desemprego Involuntário (DI)**
- **Incapacidade Fisica Total e Temporária) (ITT)**
- **Auxílio Ausência por Questão Legal (AQL)**

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

- **Morte Acidental, quando contratada a cobertura de Morte**

4.4. Este seguro prevê ainda a possibilidade de contratação das seguintes coberturas suplementares:

- **Inclusão de Acompanhante (IA)**

4.5. O seguro só poderá ser efetivado se houver, pelo menos, a contratação de uma das Coberturas Básicas.

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, 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 Global, 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, caso aplique-se. As Condições Gerais deste Seguro deverão estar à disposição dos Segurado.

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

9.3. 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.

9.4. 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.

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

9.6. Decorrido o prazo de 25 (vinte e cinco) dias, sem que tenha havido manifestação da Seguradora, a Proposta de Adesão será considerada como automaticamente aceita.

9.7. 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.

9.8. 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.

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

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

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

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 9.10 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 9.10 não for doloso, o Segurado fica obrigado a pagar a diferença de prêmio apurada ou, se a garantia for tecnicamente impossível ou o fato corresponder a tipo de risco que não seja normalmente subscrito pela Seguradora, perderá a cobertura.

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.

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

12.2. 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.

12.3. Quando a forma de cobrança do Prêmio for a de desconto ou consignação em folha de pagamento, o Estipulante, salvo nos casos de cancelamento da Apólice, somente poderá interromper o recolhimento em caso de perda do Vínculo ou me- diante pedido do Segurado por escrito.

12.4. É vedado ao Estipulante recolher dos Segurados, a título de Prêmio, qualquer valor além daquele fixado pela Seguradora e a ela devido. Caso o Estipulante receba, juntamente com o Prêmio, qualquer quantia que lhe 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.**

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

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

12.7. 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.

12.8. 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).

12.9. 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.

12.10. 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.

12.11. 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.

12.12. 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.

12.13. 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).

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

12.15. 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.

12.16. No caso de atraso de qualquer parcela do prêmio, exceto a primeira, as disposições das Cláusulas 12.13, 12.14 e 12.15 serão adotadas exclusivamente em relação ao Estipulante quando se tratar de suspensão ou cancelamento da Apólice Coletiva.

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

12.18. Caso o pagamento do prêmio não seja realizado após notificação formal ao 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.

12.19. 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.

12.20. 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:

a) com o cancelamento da Apólice por quaisquer das situações previstas no item 13;
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) com a extinção do Vínculo entre o Segurado e o Estipulante, seja ou não este fato comunicado à Seguradora;
f) imediatamente, se constatada uma das hipóteses previstas no item "Perda do Direito a Indenização" destas Condições Gerais.

14.2. Para o Segurado Dependente, quando incluído no seguro:
g) em qualquer das hipóteses previstas nos itens 14.1. acima;
h) em caso de cessação da condição de Segurado Dependente, conforme estabelecem as respectivas coberturas Suplementares de Inclusão de Acompanhante, 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, serão atualizados 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 16.1 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. O Estipulante poderá solicitar aumento 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. 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.

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.

19.1.2. 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.

19.1.3. 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.

19.1.4. 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. 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.

20.9. Caso ao final do prazo indicado no item 20.8 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.

20.10. 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.

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

20.12. 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.

20.13. 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.

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

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

20.16. 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.

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

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

20.19. Dúvidas sobre o preenchimento dos formulários acesse https://www.metlife.com.br/sinistro/preechimento e/ou sobre como obter os documentos solicitados acesse: https://www.metlife.com.br/sinistro/documentos

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.

21.2.1. 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.

21.2.2. 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. 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.

22.3. 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

22.4. Em qualquer das hipóteses acima não haverá restituição de Prêmio, ficando a Seguradora isenta de quaisquer responsabilidades, onde o pagamento será feito aos herdeiros do Segurado na forma prevista nessas Condições Gerais.

23. ALTERAÇÕES DA APÓLICE

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

23.1.1. 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.

