

Condições Contratuais

**Seguro de Vida e
Integridade Física Coletivo
Entidade Fechada de Previdência
Complementar - EFPC**

Índice



Conheça seu seguro ____ 05

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



Conheça seus prazos ____ 08

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



Conheça os valores ____ 14

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



Como utilizar ____ 15

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 Tributário
27. Da Violação de Leis e Normas de Embargos ou Sanções Econômicas e Comerciais foro
28. Tributário
29. Prescrição
30. Foro
31. Disposições Finais



Cobertura de Morte____21

1. Objetivo
2. Definição
3. Riscos Excluídos
4. Capital Segurado
5. Início de Vigência
6. Cessação de Cobertura
7. Prêmio
8.  mbito Territorial de Cobertura
9. Carência
10. Pagamento da Indenização
11. Disposições Gerais



Cobertura de Morte Acidental (MA)____23

1. Objetivo
2. Definição
3. Riscos Excl  idos
4. Capital Segurado
5. Início de Vigência
6. Cessação de Cobertura
7. Prêmio
8.   mbito Territorial de Cobertura
9. Pagamento da Indenização
10. Disposições gerais



Cobertura de Invalidez Permanente por Acidente (IPA)____25

1. Objetivo
2. Definições
3. Riscos Excl  idos
4. Capital Segurado
5. Reintegração do Capital Segurado
6. Acumulação de Indenizações
7. Tabela para Cálculo de Percentuais de Indenização em Caso de Invalidez Permanente por Acidente
8. Início de Vigência
9. Cessação de Cobertura
10. Prêmio
11.   mbito Territorial de Cobertura
12. Pagamento da Indenização
13. Disposições Gerais



Cobertura de Invalidez Permanente Total por Acidente (IPTA)____32

1. Objetivo
2. Definições
3. Riscos Excl  idos
4. Capital Segurado
5. Reintegração do Capital Segurado
6. Acumulação de Indenizações
7. Tabela para Cálculo de Percentuais de Indenização em Caso de Invalidez Permanente por Acidente
8. Início de Vigência
9. Cessação de Cobertura
10. Prêmio
11.   mbito Territorial de Cobertura
12. Pagamento da Indenização
13. Disposições Gerais



Cobertura de Invalidez por Doença Funcional (IPD-F) ____35

1. Objetivo
2. Definições
3. Riscos Cobertos
4. Riscos Excluídos
5. Capital Segurado
6. Comprovação da Invalidez
7. Início de Vigência
8. Cessação de Cobertura
9. Prêmio
10. Carência
11.  mbito Territorial de Cobertura
12. Pagamento da Indenização
13. Disposições Gerais



Cobertura Invalidez Laborativa Total Permanente Por Doença Profissional (ILTP-D)____43

1. Objetivo
2. Definições
3. Riscos Excl  idos
4. Capital Segurado
5. Vigência
6. Cessação de Cobertura
7. Prêmio
8. Carência
9. Pagamento da Indenização
10.  mbito Territorial de Cobertura
11. Disposições Gerais



Cobertura Invalidez Permanente por Doença ou Acidente (IPDA)____41

1. Objetivo
2. Definições
3. Risco Coberto
4. Riscos Excl  idos
5. Capital Segurado
6. Acumulação de Indenizações
7. Início de Vigência
8. Cessação de Cobertura
9. Prêmio
10. Carência
11.  mbito Territorial de Cobertura
12. Pagamento da Indenização
13. Disposições Gerais

Condições Contratuais Seguro de Pessoas Vida em Grupo Entidade Fechada de Previdência Complementar – EFPC

1. CARACTERÍSTICAS

1.1. A METROPOLITAN LIFE SEGUROS E PREVIDÊNCIA PRIVADA S.A., doravante denominada Seguradora, institui o Seguro de Pessoas EFPC, descrito nestas Condições Contratuais.

2. OBJETIVO

2.1. O presente Seguro tem por objetivo garantir o pagamento de uma Indenização ao Estipulante da Apólice, que nesse caso é a Entidade Fechada de Previdência Complementar Fechada, na ocorrência de Eventos Cobertos pela(s) cobertura(s) contratada(s), **exceto se decorrente de Riscos Excluídos e desde que respeitadas as demais Disposições Contratuais.**

3. DEFINIÇÕES

3.1. Acidente Pessoal: evento com data caracterizada, exclusivo e diretamente externo, súbito, involuntário, violento, causador de lesão física, que, por si só e independentemente de toda e qualquer outra causa, tenha como consequência direta a morte, a invalidez permanente total ou parcial, a incapacidade temporária ou que torne necessário tratamento médico, observando-se, que o suicídio, ou sua tentativa, será equiparado, para fins de pagamento de indenização, a acidente pessoal.

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

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

3.1.2. Excluem-se do conceito de Acidente Pessoal:

- a) doenças, quaisquer que sejam suas causas, ainda que provocadas, desencadeadas ou agravadas, direta ou indiretamente por acidente; ressalvadas as infecções, estados septicêmicos e embolias, resultantes de ferimento visível causado por acidente coberto;
- b) intercorrências ou complicações em consequência da realização de exames, de tratamentos clínicos ou cirúrgicos, quando não decorrentes de acidente coberto;
- c) quaisquer doenças, conforme apuradas nos termos dessa Apólice, mesmo as consideradas acidentes pela legislação previdenciária.
- d) situações reconhecidas por instituições oficiais de previdência social ou semelhantes 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) Entidade de Previdência Complementar Fechada (EFPC), designada para receber os valores de indenização, na hipótese de ocorrência de Evento Coberto, para fins desse seguro o beneficiário será o próprio Estipulante.

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. A Carência poderá ser total ou parcial, abrangendo exclusivamente as coberturas não relacionadas a Acidente Pessoal, para as quais não há Carência. **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) valor(es) 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 Especiais: conjunto de cláusulas que especificam as diferentes modalidades de cobertura que possam ser contratadas dentro de um mesmo plano de seguro;

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

3.12. 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).

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

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

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

3.16. Doença Profissional: é toda e qualquer deficiência e/ou enfraquecimento da saúde humana, causada por uma exposição contínua a condições inerentes à ocupação de uma pessoa, ou seja, é aquela que se mostra consequente da atividade profissional desempenhada.

3.17. EFPC: Entidade Fechada de Previdência Complementar - Sociedade civil ou fundação, sem fins lucrativos, que tem por finalidade instituir e administrar planos de benefícios previdenciários, acessíveis aos

indivíduos que possuam vínculo empregatício ou associativo com empresas, órgãos públicos, sindicatos e/ou associações representativas. Populamente conhecidas como Fundos de Pensão..

3.18. Estipulante: é a EFPC, que fica investida de poderes de representação dos Segurados, nos termos da legislação e regulamentação em vigor.

3.19. 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).

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

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

3.22. Grupo Segurável: é aquele constituído pela totalidade dos Participantes 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.

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

3.24. 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.

3.25. 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.

3.26. Início de Vigência: é a data a partir da qual as coberturas de risco propostas serão garantidas pela sociedade seguradora.

3.27. Migração de Apólices: substituição de apólice coletiva por nova apólice emitida por outra sociedade seguradora em período não coincidente com o término da respectiva vigência.

3.28. Nota técnica atuarial: documento elaborado por atuário, que contém a estruturação técnica do plano de seguro, mantendo estreita relação com as condições contratuais.

3.29. Participante: Pessoa física que adere ao plano de benefícios administrado por uma entidade de previdência complementar.

3.30. 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.

