Condições Contratuais

Seguro de Vida e Integridade Física Coletivo

MetLife

Índice

Conheça seu seguro____06

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

Conheça seus prazos____14

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

Conheça os valores____16

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

Como utilizar____18

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

COBERTURAS

COBERTURA DE MORTE 24

COBERTURA DE MORTE ACIDENTAL (MA) 26

COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE POR ACIDENTE (IPA) 28

COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL POR ACIDENTE (IPTA) 33

COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE POR ACIDENTE MAJORADA (IPAM) 35

COBERTURA DE INVALIDEZ POR DOENÇA FUNCIONAL (IPD-F) 37

COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL OU PARCIAL POR ACIDENTE A TRABALHO (IPAT) 42

COBERTURA DE DIÁRIAS INCAPACIDADE TEMPORÁRIA POR ACIDENTE OU DOENÇA (DITAD) 47

COBERTURA DE DIÁRIAS INCAPACIDADE TEMPORÁRIA POR ACIDENTE (DITA) 50

COBERTURA DE DESPESAS MÉDICO-HOSPITALARES E ODONTOLÓGICAS POR ACIDENTE (DMHO) 52

COBERTURA DE VERBAS RESCISÓRIAS (VR) 54

COBERTURA DE VERBAS RESCISÓRIAS POR ACIDENTE (VRA) 55

COBERTURA DE DOENÇA CONGÊNITA DE FILHOS (DCF) 57

COBERTURA DE DIAGNÓSTICO DE DOENÇAS GRAVES (DG) 59

COBERTURA DIÁRIA DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR (DIH) 64

COBERTURA DIÁRIA DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR POR ACIDENTE (DIHA) 67

COBERTURA AUXÍLIO MEDICAMENTO (AUXMDIH) 69

COBERTURA DE AUXÍLIO MEDICAMENTO POR ACIDENTES (AMA) 71

COBERTURA DE DESPESAS DIVERSAS (DD) 73

COBERTURA DE DESPESAS DIVERSAS POR ACIDENTE (DDA) 75

COBERTURA DE AUXÍLIO FUNERAL (AUXF) 76

COBERTURA DE AUXÍLIO FUNERAL POR ACIDENTE (AUXFA) 78

COBERTURA DE ASSISTÊNCIA FUNERAL (AF) 79

COBERTURA DE ASSISTÊNCIA FUNERAL POR ACIDENTE (AFA) 82

COBERTURA DE CESTA BÁSICA (CB) 84

COBERTURA ADICIONAL DE CESTA BÁSICA POR ACIDENTE (CBA) 87

COBERTURA DE DESEMPREGO INVOLUNTÁRIO (DI) 89

MetLife

COBERTURA DE INCAPACIDADE FÍSICA TOTAL TEMPORÁRIA (ITT) 91

COBERTURA SUPLEMENTAR DE INCLUSÃO CÔNJUGE (IC) 93

COBERTURA SUPLEMENTAR DE INCLUSÃO DE FILHOS (IF) 95

CLÁUSULA DE DISTRIBUIÇÃO DE EXCEDENTES TÉCNICOS 97

COBERTURA DE DOENÇA TERMINAL (DT) 98

COBERTURA DE PAGAMANETO ANTECIPADO ESPECIAL EM CASO DE INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL EM DECORRÊNCIA DE DOENÇA PROFISSIONAL (PAED) 100