23.1.2. Se a modificação for por força do reenquadramento por idade ou faixa etária previsto no item 15.1, 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.
b) manter a seguradora informada a respeito dos dados cadastrais dos segurados e alterações na natureza do risco coberto, de acordo com o definido contratualmente;
c) Assistir o segurado ou o beneficiário durante a execução do contrato e fornecer ao segurado, sempre que solicitado, informações relativas ao seguro contratado;
d) repassar os prêmios à seguradora, nos prazos estabelecidos contratualmente, caso seja responsável pelo recolhimento dos prêmios;

e) repassar aos segurados todas as comunicações ou avisos inerentes à apólice coletiva, quando for responsável por tais ações;
f) 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;
g) comunicar, de imediato, à seguradora, a ocorrência de qualquer sinistro, ou expectativa de sinistro, referente ao grupo que representa, assim que deles tiver conhecimento, quando esta comunicação estiver sob sua responsabilidade;
h) dar ciência aos segurados dos procedimentos e prazos estipulados para a liquidação de sinistros;
i) comunicar, de imediato, à Susep, quaisquer procedimentos que considerar irregulares quanto ao seguro contratado; e
j) fornecer à Susep quaisquer informações solicitadas, dentro do prazo por ela estabelecido.
k) Informar com destaque aos segurados ou beneficiários, nas propostas de adesão, nos questionários e nos demais documentos do contrato, as quantias eventualmente recebidas da seguradora pelos serviços prestados.
l) fornecer ao Beneficiário indicado a título oneroso, tão logo quanto possível, certificado e condições contratuais do seguro.
m) cumprir as obrigações e os deveres do contrato, salvo os que por sua natureza devam ser cumpridos pelo segurado ou pelo beneficiário.
n) 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. A propaganda e a divulgação do seguro, por parte do Estipulante e/ou seu representante legal, dependerão de autorização expressa e supervisão da Seguradora, respeitadas as condições da Apólice e as normas deste seguro.

25.2. 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. O segurado está obrigado a comunicar à Seguradora, logo que saiba, qualquer fato suscetível de agravar o risco coberto, sob pena de perder o direito à(s) Cláusula(s) contratada(s), se ficar comprovado que foi silenciado de má-fé

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

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

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

31.10. 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.

31.11. 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.

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

31.13. 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.

31.14. 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) Segurado ou ao Beneficiário(s) o pagamento de uma importância, limitada ao valor do Capital Segurado contratado, em caso de morte do Segurado, seu Cônjuge, Companheiro(a), Filhos, Mãe, Pai ou Irmãos(ãs) decorrente de causas naturais ou acidentais, **exceto se o evento caracterizar-se como um dos 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.

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 nos itens 12, 13 e 21 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 desta Cobertura;

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. 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: conforme abaixo:

a) Morte decorrente de doença

- Formulário de Aviso de Sinistro;
- Cópia dos documentos pessoais RG/CPF do segurado titular;
- Cópia da Certidão de Óbito do segurado titular;
- Cópia do ingresso;
- Cópia do comprovante de pagamento do ingresso;
- Cópia dos documentos pessoais RG/CPF do comprador do ingresso;

Sendo o sinistrado o comprador do ingresso, necessários os seguintes documentos para o pagamento da indenização na forma da lei;

- Formulário de Declaração de herdeiros, devidamente preenchido, constando se o segurado deixou companheira; caso positivo, informar período de convivência; informar ainda todos os filhos que deixou, independente da idade e casamento/relacionamento, com assinatura de duas testemunhas.
- Cópia da certidão de casamento extraída após o óbito (se não for solteiro);
- Cópia de prova de união estável, no caso de companheiro (declaração de união estável feita pelo segurado em cartório antes do óbito / comprovante de residência em comum / carta de concessão de pensão por morte do INSS / comprovante de dependência em plano de saúde e/ou odontológico / dependência no imposto de renda / comprovante de conta bancária conjunta);
- Cópia do RG e CPF do cônjuge ou companheiro (se for o caso);
- Cópia do comprovante de residência em nome do cônjuge ou companheiro (se for o caso);
- Cópia do RG (ou certidão de nascimento, se menor) de todos os herdeiros do segurado;
- Cópia do CPF de todos os herdeiros do segurado (obrigatório independente da idade);
- Cópia do comprovante de residência em nome de cada um dos herdeiros do segurado;
- Formulário de Autorização para Pagamento de Indenização, em nome de cada um dos beneficiários.