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

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

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

3.34. RGPS - Regime Geral de Previdência Social. Regime de Previdência, de caráter obrigatório e contributivo, instituído e administrado pelo Estado e gerenciado pelo Instituto Nacional do Seguro Social – INSS. Destina-se aos trabalhadores do setor privado e empregados públicos celetistas, objetivando a proteção previdenciária a essas classes de cidadãos.

3.35. RPPS - Regime Próprio de Previdência Social. Regime de Previdência, de caráter obrigatório e contributivo, instituído pela União, Estados, Distrito Federal ou Municípios em substituição ao RGPS, destinado aos seus respectivos membros e servidores.

3.36. Plano de Benefícios - Conjunto de direitos e obrigações reunidos em um regulamento com o objetivo de pagar benefícios previdenciários ou assistenciais aos seus participantes e beneficiários, mediante a formação de poupança advinda das contribuições de patrocinadores e participantes e da rentabilidade dos investimentos. Possui independência patrimonial, contábil e financeira.

3.37. 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.

3.38. 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 intenção de aderir à contratação coletiva, manifestando pleno conhecimento das Disposições Contratuais.

3.39. 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.

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

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

3.42. Segurado: o Participante ou Assitido que mantém Vínculo com o Estipulante, regularmente incluído e aceito no seguro.

3.43. 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.

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

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

4. COBERTURAS

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

- ✓ Morte
- ✓ Morte Acidental
- ✓ Invalidez Permanente por Acidente (IPA)
- ✓ Invalidez Permanente Total por Acidente (IPTA)
- ✓ Invalidez por Doença Funcional (IPD-F)
- ✓ Invalidez Permanente por Doença ou Acidente (IPDA)
- ✓ Invalidez Laborativa Total Permanente por Doença Profissional (ILTP-D)

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

- a) Morte Acidental, quando contratada a cobertura de Morte
- b) Invalidez Permanente por Acidente (IPA); Invalidez Permanente Total por Acidente (IPTA); e Invalidez Permanente por Doença ou Acidente (IPDA)
- c) Invalidez por Doença Funcional (IPD-F); Invalidez Permanente por Doença ou Acidente (IPDA) Invalidez Laborativa Permanente e Total por Doença (ILTP-D)

4.3. As Coberturas serão oferecidas à EFPC para garantir os riscos do Planos de benefícios, observados os termos e condições previstos nessas Condições Contratuais.

4.4. A(s) Cobertura(s) a serem contratadas será(ão) expressa(s), no Contrato, na Apólice e no Certificado Individual do Seguro.

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, 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;

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.

6. PRAZO DE CARÊNCIA

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

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

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

6.4. Se ocorrer um sinistro durante o Período de Carência e o Seguro for cancelado, a seguradora devolverá ao Segurado ou ao Beneficiário, conforme

o caso, o valor do Prêmio pago referente à Cobertura que não foi utilizada Durante o Prazo de Carência estão excluídos da Cobertura os sinistros cuja causa exclusiva ou principal corresponda a estados patológicos preexistentes à fase de Proposta de Seguro não informados no Questionário de Risco.

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

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

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

-do Início de Vigência individual do Seguro; ou

-da solicitação de aumento de Capital Segurado feita exclusivamente pelo Segurado 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 legítima defesa de terceiro **6.9.** Este seguro funciona no modelo de repartição simples, o que significa que não há acumulação de reservas financeiras individuais. Por isso, se ocorrer suicídio durante o período de carência, não há valores a serem devolvidos ao Segurado ou aos **Beneficiários**

7. 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 de Contrato, a vigência está condicionada ao recebimento, pela Seguradora, da referido Contrato, devidamente assinado pelo Estipulante sem qualquer modificação ao seu conteúdo.

7.1.1.1. 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.

7.1.2. O prazo de vigência da Apólice será de 01 (um) ano, quando outro prazo não for estabelecido contratualmente. A cobertura de cada segurado cessa automaticamente no final do prazo de vigência da Apólice ou do respectivo Certificado Individual, se este não for renovado.

7.1.3. 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

7.1.4. 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.

7.1.4.1. 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.

7.1.4.2. 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 pela sociedade seguradora.

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 obrigatoriamente pelo representante legal do Estipulante, deverá ser entregue à Seguradora.

8.2. As Condições Gerais 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. As Condições Gerais deste Seguro deverão estar à disposição dos Segurado.

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

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

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

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

9.7. Decorrido o prazo estipulado no item 9.4. sem que tenha havido manifestação da Seguradora, a proposta será considerada como automaticamente aceita.

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

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

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

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

9.11.1. 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.

9.11.2. O descumprimento desta obrigação implicará na perda da Cobertura, sem prejuízo da cobrança do Prêmio e do ressarcimento das Despesas de Contratação.

9.11.3. 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.

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

9.13. Quando o descumprimento do dever previsto no item 9.11. não for doloso, o Segurado fica obrigado a pagar a diferença de prêmio apurada ou, se a garantia for tecnicamente impossível ou o fato corresponder a tipo de risco que não seja normalmente subscrito pela Seguradora, perderá a cobertura.

9.14. 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.

9.15. 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.

9.16. 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.

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

9.17. 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.

9.18. 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.

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

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

9.21. O Certificado não poderá ser cancelado durante a sua vigência pela Seguradora sob a alegação de alteração da natureza dos riscos.

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 pretense Segurado, sob pena de nulidade do seguro, o Proponente ou Responsável Financeiro deve informar o motivo legítimo do seu interesse na preservação da vida do pretense Segurado. Esse interesse é presumido se o Proponente ou Responsável Financeiro for cônjuge, companheiro, ascendente ou descendente do pretense Segurado.

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

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

10.6. A omissão ou falsidade dolosa nas informações implicará na perda do direito do Segurado e Beneficiário a Cobertura do seguro, sem prejuízo da cobrança do prêmio e do ressarcimento das Despesas de Contratação incorridas pela Seguradora.

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

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

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

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

12. COBRANÇA E PAGAMENTO DOS PRÊMIOS

12.1. É de responsabilidade do Estipulante, salvo disposições em contrário previstas contratualmente, a cobrança do Prêmio Individual e da quitação nas Apólices Coletivas, nos prazos contratuais das respectivas faturas de seguro emitidas pela Seguradora.

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

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

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

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

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

12.7. Quando o Estipulante fizer jus a qualquer remuneração, inclusive a título de pró-labore, seu valor será estabelecido contratualmente.

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

12.9. Em caso de extinção do IPCA/IBGE, a atualização monetária de que trata este item será feita pelo índice de

12.10. Quando a forma de pagamento de Prêmio for por meio de cartão de crédito, contas de concessionárias ou débito em conta-corrente, devem ser observados os encargos estabelecidos, respectivamente, em Contrato firmado entre o titular do cartão de crédito e a administradora do cartão, entre o titular da conta dos serviços de concessão e a Concessionária, ou ainda entre o titular da conta corrente e a instituição bancária, encargos estes totalmente desvinculados dos encargos do Contrato de seguro indicados no item 12.8. acima

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

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

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

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

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

12.15.1. 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.

12.15.2. No caso de atraso de qualquer parcela do prêmio, exceto a primeira, as disposições das Cláusulas 12.12, 12.13 e 12.14. serão adotadas exclusivamente em relação ao Estipulante quando se

tratar de suspensão ou cancelamento da Apólice Coletiva.

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

12.15.4. 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.

12.16. 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.