b) Morte decorrente de acidente

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

- Cópia do Boletim de Ocorrência;
- Cópia do Laudo de Necropsia do Instituto Médico Legal;
- Cópia da Carteira Nacional de Habilitação, se acidente automobilístico e o segurado o condutor;
- Cópia do resultado do Exame de Dosagem Alcoólica/Toxicológico, se realizado;
- Cópia do ingresso;
- Cópia do comprovante de pagamento do ingresso;
- Cópia dos documentos pessoais RG/CPF do comprador do ingresso;

Sendo o sinistrado o comprador do ingresso, necessários os seguintes documentos para o pagamento da indenização na forma da lei;

- Formulário de Declaração de herdeiros, devidamente preenchido, constando se o segurado deixou companheira; caso positivo, informar período de convivência; informar ainda todos os filhos que deixou, independente da idade e casamento/relacionamento, com assinatura de duas testemunhas.
- Cópia da certidão de casamento extraída após o óbito (se não for solteiro);
- Cópia de prova de união estável, no caso de companheiro (declaração de união estável feita pelo segurado em cartório antes do óbito / comprovante de residência em comum / carta de concessão de pensão por morte do INSS / comprovante de dependência em plano de saúde e/ou odontológico / dependência no imposto de renda / comprovante de conta bancária conjunta);
- Cópia do RG e CPF do cônjuge ou companheiro (se for o caso);
- Cópia do comprovante de residência em nome do cônjuge ou companheiro (se for o caso);
- Cópia do RG (ou certidão de nascimento, se menor) de todos os herdeiros do segurado;
- Cópia do CPF de todos os herdeiros do segurado (obrigatório independente da idade);
- Cópia do comprovante de residência em nome de cada um dos herdeiros do segurado;
- Formulário de Autorização para Pagamento de Indenização, em nome de cada um dos beneficiários.

c) Morte Cônjuge/Companheira

- Formulário de Aviso de Sinistro;
- Cópia dos documentos pessoais RG/CPF do titular do ingresso;
- Cópia dos documentos pessoais RG/CPF do Cônjuge/Companheira;
- Cópia da Certidão de Óbito do Cônjuge/Companheira;
- Cópia da Certidão de Casamento extraída após o óbito;
- No caso de companheiro, cópia de provas de União Estável (Declaração de união estável feita pelo segurado em cartório antes do óbito / comprovante de residência em comum / carta de concessão de pensão por morte do INSS / comprovante de dependência em plano de saúde e/ou odontológico / dependência no imposto de renda / comprovante de conta bancária conjunta);
- Cópia do ingresso;
- Cópia do comprovante de pagamento do ingresso;

- Cópia dos documentos pessoais RG/CPF do comprador do ingresso;

d) Morte Filhos

- Formulário de Aviso de Sinistro;
- Cópia dos documentos pessoais RG/CPF do titular do ingresso;
- Cópia dos documentos pessoais RG/CPF do filho;
- Cópia da Certidão de Óbito do filho;
- Cópia do ingresso;
- Cópia do comprovante de pagamento do ingresso;
- Cópia dos documentos pessoais RG/CPF do comprador do ingresso;

e) Morte Pais e Irmãos

- Formulário de Aviso de Sinistro;
- Cópia dos documentos pessoais RG/CPF do titular do ingresso;
- Cópia dos documentos pessoais RG/CPF do sinistrado;
- Cópia da Certidão de Óbito;
- Cópia do ingresso;
- Cópia do comprovante de pagamento do ingresso;
- Cópia dos documentos pessoais RG/CPF do comprador do ingresso;

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 MORTE ACIDENTAL (MA)

1. OBJETIVO

1.1. Esta cobertura, desde que contratada, garante ao Segurado ou seu(s) Beneficiário(s) o pagamento de uma importância, limitada ao valor do Capital Segurado contratado, em caso de morte do Segurado, seu Cônjuge, Companheiro(a), Filhos, Mãe, Pai ou Irmãos(ãs) 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 nos itens 12, 13 e 21 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 pagamento da Indenização desta Cobertura;

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:

- Formulário de Aviso de Sinistro;
- Cópia dos documentos pessoais RG/CPF do segurado titular;
- Cópia da Certidão de Óbito do segurado titular;
- Cópia do Boletim de Ocorrência;
- Cópia do Laudo de Necropsia do Instituto Médico Legal;
- Cópia da Carteira Nacional de Habilitação, se acidente automobilístico e o segurado o condutor;
- Cópia do resultado do Exame de Dosagem Alcoólica/Toxicológico, se realizado;
- Cópia do ingresso;
- Cópia do comprovante de pagamento do ingresso;
- Cópia dos documentos pessoais RG/CPF do comprador do ingresso;

Sendo o sinistrado o comprador do ingresso, necessários os seguintes documentos para o pagamento da indenização na forma da lei

- Formulário de Declaração de herdeiros, devidamente preenchido, constando se o segurado deixou companheira; caso positivo, informar período de convivência; informar ainda todos os filhos que deixou, independente da idade e casamento/relacionamento, com assinatura de duas testemunhas.
- Cópia da certidão de casamento extraída após o óbito (se não for solteiro);
- Cópia de prova de união estável, no caso de companheiro (declaração de união estável feita pelo segurado em cartório antes do óbito / comprovante de

residência em comum / carta de concessão de pensão por morte do INSS / comprovante de dependência em plano de saúde e/ou odontológico / dependência no imposto de renda / comprovante de conta bancária conjunta);
- Cópia do RG e CPF do cônjuge ou companheiro (se for o caso);
- Cópia do comprovante de residência em nome do cônjuge ou companheiro (se for o caso);
- Cópia do RG (ou certidão de nascimento, se menor) de todos os herdeiros do segurado;
- Cópia do CPF de todos os herdeiros do segurado (obrigatório independente da idade);
- Cópia do comprovante de residência em nome de cada um dos herdeiros do segurado;
- Formulário de Autorização para Pagamento de Indenização, em nome de cada um dos beneficiários.

Morte Acidental Cônjuge/Companheira

- Formulário de Aviso de Sinistro;
- Cópia dos documentos pessoais RG/CPF do titular do ingresso;
- Cópia dos documentos pessoais RG/CPF do Cônjuge/Companheira;
- Cópia da Certidão de Óbito do Cônjuge/Companheira;
- Cópia da Certidão de Casamento extraída após o óbito;
- No caso de companheiro, cópia de provas de União Estável (Declaração de união estável feita pelo segurado em cartório antes do óbito / comprovante de residência em comum / carta de concessão de pensão por morte do INSS / comprovante de dependência em plano de saúde e/ou odontológico / dependência no imposto de renda / comprovante de conta bancária conjunta);
- Cópia do Boletim de Ocorrência;
- Cópia do Laudo de Necropsia do Instituto Médico Legal;
- Cópia da Carteira Nacional de Habilitação, se acidente automobilístico se o Cônjuge/Companheiro condutor;
- Cópia do resultado do Exame de Dosagem Alcoólica/Toxicológico, se realizado;
- Cópia do ingresso;
- Cópia do comprovante de pagamento do ingresso;
- Cópia dos documentos pessoais RG/CPF do comprador do ingresso;

Morte Acidental Filhos

- Formulário de Aviso de Sinistro;
- Cópia dos documentos pessoais RG/CPF do titular do ingresso;
- Cópia dos documentos pessoais RG/CPF do filho;
- Cópia da Certidão de Óbito do filho;
- Cópia da Carteira Nacional de Habilitação, se acidente automobilístico se o filho condutor;
- Cópia do Boletim de Ocorrência;
- Cópia do Laudo de Necropsia do Instituto Médico Legal;
- Cópia do resultado do Exame de Dosagem Alcoólica/Toxicológico, se realizado;
- Cópia do ingresso;
- Cópia do comprovante de pagamento do ingresso;
- Cópia dos documentos pessoais RG/CPF do comprador do ingresso;