12.17. 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, $\frac{3}{4}$ (três quartos) do Grupo Segurado, respeitado o aviso prévio de 30 (trinta) dias. Tratando-se de contratação cujo Vínculo entre Estipulante e Segurado seja exclusivamente securitário, não será aplicada a anuência de $\frac{3}{4}$ (três quartos) do grupo, sendo o tratamento diretamente com o Segurado;**
- b) no final do prazo de sua vigência, se não houver renovação;**
- c) pelo atraso no pagamento do Prêmio conforme disposto no item 12 destas Condições Gerais, após o término do prazo de 90 (noventa) dias da última notificação ao Estipulante, se o pagamento não for regularizado**
- d) na hipótese do segurado, seus prepostos ou seus beneficiários ou, no caso de pessoas jurídicas, seus sócios controladores, dirigentes e administradores legais agirem com dolo, fraude ou simulação na contratação do seguro, durante toda sua vigência, ou ainda para obter ou para majorar a indenização.**

14. CESSAÇÃO DA COBERTURA INDIVIDUAL

14.1. A cobertura de cada Segurado cessa:

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

- a) com o cancelamento da Apólice por quaisquer das situações previstas no item 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. Nas Apólices Coletivas com Vínculo exclusivamente relativo ao contrato de seguro entre Estipulante e Segurado:

- a) com o cancelamento da Apólice por quaisquer das situações previstas no item 11;
- b) quando o Segurado solicitar sua exclusão da Apólice, com antecedência mínima de 30 (trinta) dias com o falecimento do Segurado;
- c) com o pagamento da Indenização, se houver previsão de exclusão do Segurado da Apólice na respectiva cobertura contratada, que gerou a Indenização;
- d) imediatamente, se constatada uma das hipóteses previstas no item “Perda do Direito a Indenização” destas Condições Gerais;
- e) quando o Segurado não pagar o Prêmio Individual desde que haja notificação prévia com 30 (trinta) dias de antecedência.

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 Apólice¹. 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 14.1 acima, poderá se estabelecer ainda, o recálculo periódico para adequação dos valores do Capital Segurado, e, consequentemente, dos respectivos prêmios, aos novos valores previstos nos Planos de Benefícios da EFPC, ou outros fatores objetivos conforme definido em Contrato.

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

17. TAXA DO SEGURO E RECÁLCULO DO PRÊMIO

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

17.2. O prêmio deste seguro será calculado com base na idade média atuarial dos componentes do Grupo Segurável conforme disposto no Contrato.

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

17.4. As modificações previstas no item 15.2 acima, se implicar em ônus ou dever para os Segurados ou redução de seus direitos, dependerá da anuência

prévia e expressa dos Segurados que representem, no mínimo, 3/4 (três quartos) do Grupo Segurado.

18. BENEFICIÁRIO(S)

18.1. Em caso de sinistro o Beneficiário do Seguro será o Estipulante (Entidade Fechada de Previdência Complementar- EFPC).

19. OCORRÊNCIA DO SINISTRO

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

19.1.1 Ao tomar conhecimento da ocorrência ou da iminência de sinistro, o Segurado e o(s) Beneficiário(s), conforme o caso, obriga-se a:

I – adotar, de forma imediata, todas as providências razoáveis e eficazes para evitar ou minimizar os efeitos do evento danoso;

II – comunicar prontamente a seguradora, por qualquer meio idôneo que permita comprovação, e seguir as instruções recebidas para contenção dos danos ou salvamento dos bens segurados;

III – fornecer à Seguradora todos os elementos de que disponha sobre o sinistro, suas causas e consequências.

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

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

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

20. PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO

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

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

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

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

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

20.6. Reconhecida a Cobertura, a Seguradora efetuará o pagamento da indenização no prazo máximo de 30 (trinta) dias, a contar da data em que a Seguradora manifestou-se sobre a existência de Cobertura.

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

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

20.9. O processo de regulação somente seguirá para análise após o recebimento de todos os elementos, inclusive documentos mínimos, indicados nas Coberturas contratadas, que deverão ser submetidos pelo Segurado à Seguradora, no prazo de 150 dias.

20.10. Caso ao final do prazo indicado no item 20.3 não tenham sido entregues todos os elementos e documentos básicos solicitados, a indenização será negada e o procedimento de análise será encerrado, sendo possibilitado ao interessado efetuar novamente a comunicação do evento, para abertura de novo procedimento de análise junto à Seguradora.

20.11. O não envio dos elementos necessários e documentos mínimos listados no prazo acima indicado ou o seu envio parcial implicam encerramento do procedimento de análise e recusa automática da cobertura.

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

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

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

20.15. A Seguradora poderá, de forma justificada, solicitar documentos complementares ao Segurado ou Beneficiário, sendo que, a solicitação de documentos complementares suspende o prazo previsto no item 20.3 por, no máximo, 1 (uma) vez, reiniciando-se a contagem no primeiro dia útil subsequente ao atendimento integral da solicitação.

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

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

20.18. Caso haja atraso no pagamento da Indenização, independentemente de notificação ou interpelação judicial, a importância devida pela Seguradora, relativa ao Evento Coberto, será atualizada com base na variação positiva do IPCA/IBGE (Índice de Preços ao Consumidor Amplo), desde a data do Sinistro até a data do efetivo

pagamento, acrescida de multa de 2% (dois por cento) e juros de mora de 1% (um por cento) ao mês, contados a partir da mora.

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

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

21. PERÍCIA MÉDICA/JUNTA MÉDICA

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

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

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

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

22. PERDA DO DIREITO À INDENIZAÇÃO

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.

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

22.2. 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, item 10.
- 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

22.3. Em qualquer das hipóteses acima não haverá restituição de Prêmio, ficando a Seguradora isenta de quaisquer responsabilidades, excetuada a hipótese da alínea "e" do item 22.2, 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 17, não haverá a necessidade da anuência expressa de 3/4 (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)** Assistir o segurado ou o beneficiário durante a execução do contrato e fornecer ao segurado, sempre que solicitado, informações relativas ao seguro contratado;
- c)** repassar os prêmios à seguradora, nos prazos estabelecidos contratualmente, caso seja responsável pelo recolhimento dos prêmios;
- d)** repassar aos segurados todas as comunicações ou avisos inerentes à apólice coletiva, quando for responsável por tais ações;
- e)** 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;
- f)** 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;
- g)** dar ciência aos segurados dos procedimentos e prazos estipulados para a liquidação de sinistros;
- h)** comunicar, de imediato, à Susep, quaisquer procedimentos que considerar irregulares quanto ao seguro contratado; e
- i)** fornecer à Susep quaisquer informações solicitadas, dentro do prazo por ela estabelecido.
- j)** 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.
- k)** fornecer ao Beneficiário indicado a título oneroso, tão logo quanto possível, certificado e condições contratuais do seguro.
- l)** cumprir as obrigações e os deveres do contrato, salvo os que por sua natureza devam ser cumpridos pelo segurado ou pelo beneficiário.
- m)** informar tudo de relevante que souber ou que deveria saber a respeito do interesse e do risco a serem

garantidos, de acordo com as regras ordinárias de conhecimento.

25. MATERIAL DE DIVULGAÇÃO

25.1. É vedado ao Estipulante efetuar publicidade e promoção do seguro sem prévia anuência da seguradora e sem respeitar rigorosamente estas Condições Contratuais e a regulamentação de práticas de conduta no que se refere ao relacionamento com o cliente.

26. CUMPRIMENTO DAS LEIS ANTICORRUPÇÃO TRIBUTO

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 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 nexos causal com o evento gerador do sinistro, caracterizando assim, a perda do Segurado e seu(s) beneficiário(s) ao direito a indenização. O fato gerador para efeito de aplicação da cláusula de embargos e sanções deverá estar caracterizado no momento do sinistro para fins de perda de direito.

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. TRIBUTOS

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 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. 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.

31.7. 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.

31.8. Este seguro é por prazo determinado tendo a Seguradora a faculdade de não renovar a Apólice 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.

31.9. 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 Beneficiário (Estipulante) o pagamento de uma Indenização, em caso de morte do Segurado decorrente de causas naturais ou acidentais, exceto se decorrente de Riscos Excluídos, observados os demais termos desta cobertura, das Condições Gerais e as demais Disposições Contratuais.

2. DEFINIÇÃO

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

3. RISCOS EXCLUÍDOS

3.1. Além dos riscos expressamente excluídos apresentados no Conceito de Acidente Pessoal, item 3.1.1. Aplicam-se os riscos excluídos do item 5. das Condições Gerais.

4. CAPITAL SEGURADO

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

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

5. INÍCIO DE VIGÊNCIA

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

6. CESSAÇÃO DE COBERTURA

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

6.1.1. Para o Segurado:

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

7. PRÊMIO

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

8. ÂMBITO TERRITORIAL DE COBERTURA

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

9. CARÊNCIA

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

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

10. PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO

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

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

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

Morte decorrente de doença

- Aviso de sinistro preenchido e assinado (formulário padrão MetLife);
- Formulário “Autorização para Crédito de Indenização” (Formulário padrão MetLife), devidamente preenchido e assinado pelos Procuradores, devendo a firma (assinatura) ser reconhecida;

- Cópias do RG (cédula de identidade), CPF (Cadastro de Pessoas Físicas) e comprovante de residência do Segurado;
- Cópia da Certidão de Óbito do Segurado;
- Cópia do Certificado Individual do Seguro
- Cópia completa do Estatuto Social da Estipulante e ata da eleição da diretoria, bem como cópia do RG e CPF dos representantes eleitos; e
- Cópia da Procuração dando poderes ao procurador de receber / assinar documentos dando quitação em nome do Estipulante, bem como cópia do RG e CPF do procurador.

Morte decorrente de acidente

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

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

Além dos documentos relacionados acima, providenciar documentos do beneficiário (Estipulante) EFPC.

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

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

11. DISPOSIÇÕES GERAIS

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



COBERTURA DE MORTE ACIDENTAL (MA)

1. OBJETIVO

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

2. DEFINIÇÃO

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

3. RISCOS EXCLUÍDOS

3.1. Além dos riscos expressamente excluídos apresentados no Conceito de Acidente Pessoal, item 3.1.1. 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 da ocorrência do acidente.

5. INÍCIO DE VIGÊNCIA

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

6. CESSAÇÃO DE COBERTURA

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

6.1.1. Para o Segurado:

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

7. PRÊMIO

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

8. ÂMBITO TERRITORIAL DE COBERTURA

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

9. PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO

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

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

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

- Aviso de sinistro preenchido e assinado (formulário padrão MetLife);
- Formulário “Autorização para Crédito de Indenização” (Formulário padrão MetLife), devidamente preenchido e assinado pelos Procuradores, devendo a firma (assinatura) ser reconhecida;
- Cópias do RG (cédula de identidade), CPF (Cadastro de Pessoas Físicas) e comprovantes de residência do Segurado;
- Cópia da Certidão de Óbito do Segurado;
- Cópia do Certificado Individual do Seguro;
- Cópia do BO (Boletim de Ocorrência Policial) e/ou CAT (Comunicação de Acidente do Trabalho), se houver;
- Cópia do Laudo do Necroscópico - IML (Instituto Médico-Legal), se realizado;
- Cópia da CNH (Carteira Nacional de Habilitação), em caso de acidente com veículo dirigido pelo Segurado;
- Cópia do Laudo do Exame de Dosagem Alcoólica e/ou Toxicológico, se realizado(s);

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

Além dos documentos relacionados acima, providenciar documentos do beneficiário (Estipulante) EFPC.

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

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

10. DISPOSIÇÕES GERAIS

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



COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE POR ACIDENTE (IPA)

1. OBJETIVO

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

2. DEFINIÇÕES

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

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

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

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

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

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

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

3. RISCOS EXCLUÍDOS

3.1. Além dos riscos expressamente excluídos apresentados no Conceito de Acidente Pessoal, item 3.1.1. Aplicam-se os riscos excluídos do item 5. das Condições Gerais, considerando também como risco excluído, os eventos ocorridos em consequência, direta ou indireta de e/ou relacionados a:

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

4. CAPITAL SEGURADO

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

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

5. REINTEGRAÇÃO DO CAPITAL SEGURADO

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

6. ACUMULAÇÃO DE INDENIZAÇÕES

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

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

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

INVALIDEZ PERMANENTE	DISCRIMINAÇÃO	% SOBRE O CAPITAL
TOTAL	Perda total da visão de ambos os olhos	100%
	Perda total do uso de ambos os membros superiores	100%
	Perda total do uso de ambos os membros inferiores	100%
	Perda total do uso de ambas as mãos	100%
	Perda total do uso de um membro superior e um membro inferior	100%
	Perda total do uso de uma das mãos e de um dos pés	100%
	Perda total do uso de ambos os pés	100%
	Alienação mental total e incurável	100%
	Nefrectômica bilateral	100%
INVALIDEZ PERMANENTE	DISCRIMINAÇÃO	% SOBRE O CAPITAL
PARCIAL DIVERSAS	Perda total da visão de um olho	30%
	Perda total da visão de um olho, quando o Segurado já não tiver a outra vista	70%
	Surdez total incurável de ambos os ouvidos	40%
	Surdez total incurável de um dos ouvidos	20%
	Mudez incurável	50%
	Fratura não consolidada do maxilar inferior	20%
	Imobilidade do segmento cervical da coluna vertebral	20%
	Imobilidade do segmento tóraco-lombo-sacro da coluna vertebral	25%
INVALIDEZ PERMANENTE	DISCRIMINAÇÃO	% SOBRE O CAPITAL
PARCIAL MEMBROS SUPERIORES	Perda total de uso de um dos membros superiores	70%
	Perda total do uso de uma das mãos	60%
	Fratura não consolidada de um dos úmeros	50%
	Fratura não consolidada de um dos segmentos rádio-ulnares	30%
	Anquilose total de um dos ombros	25%
	Anquilose total de um dos cotovelos	25%
	Anquilose total de um dos punhos	20%

Perda total do uso de um dos polegares, inclusive o metacarpiano	25%
Perda total do uso de um dos polegares, exclusive o metacarpiano	18%
Perda total do uso da falange distal do polegar	9%
Perda total do uso de um dos dedos indicadores	15%
Perda total do uso de um dos dedos mínimos ou um dos dedos médios	12%
Perda total do uso de um dos dedos anulares	9%
Perda total do uso de qualquer falange, excluídas as do polegar: equivalente a 1/3 do valor do dedo respectivo	

INVALIDEZ PERMANENTE	DISCRIMINAÇÃO	% SOBRE o CAPITAL
PARCIAL MEMBROS INFERIORES	Perda total do uso de um dos membros inferiores	70%
	Perda total do uso de um dos pés	50%
	Fratura não consolidada de um fêmur	50%
	Fratura não consolidada de um dos segmentos tíbio-Peroneiros	25%
	Fratura não consolidada da rótula	20%
	Fratura não consolidada de um pé	20%
	Anquilose total de um dos joelhos	20%
	Anquilose total de um dos tornozelos	20%
	Anquilose total de um quadril	20%
	Perda parcial de um dos pés, isto é, perda de todos os dedos e de uma parte do mesmo pé	25%
	Amputação do 1º (primeiro) dedo	10%
	Amputação de qualquer outro dedo	3%
	Perda total do uso de uma falange do 1º (primeiro) dedo, equivalente ½, e dos demais dedos, equivalentes a 1/3 do respectivo dedo.	
	Encurtamento de um dos membros inferiores	
	- De 5 (cinco) centímetros ou mais	15%
	- De 4 (quatro) centímetros	10%
- De 3 (três) centímetros	6%	
- Menos de 3 (três) centímetros: sem Indenização		
PERDA DO USO DE MEMBROS SEM PERDA ANATÔMICA		
A perda ou redução da força ou da capacidade funcional considerada é a que não resulte de lesões articulares ou de segmentos amputados, constantes dos quadros próprios da tabela.		