Morte Acidental Pais e Irmãos

- Formulário de Aviso de Sinistro;
- Cópia dos documentos pessoais RG/CPF do titular do ingresso;
- Cópia dos documentos pessoais RG/CPF do sinistrado;
- Cópia da Certidão de Óbito;
- Cópia da Carteira Nacional de Habilitação, se acidente automobilístico e o sinistrado o condutor;
- Cópia do Boletim de Ocorrência;
- Cópia do Laudo de Necropsia do Instituto Médico Legal;
- Cópia do resultado do Exame de Dosagem Alcoólica/Toxicológico, se realizado;
- Cópia do ingresso;
- Cópia do comprovante de pagamento do ingresso;
- Cópia dos documentos pessoais RG/CPF do comprador do ingresso;

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 DOENÇAS GRAVES (DG)

1. OBJETIVO

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

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

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

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

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

1.6. Infarto Agudo do Miocárdio: necrose (morte celular) de parte do músculo cardíaco em consequência de um fluxo sanguíneo inadequado, diagnosticado por cardiologista e comprovado por meio de exames complementares . O diagnóstico será baseado nos seguintes critérios: história de dor precordial típica, alterações eletrocardiográficas específicas de isquemia e aumento das enzimas cardíacas.
Será elegível ao pagamento da indenização o Segurado que teve Infarto Agudo do Miocárdio fulminante e que precisou ser internado em função deste diagnóstico.

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

2. RISCOS EXCLUÍDOS

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

a) Qualquer Câncer não invasivo (*in situ*), Doença de Hodgkin na fase I, todos o Câncer de pele com exceção do melanoma maligno invasivo (a partir da classificação Clark nível III), qualquer tumor em portadores de vírus da imunodeficiência humana, carcinoma micropapilar da bexiga e leucemia linfocítica crônica (classificação Rai menor que III);
b) Angioplastia e/ou qualquer procedimento intra-arterial, tratamento a laser e/ou qualquer outro tratamento não cirúrgico, bem como cirurgias de revascularização decorrentes de lesões coronarianas preexistentes à contratação do seguro.
c) Insuficiência Renal Aguda e/ou Insuficiência Renal Crônica que não necessite de diálise peritoneal, hemodiálise e/ou transplante renal;
d) Qualquer autotransplante, demais órgãos ou células, exceto os cobertos citados no item 1.5;
e) Infartos do miocárdio anteriores a contratação do seguro, infarto que não produz elevação no segmento ST no Eletrocardiograma, bem como os infartos ocorridos dentro da vigência da Apólice decorrentes de doenças preexistentes à contratação.
f) Ataques isquêmicos transitórios; alteração neurológica não resultante de acidente vascular cerebral isquêmico e/ou hemorrágico e lesão cerebral resultante de trauma; não estão cobertos ainda os derrames decorrentes de doenças preexistentes à contratação do seguro, ainda que o derrame ocorra dentro do período de vigência da Apólice e os derrames anteriores à contratação do seguro.

3. CAPITAL SEGURADO

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

3.2. Para fins desta cobertura, considera-se como data do **evento, para efeito de determinação do Capital Segurado, a data do diagnóstico comprovado das doenças relacionadas nessa clausula.**

4. INÍCIO DE VIGÊNCIA

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

5. CARÊNCIA

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

6. CESSAÇÃO DE COBERTURA

6.1. Além das hipóteses previstas nos itens nos itens 12, 13 e 21 das Condições Gerais.

6.1.1. Para o Segurado**:**

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

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:

- Formulário de Aviso de Sinistro;
- Cópia dos documentos pessoais RG/CPF do segurado titular;
- Cópia do comprovante de residência nominal ao segurado;
- Cópia de todos os exames realizados indicativos e confirmativos da doença;
- Cópia do ingresso;
- Cópia do comprovante de pagamento do ingresso;
- Cópia dos documentos pessoais RG/CPF do comprador do ingresso;

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. 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.

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 FRATURA ÓSSEA (FO)

1. OBJETIVO

1.1. Esta Cobertura, desde que contratada, garante ao Segurado o pagamento de uma importância, limitada ao valor do Capital Segurado contratado, 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)

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 nos itens 12, 13 e 21 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:

- Formulário do Aviso de Sinistro, com a descrição do acidente;
- Cópia dos documentos pessoais RG/CPF do segurado titular;
- Cópia do comprovante de residência em nome do segurado;
- Cópia do relatório médico informando a data do acidente, as lesões causadas, especificando as fraturas sofridas pelo segurado, por membro ou segmento;
- Cópia do laudo e radiografias realizadas;
- Cópia da Carteira Nacional de Habilitação, se acidente automobilístico e o sinistrado for o condutor;
- Cópia do Boletim de Ocorrência;
- Cópia do ingresso;
- Cópia do comprovante de pagamento do ingresso;
- Cópia dos documentos pessoais RG/CPF do comprador do ingresso;

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.

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 POR INTERNAÇÃO HOSPITALAR (AIH)

1. OBJETIVO

1.1. Esta cobertura , desde que contratada, garante ao Segurado o pagamento de uma importância, limitada ao valor do Capital Segurado contratado, 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

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. 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 nos itens 12, 13 e 21 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. PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO

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 doenças ou lesões.

12.2. 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%

12.3. Em caso de falecimento do Segurado durante o Período de Hospitalização Indenizável, a indenização devida e eventualmente não indenizada será paga aos herdeiros legais.

12.4. 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:

12.5. 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:

- Formulário de Aviso de Sinistro;
- Cópia dos documentos pessoais RG/CPF do segurado titular;
- Cópia do comprovante de residência em nome ao segurado;
- Cópia do prontuário de Alta Médica constando o número do prontuário, dados do hospital, assinatura e CRM do médico assistente, informando o período de internação (data de admissão e data da alta);
- Cópia dos resultados de exames realizados, que possibilitem identificar o diagnóstico;
- Cópia da Carteira Nacional de Habilitação, se acidente automobilístico e o sinistrado for o condutor.
- Cópia do Boletim de Ocorrência, em caso de acidente com intervenção policial;
- Cópia do ingresso;
- Cópia do comprovante de pagamento do ingresso;
- Cópia dos documentos pessoais RG/CPF do comprador do ingresso;

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 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 importância, limitada ao valor do Capital Segurado contratado 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, 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 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 extra judicial do empregador;
h) prestação de Serviço Militar;
i) campanhas de demissões em massa. Para fins de aplicação deste seguro, considera-se demissão em massa empresas que demitam mais de 10% (dez por cento) de seu quadro de pessoal no prazo de seis meses contado a partir do primeiro Sinistro avisado e de um mesmo 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 do capital segurado será estabelecido 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 nos itens 12, 13 e 21 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. PRÊMIO

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

10. ÂMBITO TERRITORIAL DE COBERTURA

10.1. Esta Cláusula abrange os eventos ocorridos em território nacional, 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:

- Formulário de Aviso de Sinistro;
- Cópia do RG do sinistrado; Cópia do CPF do sinistrado;
- Cópia do comprovante de residência em nome do Segurado;
- Cópia Simples da Carteira de Trabalho contendo as seguintes páginas:

- Página da foto e qualificação civil;
- Página do último Contrato de Trabalho e folha posterior ao Contrato de Trabalho;
- Página posterior à baixa do último emprego; E/ou Carteira de Trabalho Digital contendo todos os dados pessoais e contratos de trabalho. A Carteira de Trabalho Digital pode ser obtida através do site do Ministério da Economia – Secretaria de Trabalho em https://servicos.mte.gov.br/ ou pelo aplicativo “Carteira de Trabalho Digital” disponível na loja virtual do seu celular.

- Cópia do Termo de Rescisão do Contrato de Trabalho homologado;
- Cópia do ingresso;
- Cópia do comprovante de pagamento do ingresso;
- Cópia dos documentos pessoais RG/CPF do comprador do ingresso.

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

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

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 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 importância, limitada ao valor do Capital Segurado contratado, em caso de afastamento involuntário das suas atividades laborativas causados 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**.