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

INVALIDEZ PERMANENTE	DISCRIMINAÇÃO	% SOBRE O CAPITAL
DIVERSAS	Perda do Baço	15%
	APARELHO URINÁRIO	
	Retenção crônica de urina (sondagens obrigatórias)	15%
	Cistostomia (definitiva)	30%
	Incontinência urinária permanente	30%
	PERDA DE UM RIM, COM RIM REMANESCENTE	
	com função renal preservada	30%
	Redução da função renal (não dialítica)	50%
	Redução da função renal (dialítica)	75%
	Perda de rim único	75%
	APARELHO GENITAL E REPRODUTOR	
	Perda de um testículo	5%
	Perda de dois testículos	15%
	Amputação traumática do pênis	40%
	Perda de um ovário	5%
	Perda de dois ovários	15%
	Perda do útero antes da menopausa	30%
	Perda do útero depois da menopausa	10%
	PESCOÇO	
	Estenose da faringe com obstáculo a deglutição	15%
	Lesão do esôfago com transtornos da função motora	15%
	Traqueostomia definitiva	40%
	TÓRAX	
	APARELHO RESPIRATÓRIO	
	Sequelas pós-traumáticas pleurais	10%
	RESSECÇÃO TOTAL OU PARCIAL DE UM PULMÃO (PNEUMECTOMIA - PARCIAL OU TOTAL)	
	com função respiratória preservada	15%
	com redução em grau mínimo da função respiratória	25%
	com redução em grau médio da função respiratória	50%
	com insuficiência respiratória	75%

INVALIDEZ PERMANENTE	DESCRIMINAÇÃO	SOBRE O CAPITAL
DIVERSAS	MAMAS (FEMININAS)	
	Mastectomia unilateral	10%
	Mastectomia bilateral	20%
	ABDOMEM (ORGÃO E VÍSCERAS)	
	Gastrectomia subtotal	20%
	Gastrectomia total	40%
	INTESTINO DELGADO	
	Ressecção parcial	20%
	Ressecção parcial com síndrome disabsortiva ou ileostomia definitiva	40%
	INTESTINO GROSSO	
	Colectomia parcial	20%
	Colectomia total	40%
	Colestomia definitiva	40%
	RETO E ÂNUS	
	Incontinência fecal sem prolapso	30%
	Incontinência fecal com prolapso	50%
	Retenção anal	10%
	FÍGADO	
	Lobectomia hepática sem alteração funcional	10%
	Lobectomia com insuficiência hepática	50%
	SÍNDROMES NEUROLÓGICAS	
	Epilepsia pós-traumática	20%
	Derivação ventrículo-peritoneal (hidrocefalia)	20%
	Síndrome pós-concussional	5%

8. INÍCIO DE VIGÊNCIA

8.1. A cobertura começa a vigorar, para todos os Segurados da Apólice, simultaneamente com o início de vigência da Apólice, ou em data posterior, por meio de

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

9.1.1. Para o Segurado:

aditivo, quando esta cobertura for contratada após entrada em vigor da Apólice.

9. CESSAÇÃO DE COBERTURA

- a) simultaneamente, com o cancelamento da Apólice Coletiva ou da presente cobertura ;
- b) a partir da data em que ocorrer a exclusão do Segurado da Apólice Coletiva;
- c) com o falecimento do Segurado;

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

10. PRÊMIO

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

11. ÂMBITO TERRITORIAL DE COBERTURA

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

12. PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO

12.1. A invalidez permanente deverá ser comprovada através de declaração médica. A aposentadoria por invalidez concedida por instituições oficiais de previdência, ou assemelhadas, não caracteriza por si só o estado de invalidez permanente.

12.2. 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:**

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

- Aviso de sinistro preenchido e assinado (formulário padrão MetLife);
- Formulário “Autorização para Crédito de Indenização” (Formulário padrão MetLife), devidamente preenchido e assinado pelo Segurado;
- Cópias do RG. (cédula de identidade), CPF (Cadastro de Pessoas Físicas) e comprovante de residência do Segurado;
- Cópia do BO (Boletim de Ocorrência Policial) e/ou CAT (Comunicação de Acidente do Trabalho), se houver;
- Cópia da CNH (Carteira Nacional de Habilitação), em caso de acidente com veículo dirigido pelo Segurado;
- Cópia do Laudo do Exame de Dosagem Alcoólica e/ou Toxicológico, se realizado(s);
- Cópia do laudo da perícia técnica realizada no local do acidente, se houver;
- Radiografia e resultados de exames realizados;
- Relatório médico informando a data do acidente, o percentual do déficit funcional apresentado por

segmento, a data de confirmação da alta médica e, obrigatoriamente, da reabilitação;

- Cópia de todos os documentos médicos e exames realizados;
- Cópia do Certificado Individual do Seguro;

Além dos documentos relacionados acima, providenciar documentos do beneficiário (Estipulante) EFPC.

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

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

13. DISPOSIÇÕES GERAIS

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



COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL POR ACIDENTE (IPTA)

1. OBJETIVO

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

2. DEFINIÇÕES

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

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

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

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

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

3. RISCOS EXCLUÍDOS

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

3.1.1. Aplicam-se os riscos excluídos do item 5. das Condições Gerais, considerando também como Riscos Excluídos desta cobertura, os eventos ocorridos em consequência, direta ou indireta de e/ou relacionados a:

- a) eventos em que o Segurado tenha intencionalmente atentado contra a vida e integridade física de outrem, consumado ou não, exceto em caso de legítima defesa ou assistência à pessoa em perigo;
- b) todo e qualquer dano estético, ainda que decorrente de acidente coberto;
- c) perda de dentes, ainda que decorrente de acidente coberto.

4. CAPITAL SEGURADO

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

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

5. REINTEGRAÇÃO DO CAPITAL SEGURADO

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

6. ACUMULAÇÃO DE INDENIZAÇÕES

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

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

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

8. INÍCIO DE VIGÊNCIA

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

9. CESSAÇÃO DE COBERTURA

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

9.1.1. Para o Segurado:

- a) simultaneamente, com o cancelamento da Apólice Coletiva ou da presente cobertura ;
- b) a partir da data em que ocorrer a exclusão do Segurado da Apólice Coletiva;
- c) com o falecimento do Segurado;

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

10. PRÊMIO

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

11. ÂMBITO TERRITORIAL DE COBERTURA

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

12. PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO

12.1. A invalidez permanente deverá ser comprovada através de declaração médica. A aposentadoria por invalidez concedida por instituições oficiais de previdência, ou assemelhadas, não caracteriza por si só o estado de invalidez permanente.