2. ELEGIBILIDADE

2.1. 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) 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;
b) gravidez, parto ou aborto e suas consequências ;
c) 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;
d) tratamentos clínicos ou cirúrgicos com finalidade estética, salvo quando necessárias à restauração das funções alteradas em razão de Sinistro ocorrido na vigência do seguro;
e) cirurgias plásticas (estéticas ou não) e períodos de convalescença a elas relacionados;
f) tratamentos para obesidade, em qualquer modalidade, inclusive gastroplastia redutora;
g) tratamentos para senilidade, geriatria, rejuvenescimento, repouso, convalescença e suas consequências;
h) tratamentos odontológicos e ortodônticos de quaisquer espécies, salvo quando decorrentes de acidente pessoal, ocorridos dentro do período de vigência do seguro;
i) doenças degenerativas da coluna vertebral, com exceção de tratamento cirúrgico;
j) 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;
k) doenças de características reconhecidamente progressivas, tais como fibromialgia, artrite reumatoide, osteoartrose, dor miofascial, esclerose múltipla, doença de Alzheimer, Doença de Parkinson, entre outras;
l) eventos causados exclusivamente pela não utilização, pelo Segurado, de equipamentos de segurança exigidos por lei;
m) eventos causados exclusivamente pela ausência de habilitação do Segurado para condução de veículo automotor;
n) eventos em que o Segurado tenha intencionalmente atentado contra a vida e integridade física de outrem consumado ou não, exceto em caso de legítima defesa ou assistência à pessoa em perigo.

4. CAPITAL SEGURADO

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

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 nos itens 12, 13 e 21 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. O período de Carência poderá, a critério da Seguradora, ser reduzido ou substituído por Declaração Pessoal de Saúde e/ou por Exame Médico.

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

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:

- Formulário de Aviso de Sinistro;
- Cópia do RG do sinistrado; Cópia do CPF do sinistrado;
- Cópia do comprovante de residência em nome do sinistrado;
- Cópia da Declaração Médica, constando os dados do hospital/clínica, assinatura e CRM do médico assistente, informando o CID e período de afastamento do titular ou do acompanhante;
- Cópia da Carteira Nacional de Habilitação, se acidente automobilístico e o sinistrado for o condutor.
- Cópia do Boletim de Ocorrência, em caso de acidente com intervenção policial;
- Cópia do ingresso;
- Cópia do comprovante de pagamento do ingresso;
- Cópia dos documentos pessoais RG/CPF do comprador do ingresso;

Para os casos de afastamento por Covid, apresentar:

- Cópia do resultado positivo do exame laboratorial RT-PCR realizado para detecção de COVID;

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 , tem função subsidiária.



COBERTURA SUPLEMENTAR DE INCLUSÃO DE ACOMPANHANTE (IA)

1. OBJETIVO

1.1. Esta cobertura Suplementar, desde que contratada, garante ao Segurado, uma Indenização em caso de ocorrência de algum do(s) demais Evento(s) Coberto(s) previsto(s) na(s) cobertura (s) contratada(s) pelo Segurado Titular em favor de seu Acompanhante para o Evento Organizado, que tenha adquirido Ingresso/bilhete, **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, outro(s) Segurados que façam parte do mesmo Grupo Segurado como Segurado Titular, ainda que tenham pago 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 Titular, respeitadas as conjugações estabelecidas contratualmente.

2. COBERTURAS

2.1. As coberturas que poderão ser contratadas para o Acompanhante serão estabelecidas contratualmente e obedecerão às mesmas disposições estabelecidas para o Segurado Titular nestas Condições Gerais, e nas respectivas coberturas, eventualmente contratadas, observadas as limitações de Capital Segurado e idade, e eventuais regras aplicáveis exclusivamente essa cobertura.

3. RISCOS EXCLUÍDOS

3.1. Estão expressamente excluídos desta cobertura Suplementar de Acompanhante todos os riscos definidos como excluídos das coberturas contratadas, e das exclusões apresentadas no conceito de Acidente Pessoal, aplicáveis ao Segurado.

4. CONDIÇÕES DE ACEITAÇÃO

4.1. Poderá participar do seguro os Acompanhantes do Segurado que obedeçam às regras de aceitação definidas nesta cobertura, nas Condições Gerais, na(s) cobertura (s)contratada(s) e demais Disposições Contratuais.