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

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

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

- Aviso de sinistro preenchido e assinado (formulário padrão MetLife); formulário “
- Autorização para Crédito de Indenização” (Formulário padrão MetLife), devidamente preenchido e assinado pelo Segurado;
- Cópias do RG (cédula de identidade), CPF (Cadastro de Pessoas Físicas) e comprovante de residência do Segurado;
- Cópia do BO (Boletim de Ocorrência Policial) e/ou CAT (Comunicação de Acidente do Trabalho), se houver;
- Cópia da CNH (Carteira Nacional de Habilitação), em caso de acidente com veículo dirigido pelo Segurado;
- Cópia do Laudo do Exame de Dosagem Alcoólica e/ou Toxicológico, se realizado(s);
- Cópia do laudo da perícia técnica realizada no local do acidente, se houver;
- Radiografia e resultados de exames realizados;

- Relatório médico informando a data do acidente, o percentual do déficit funcional apresentado por segmento, a data de confirmação da alta médica e, obrigatoriamente, da reabilitação;
- Cópia de todos os documentos médicos e exames realizados;
- Cópia do Certificado Individual do Seguro;

Além dos documentos relacionados acima, providenciar documentos do beneficiário (Estipulante) EFPC.

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

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

13. DISPOSIÇÕES GERAIS

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



COBERTURA DE INVALIDEZ POR DOENÇA – FUNCIONAL (IPD-F)

1. OBJETIVO

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

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

2. DEFINIÇÕES

2.1. Alienação Mental: distúrbio mental em que haja alteração completa da personalidade, comprometendo em definitivo o pensamento lógico (juízo de valor), da realidade (juízo crítico) e a memória, destruindo a capacidade de realizar atos eficientes, objetivos e propositais e tornando o Segurado total e permanentemente impossibilitado para exercer as atividades da vida civil.

2.2. Aparelho Locomotor: conjunto de estruturas destinadas ao deslocamento do corpo humano.

2.3. Atividade Laborativa: qualquer ação ou trabalho por meio do qual o Segurado obtenha renda.

2.4. Auxílio: a ajuda através de recurso humano e ou de utilização de estruturas ou equipamentos de apoio físico.

2.5. Ato Médico: procedimento técnico-profissional praticado por médico legalmente habilitado e regido por Resolução específica do Conselho Regional de Medicina.

2.6. Cardiopatia Grave: doença do coração assim classificada segundo os critérios constantes do "Consenso Nacional de Cardiopatia Grave".

2.7. Cognição: conjunto de processos mentais usados no pensamento, na memória, na percepção, na classificação, no reconhecimento etc.

2.8. Conectividade com a Vida: capacidade do ser humano de se relacionar com o meio externo que o cerca.

2.9. Consumo: definhamento progressivo e lento do organismo humano produzido por doença.

2.10. Dados Antropométricos: no caso da cobertura de Invalidez por Doença - Funcional, o peso e a altura do Segurado.

2.11. Deambular: ato de andar livremente.

2.12. Declaração Médica: documento elaborado na forma de relatório ou similar, onde o médico-assistente exprime sua opinião sobre o estado de saúde do Segurado e respectivos fatos médicos correlatos.

2.13. Deficiência Visual: perda ou redução de capacidade visual em ambos os olhos em caráter definitivo, que não possa ser melhorada ou corrigida com uso de lentes, tratamento clínico ou cirúrgico.

2.14. Disfunção Imunológica: incapacidade do organismo de produzir elementos de defesa contra agentes estranhos causadores de doença.

2.15. Doença Crônica: doença com período de evolução que ultrapassa a fase inicial, persistindo ativa por tempo indeterminado e que traz alterações clínicas

2.16. Doença Crônica em Atividade: doença crônica que se mantém ativa apesar do tratamento.

2.17. Doença Crônica de Caráter Progressivo: doença crônica que se mantém evolutiva em curso de piora, apesar do tratamento.

2.18. Doença em Estágio Terminal: aquela em estágio sem qualquer alternativa terapêutica e sem perspectiva de reversibilidade, sendo o paciente considerado definitivamente fora dos limites de sobrevivência, conforme atestado pelo médico assistente.

2.19. Doença Neoplásica Maligna Ativa: crescimento celular desordenado, provocado por alterações no metabolismo e nos processos de vida básicos das células que controlam seu crescimento e multiplicação. São os chamados cânceres ou tumores malignos em atividade.

2.20. Doença Profissional: aquela que decorre especificamente do exercício de determinada profissão.

2.21. Estados Conexos: representa o relacionamento consciente e normal do Segurado com o meio externo.

2.22. Etiologia: causa de cada doença.

2.23. Fatores de Risco e Morbidade: aquilo que favorece ou facilita o aparecimento ou a manutenção de uma doença, ou que com ela interage.

2.24. Higidez: estado saudável.

2.25. Médico Assistente: médico que está assistindo ao Segurado ou que já lhe tenha prestado assistência continuada.

2.26. Prognóstico: juízo médico baseado no diagnóstico e nas possibilidades terapêuticas acerca da duração, evolução e termo de uma doença.

2.27. Quadro Clínico: conjunto das manifestações mórbidas objetivas e subjetivas apresentadas por um doente.

2.28. Recidiva: reaparecimento de uma doença algum tempo depois de um acometimento.

2.29. Refratariedade Terapêutica: incapacidade do organismo humano em responder positivamente ao tratamento instituído.

2.30. Relações autonômicas: entende-se como pleno exercício das relações autonômicas de um indivíduo, a capacidade que o mesmo tem de desempenhar todas as suas atividades e funções físicas, mentais e fisiológicas independente de qualquer ajuda.

2.31. Relações Existenciais: aquelas que capacitam a autonomia existencial do ser humano em suas relações de conectividade com a vida.

2.32. Sentido de Orientação: faculdade do indivíduo se identificar, relacionar e se deslocar livremente, sem qualquer auxílio, como o meio ambiente externo que o cerca.

2.33. Sequela: qualquer lesão anatômica ou funcional que permaneça depois de encerrada a evolução clínica de uma doença.

2.34. Transferência Corporal: capacidade do Segurado se deslocar de um local para outro, sem qualquer auxílio.

3. RISCOS COBERTOS

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

3.1.1. A caracterização de quadro clínico incapacitante será feita segundo critérios vigentes à época da regulação do Sinistro e adotado pela classe médica especializada de um dos seguintes quadros clínicos incapacitantes, provenientes **única e exclusivamente** de:

- a) doenças cardiovasculares **crônicas** enquadradas sob o conceito de “cardiopatia grave”;
- b) doenças neoplásicas malignas ativas, sem prognóstico evolutivo e terapêutico favorável, que não mais estejam inseridas em planos de tratamento direcionados à cura e/ou ao seu controle clínico;
- c) doenças crônicas de caráter progressivo, apresentando disfunções e/ou insuficiências orgânicas avançadas, com repercussões em órgãos vitais (consumpção), sem prognóstico terapêutico favorável e que não mais estejam inseridas em planos de tratamento direcionados à cura e/ou ao seu controle clínico;
- d) alienação mental total e permanente, com perda das funções cognitivas superiores (cognição);
- e) doenças manifestas no sistema nervoso com sequelas encefálicas e/ou medulares que acarretem repercussões deficitárias na totalidade de algum órgão vital e/ou sentido de orientação e/ou das funções de dois membros, em grau máximo;

f) doenças do aparelho locomotor, de caráter degenerativo com total e definitivo impedimento da capacidade de transferência corporal;

g) deficiência visual:

- cegueira, na qual a acuidade visual é igual ou menor que 0,05 no melhor olho, com a melhor correção óptica;
- baixa visão, que significa acuidade visual entre 0,3 e 0,05 no melhor olho, com a melhor correção óptica;
- casos nos quais a somatória da medida do campo visual em ambos os olhos for igual ou menor que 60°;
- ocorrência simultânea de quaisquer das condições anteriores.

h) doença evoluída sob um estágio clínico que possa ser considerado como terminal (doença em estágio terminal), desde que atestado por profissional legalmente habilitado;

i) estados mórbidos, a seguir relacionados:

- perda completa e definitiva da totalidade das funções de dois membros; ou
- perda completa e definitiva da totalidade das funções das duas mãos ou de dois pés; ou
- perda completa e definitiva da totalidade das funções de uma das mãos associada à de um dos pés.