5. FORMA DE PARTICIPAÇÃO

5.1. A inclusão do Acompanhante do Segurado será automática, de forma que estarão cobertos automaticamente todas as pessoas que comprovem serem Acompanhantes do Segurado para o Evento Organizado, através da compra de ingresso/bilhete, 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 Titular, em cada uma da(s) respectivas coberturas (s) contratada(s).

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

6.3. 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.

7. BENEFICIÁRIO(S)

7.1. Na hipótese da contratação de coberturas decorrentes do falecimento, seja por causas naturais ou acidentais, a Indenização será paga ao Segurado Titular.

7.2. Para as coberturas que não estejam relacionadas a morte, a Indenização, quando cabível, será pago ao Segurado Titular.

8. INÍCIO DE VIGÊNCIA DESTA COBERTURA SUPLEMENTAR

8.1. Início de vigência da Cobertura Suplementar

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

9. CESSAÇÃO DA COBERTURA

9.1. Além das hipóteses previstas nos itens nos itens 12, 13 e 21 das Condições Gerais, e no item "Cessação de Cobertura" de cada uma das coberturas contratadas, 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.

9.1.1. Cessação da cobertura individual

a) com o cancelamento do Segurado Titular;
b) com o falecimento do Acompanhante;

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 cobertura desta 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. Para a análise do pagamento da Indenização, respeitado o disposto nas Condições Gerais item 20, deverão ser apresentados, além dos documentos básicos relacionados na(s) cobertura(s) eventualmente contratada(s), a comprovação da condição de Acompanhante do Segurado que comprove vínculo através da compra do ingresso/bilhete, por meio de:

13.2. 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:

13.3. 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:

a) RG (carteira de identidade), CPF (Cadastro de Pessoa Física) e Comprovante de Residência.

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

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 AUSÊNCIA POR QUESTÃO LEGAL (AQL)

1. OBJETIVO

1.1. Esta Cobertura, desde que contratada, garante ao Segurado, uma Indenização em caso de impedimento, por questões legais em comparecer ao Evento Organizado, que tenha adquirido Ingresso/bilhete, **exceto se decorrente de Riscos Excluídos, observados os demais termos desta cobertura, das Condições Gerais, e as demais Disposições Contratuais.**

1.2. Para efeito dessa cobertura entende-se como questões legais:

a) Convocação de serviços do Júri (Jurado);
b) Intimação para comparecimento em Tribunal de Justiça ou órgão do Poder Judiciário Brasileiro e;
c) Convocação para forças armadas

2. DEFINIÇÃO

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

2.2. Tribunal: instituição com autoridade para julgar disputas legais entre as partes e realizar a administração da justiça em questões civis, criminais e administrativas de acordo com o estado de direito.

2.3. Poder Judiciário: é o poder responsável por garantir a proteção dos direitos dos cidadãos, por resolver conflitos e por executar as leis. Ele funciona por meio da existência da Justiça Comum e da Justiça Especializada.

2.4. Jurado: é toda pessoa não magistrada, investida na função de julgar no órgão coletivo que é o Tribunal do Júri.

2.5. Forças Armadas: Forças Armadas são constituídas pela Marinha, pelo Exército e pela Aeronáutica, são instituições nacionais permanentes e regulares, organizadas com base na hierarquia e na disciplina, sob a autoridade suprema do Presidente da República e destinam-se à defesa da Pátria, à garantia dos poderes constitucionais e, por iniciativa de qualquer destes, da lei e da ordem

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 Cláusula será estabelecido contratualmente e deverá constar nos respectivos Certificados Individuais do Seguro.

5. INÍCIO DE VIGÊNCIA DESTA CLÁUSULA

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 DESTA CLÁUSULA

6.1. Para fins desta cobertura se aplicam as hipóteses previstas nos itens nos itens 12, 13 e 21 das Condições Gerais.

7. CARÊNCIA

7.2. 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.

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 DA INDENIZAÇÃO

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

Para a análise do pagamento da Indenização, respeitado o disposto nas Condições Gerais item 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
- Cópia do comprovante de convocação/citação/intimação emitido pelos órgãos competentes.

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.