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

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

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

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

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

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

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

4. RISCOS EXCLUÍDOS

4.1. Além dos riscos expressamente excluídos apresentados no Conceito de Acidente Pessoal, item 3.1.1. Aplicam-se os riscos excluídos do item 5. das Condições Gerais, considerando, também como Riscos Excluídos, ainda que redundando em quadro clínico incapacitante que inviabilize de forma irreversível o pleno exercício das funções autonômicas do Segurado, com perda da sua existência independente, os eventos ocorridos em consequência, direta ou indireta de e/ou relacionados a:

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

5. CAPITAL SEGURADO

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

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

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

6. COMPROVAÇÃO DA INVALIDEZ

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

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

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

7. INÍCIO DE VIGÊNCIA

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

8. CESSAÇÃO DE COBERTURA

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

8.1.1. Para o Segurado:

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

9. PRÊMIO

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

10. CARÊNCIA

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

11. ÂMBITO TERRITORIAL DE COBERTURA

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

12. PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO

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

- (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:

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

Além dos documentos relacionados acima, providenciar documentos do beneficiário (Estipulante) EFPC.

- Cópia do Contrato Social e/ou estatuto com as respectivas atualizações;
- Cópia do Cartão de Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica (CNPJ) ou no Cadastro de Empresa Estrangeira/BACEN (CADEMP);

- Cópia do RG (cédula de identidade), CPF (Cadastro de Pessoas Físicas) e comprovantes de residência de cada um dos sócios e/ou diretores estatutários;
- Cópia do Balanço Patrimonial;
- Cópia do comprovante de endereço da empresa

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

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.

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

DOCUMENTO 1

TABELA DE RELAÇÕES EXISTENCIAIS, CONDIÇÕES MÉDICAS E ESTRUTURAIS E DE ESTADOS CONEXOS

ATRIBUTOS	ESCALAS	PONTOS
RELAÇÕES DO SEGURADO COM O COTIDIANO	1º GRAU: o Segurado mantém suas relações interpessoais com capacidade de compreensão e comunicação; deambula livremente; sai à rua sozinho e sem auxílio; está capacitado a dirigir veículos automotores; mantém suas atividades da vida civil, preservando o pensamento, a memória e o juízo de valor.	0
	2º GRAU: o Segurado apresenta desorientação; necessita de auxílio à locomoção e ou para sair à rua; comunica-se com dificuldade; realiza parcialmente as atividades do cotidiano; possui restrições médicas de ordem relativas ou prejuízo intelectual e ou de cognição.	10
	3º GRAU: o Segurado apresenta-se retido ao lar; tem perda na mobilidade ou na fala; não realiza atividades do cotidiano; possui restrições médicas impeditivas de ordem totalitária ou apresenta algum grau de alienação mental.	20
CONDIÇÕES CLÍNICAS E ESTRUTURAIS DO SEGURADO	1º GRAU: o Segurado apresenta-se hígido; capaz de livre movimentação; não apresenta evidência de disfunção e ou insuficiência de órgãos, aparelhos sistemas, possuindo visão em grau que lhe permita desempenhar suas tarefas normais.	0
	2º GRAU: o Segurado apresenta disfunção(ões) e ou insuficiência(s) comprovadas como repercussões secundárias de doenças agudas ou crônicas, em estágio que o obrigue a depender de suporte médico constante (assistido) e desempenhar suas tarefas normais diárias com alguma restrição.	10
	3º GRAU: o Segurado apresenta quadro clínico anormal, evolutivamente avançado, descompensado ou instável, cursando com disfunções e ou insuficiências em órgãos vitais, que se encontre em estágio que demande suporte médico mantido (controlado), que acarrete restrição ampla a esforços físicos e que comprometa a vida cotidiana, mesmo que com interação de auxílio humano e ou técnico	20
CONECTIVIDADE DO SEGURADO COM A VIDA	1º GRAU: o Segurado realiza, sem auxílio, as atividades de vestir-se e despir-se; dirigir-se ao banheiro; lavar o rosto; escovar seus dentes; pentear-se; barbear-se; banhar-se; enxugar-se, mantendo os atos de higiene íntima e de asseio pessoal, sendo capaz de manter a autossuficiência alimentar com condições de suprir suas necessidades de preparo, serviço, consumo e ingestão de alimentos.	0
	2º GRAU: o Segurado necessita de auxílio para trocar de roupa; entrar e sair do chuveiro; para realizar atos de higiene e de asseio pessoal; para manter suas necessidades alimentares (misturar ou cortar o alimento, descascar fruta, abrir uma embalagem, consumir os alimentos com uso de copo, prato e talheres).	10
	3º GRAU: o Segurado necessita de auxílio às atividades de higiene e asseio pessoal diários, assim como aquelas relacionadas à sua alimentação, não sendo capaz de realizar sozinho suas necessidades fisiológicas e de subsistência alimentar diárias.	20

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

DADOS ANTROPOMÉTRICOS, RISCOS INTERAGENTES E AGRAVOS MÓRBIDOS	PONTOS
A idade do Segurado interfere na análise da morbididade do caso e ou há imc - índice de massa corporal superior a 40.	2
Há risco de sangramentos, rupturas e/ou quaisquer outras ocorrências iminentes que possam agravar a morbididade do caso.	2
Há ou houve recidiva, progressão em doença tratada e ou agravo mantido associado ou não à disfunção imunológica.	4
Certifica-se existir risco de morte súbita, tratamento paliativo e ou de suporte à sobrevivência e ou refratariedade terapêutica.	8



INVALIDEZ PERMANENTE POR DOENÇA OU ACIDENTE (IPDA)

1. OBJETIVO

1.1. Esta Cobertura, desde que contratada, em caso de risco coberto, garante o pagamento de uma Indenização ao Beneficiário (Estipulante), caso o Segurado em decorrência de doença ou acidente pessoal ocorrido durante a vigência do Seguro, for considerado permanentemente incapacitado para exercer sua atividade laboral e tenha sido aposentado por invalidez pelo RGPS - Regime Geral de Previdência Social ou RPPS - Regime Próprio de Previdência Social, conforme o caso, devidamente comprovado pelo documento de concessão, **exceto se decorrente de Riscos Excluídos, observados os demais termos desta Cobertura, das Condições Gerais e as demais Disposições Contratuais.**

2. DEFINIÇÕES

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

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

É considerada Invalidez Permanente por Doença ou Acidente:

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

3. RISCO COBERTO

3.1. Considera-se como Risco Coberto a Invalidez Permanente por Doença ou Acidente comprovada pela Concessão de Aposentadoria por Invalidez pelo RPPS - Regime Próprio de Previdência Social I.

4. RISCOS EXCLUÍDOS

4.1. Além dos riscos expressamente excluídos apresentados no Conceito de Acidente Pessoal, item 3.1.1. Aplicam-se os riscos excluídos do item 5. das Condições Gerais, estão também excluídos os eventos ocorridos em consequência, direta ou indireta de e/ou relacionados a:

- a) eventos em que o Segurado tenha intencionalmente atentado contra a vida e integridade física de outrem, consumado ou não, exceto em caso de legítima defesa ou assistência à pessoa em perigo;
- b) todo e qualquer dano estético, ainda que decorrente de acidente coberto;
- c) perda de dentes, ainda que decorrente de acidente coberto.

5. CAPITAL SEGURADO

5.1. A Invalidez Permanente por Doença ou Acidente será caracterizada pela incapacidade do Segurado em exercer sua atividade laboral e pela aposentadoria dele pelo RGPS - Regime Geral de Previdência Social ou RPPS - Regime Próprio de Previdência Social, conforme o caso, devidamente comprovado pelo documento de concessão do benefício.

5.2. As indenizações serão pagas sob a forma de pagamento único.

5.3. Para efeito de determinação do Capital Segurado, na liquidação dos sinistros, será considerado como data do evento, a data de concessão da aposentadoria por invalidez concedida pelo RGPS - Regime Geral de Previdência Social ou RPPS - Regime Próprio de Previdência Social, conforme o caso.

6. ACUMULAÇÃO DE INDENIZAÇÕES

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

7. INÍCIO DE VIGÊNCIA

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

8. CESSAÇÃO DE COBERTURA

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

8.1.1. Para o Segurado:

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

9. PRÊMIO

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

10. CARÊNCIA

10.1. O período de Carência poderá ser estabelecido contratualmente, respeitado o limite máximo de até metade do período de vigência da Apólice e será contado a partir do início de vigência individual.

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

11. 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:

- Aviso de sinistro preenchido e assinado (formulário padrão MetLife);
- Formulário “Autorização para Crédito de Indenização” (Formulário padrão MetLife), devidamente preenchido e assinado pelo Segurado;
- Cópias do RG. (cédula de identidade), CPF (Cadastro de Pessoas Físicas) e comprovante de residência do Segurado;
- cópia da Comprovante de Concessão de Aposentadoria por Invalidez emitido pelo RGPS – Regime Geral de Previdência Social ou RPPS - Regime Próprio de Previdência Social, conforme o caso ;
- Cópia do Prontuário Hospitalar completo;
- Declaração original assinada e carimbada por representante do Hospital indicando data e hora de entrada e de alta hospitalar, mencionando períodos de enfermaria e UTI;
- Cópia do BO (Boletim de Ocorrência Policial) e/ou CAT (Comunicação de Acidente do Trabalho), se houver;
- Cópia da CNH (Carteira Nacional de Habilitação), em caso de acidente com veículo dirigido pelo Segurado;
- Cópia do Laudo do Exame de Dosagem Alcoólica e/ou Toxicológico, se realizado(s);
- Cópia do laudo da perícia técnica realizada no local do acidente, se houver;
- Cópia do resultado de exames complementares realizados;
- Todos os resultados de exames comprobatórios do acidente ou doença, de Clínicas, Consultórios e Hospitais, exames laboratoriais, laudo do médico-assistente e quaisquer outros documentos referentes ao evento.
- Laudo de Exame de Corpo Delito (IML) quando realizado
- Cópia do Certificado Individual do Seguro;

Além dos documentos relacionados acima, providenciar documentos do beneficiário (Estipulante) EFPC.

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

- Cópia do Balanço Patrimonial;
- Cópia do comprovante de endereço da empresa

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

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.



CONDIÇÕES ESPECIAIS COBERTURA DE INVALIDEZ LABORATIVA TOTAL PERMANENTE POR DOENÇA PROFISSIONAL (ILTP-D)

1. OBJETIVO

1.1. Esta Cobertura, desde que contratada, em caso de risco coberto, garante o pagamento de uma Indenização ao Beneficiário (Estipulante), caso o Segurado caracterize estado de Invalidez Definitiva por Consequência de Doença Profissional adquirida no ambiente profissional, mediante declaração médica, assinada pelo médico, ou junta médica, responsável pelo laudo, caracterizando a incapacidade decorrente de Doença Profissional, **exceto se decorrente de Riscos Excluídos, observados os demais termos desta Cobertura, das Condições Gerais e as demais Disposições Contratuais.**

1.2. O pagamento da Indenização relativa a esta Cobertura exclui, imediata e automaticamente, o segurado da apólice.

2. DEFINIÇÕES

2.1. Doença Profissional: Doença caracterizada como definitiva que tenha afetado o segurado exposto ao respectivo risco pela natureza da atividade ou condições ambientais profissionais.

2.2. Invalidez Definitiva por Consequência de Doença Profissional: será caracterizada por Doença Profissional que impeça o segurado de desempenhar definitivamente suas funções e pela qual não se pode esperar recuperação ou reabilitação com os recursos terapêuticos disponíveis no momento de sua constatação e desde que a data de início de tratamento e/ou diagnóstico da Doença Profissional seja posterior a data de sua inclusão no seguro.

2.3. Não podem figurar como segurados, para esta Cobertura, pessoas que não exerçam qualquer atividade laborativa, sendo vedado o oferecimento e a cobrança de prêmio para o seu custeio, por parte da Seguradora.

3. RISCOS EXCLUÍDOS

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

3.1.1. 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) Casos de invalidez permanente total gerada por doenças adquiridas fora do período de atividade profissional;
- b) Perda, redução ou impotência funcional definitiva, total ou parcial de um ou mais membros, órgãos e/ou sistemas orgânicos em decorrência direta e/ou indireta de lesão física e/ou psíquicas causada por acidente pessoal;
- c) Situações reconhecidas por instituições oficiais de previdência ou assemelhadas sendo como “invalidez acidentária”, nas quais o evento causador da invalidez não se enquadre integralmente na caracterização de Doença Profissional.

4. CAPITAL SEGURADO

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

4.2. Para fins desta Cobertura considera-se como data do evento a data do laudo médico indicando o início da Invalidez.

4.3. Sendo reconhecida a invalidez pela Seguradora, esta pagará o valor da indenização de uma só vez ao Credor.

5. VIGÊNCIA

5.1. A garantia compreendida por esta Cobertura terá vigência igual à prevista no Certificado individual.

6. CESSAÇÃO DE COBERTURA

6.1. Para fins desta cobertura se aplicam as hipóteses previstas nos itens 13 e 14 das Condições Gerais.

7. PRÊMIO

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

8. CARÊNCIA

8.1. O período de Carência poderá ser estabelecido contratualmente, respeitado o limite máximo de até metade do período de vigência da Apólice e será contado a partir do início de vigência individual.

9. PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO

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

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

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

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

Além dos documentos relacionados acima, providenciar documentos do beneficiário (Estipulante) EFPC.

- Cópia do Contrato Social e/ou estatuto com as respectivas atualizações;
- Cópia do Cartão de Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica (CNPJ) ou no Cadastro de Empresa Estrangeira/BACEN (CADEMP);

- Cópia do RG (cédula de identidade), CPF (Cadastro de Pessoas Físicas) e comprovantes de residência de cada um dos sócios e/ou diretores estatutários;
- Cópia do Balanço Patrimonial;
- Cópia do comprovante de endereço da empresa

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

10. ÂMBITO TERRITORIAL DE COBERTURA

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

11. DISPOSIÇÕES GERAIS

11.1. Esta Cobertura faz parte integrante das Condições Gerais e Contratuais 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.