COBERTURA AUXÍLIO NATALIDADE (AN) 102

COBERTURA AUXÍLIO NATALIDADE REEMBOLSO (ANR) 103

COBERTURA SUPLEMENTAR DE INCLUSÃO DE ASCENDENTES (IA) 104

COBERTURA REEMBOLSO Á EMPRESA DAS DESPESAS COM AFASTAMENTO ACIDENTÁRIO LABORATIVO (REAL) 106

COBERTURA ADAPTAÇÃO DE CASA E/OU VEÍCULO (ADPT) 108

COBERTURA AUXÍLIO ADAPTAÇÃO CASA E/OU VEÍCULO POR INVALIDEZ (ADPTINV) 110

COBERTURA INDENIZAÇÃO ESPECIAL DE FILHOS PÓSTUMOS (IEFP) 114

COBERTURA DE INDENIZAÇÃO ESPECIAL DE FILHOS PÓSTUMOS POR ACIDENTE (IEFPA) 116

COBERTURA DE DESPESAS MÉDICO-HOSPITALARES E ODONTOLÓGICAS POR ACIDENTE DE TRABALHO (DMHOTRAB) 117

COBERTURA DE DIAGNÓSTICO DE CÂNCER (DC) 119

COBERTURA DE DIAGNÓSTICO DE CÃNCER FEMININO (DCF) 121

COBERTURA DE DIAGNÓSTICO DE CÃNCER FEMININO (DCF2) 122

COBERTURA DIAGNÓSTICO DE CÂNCER MASCULINO (DCM) 124

COBERTURA DIAGNÓSTICO DE CÂNCER MASCULINO (DCM2) 125

COBERTURA DE DIAGNÓSTICO DE METÁSTASE (DM) 127

COBERTURA DE PERDA DE RENDA PARCIAL (PRP) 128

COBERTURA SUSTENTABILIDADE ECONÔMICA TEMPORÁRIA POR AFASTAMENTO ACIDENTÁRIO (SETA) 130

COBERTURA AUXÍLO MEDICAMENTO POR ACIDENTE (AMASETA) 132

COBERTURA DE AUXÍLIO INVALIDEZ POR APOSENTADORIA 133

COBERTURA VERBAS RESCISÓRIAS POR INCAPACITAÇÃO PERMANENTE (VRI) 135

COBERTURA DE AUXÍLO MEDICAMENTO POR ACIDENTE (AUXMA) 141

COBERTURA CIRURGIA DECORRENTE DE ACIDENTE PESSOAL (CDA) 143

COBERTURA DE PERDA DE RENDA (PR) 144

COBERTURA AUXÍLIO MEDICAMENTO POR ACIDENTE DE TRABALHO (AMAT) 147

COBERTURA AUXÍLIO CRECHE E EDUCAÇÃO EM CASO DE MORTE (AUXC) 149

COBERTURA AUXÍLIO BENEFÍCIO CASAMENTO (BC) 151

COBERTURA DE INVALIDEZ LABORATIVA TOTAL PERMANENTE POR DOENÇA PROFISSIONAL (ILTP-D) 152

COBERTURA PRÉ-INVENTÁRIO POR MORTE (BPI) 154

COBERTURA BENEFÍCIO CAPACITAÇÃO POR MORTE OU INCAPACIDADE PERMANENTE DO TRABALHADOR (BCMIPT) 156

COBERTURA DE INDENIZAÇÃO ESPECIAL AO EMPREGADOR POR AFASTAMENTO POR ACIDENTE LABORAL (IEAAL) 159

COBERTURA DE INDENIZAÇÃO COMPLEMENTAR AO EMPREGADO POR AFASTAMENTO POR ACIDENTE LABORAL (ICAAL) 161

COBERTURA MORTE ACIDENTAL POR ACIDENTE DE TRABALHO (MAAT) 163

COBERTURA AUXÍLIO NATALIDADE PRÉ MATURO (ANPM) 166

COBERTURA AUXÍLIO FUNERAL POR ACIDENTE DE TRABALHO (AUXFAT) 167

COBERTURA AUXÍLIO FUNERAL FAMILIAR (AUXFF) 169

COBERTURA AUXÍLIO FUNERAL FILHOS (AUXFFI) 170

COBERTURA DE DIÁRIA DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA POR ACIDENTE (DIHAUTI) 172

COBERTURA AUXÍLIO ESPECIAL POR ACIDENTE ESPECÍFICO (AEPAE) 175

COBERTURA ADICIONAL DE CESTA BÁSICA POR ACIDENTE DE TRABALHO (CBAT) 177

COBERTURA ADICIONAL DE DOENCAS INCAPACITANTES PSIQUIÁTRICAS (DIP) 180

COBERTURA DE FRATURA ÓSSEA (FO1) 182

COBERTURA DE FRATURA ÓSSEA (FO2) 184

Condições Gerais do Seguro de Pessoas

1.CARACTERÍSTICAS

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

2.OBJETIVO

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

3. DEFINIÇÕES

3.1. Acidente Pessoal: é o evento com data caracterizada, exclusivo e diretamente externo, súbito, involuntário, violento e causador de lesão física, que, por si só, e independentemente de qualquer outra causa, tenha como consequência direta a Morte, ou a Invalidez Permanente, Parcial ou Total, ou que torne necessário tratamento médico ou afastamento das atividades laborativas, ou internação hospitalar do Segurado e/ou dos Segurados Dependentes, quando incluídos

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

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

3.1.2.Excluem-se do conceito de Acidente Pessoal:

a) doenças, quaisquer que sejam suas causas, ainda que agravadas, direta ou indiretamente por acidente; ressalvadas as infecções, estados septicêmicos e embolias, resultantes de ferimento visível causado por acidente coberto;
b) intercorrências ou complicações em consequência da realização de exames, de tratamentos clínicos ou cirúrgicos, quando não decorrentes de acidente coberto;
c) quaisquer doenças, conforme apuradas nos termos dessa Apólice, mesmo as consideradas acidentes pela legislação previdenciária;
d) situações reconhecidas por instituições oficiais de previdência social ou assemelhadas e que não se enquadrem integralmente na caracterização de Acidente Pessoal definido no subitem 3.1.

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

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

3.4. Beneficiário(s): é(são) a(s) pessoa(s) física(s) ou jurídica(s) designada(s) para receber os valores de Indenização, na hipótese de ocorrência de Evento Coberto.

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

3.6. Carência: é o período de tempo ininterrupto, contado da data do início de vigência individual, durante o qual o Segurado permanece no seguro sem ter direito à(s) cobertura (s) contratada(s), sem prejuízo do pagamento do Prêmio. 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) valore(s) do(s) Capital(is) Segurado(s) e o Prêmio contratado.

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

3.9. Comoriência: é a morte simultânea ou praticamente simultânea de duas ou mais pessoas do segurado e beneficiário(s), em circunstâncias que não permitem determinar quem faleceu primeiro.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

3.29. Proponente: é a pessoa física cuja adesão ao seguro é solicitada, e que passará à condição de Segurado somente após a sua aceitação pela Seguradora.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

3.39. Vigência: é a data a partir da qual a (s) cobertura(s) Contratada(s) será (ão) garantida(s) pela Seguradora

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

3.41. Opções de planos:

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

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

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

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 (MA)
Invalidez Permanente por Acidente (IPA)
Invalidez Permanente Total por Acidente (IPTA)
Invalidez Permanente por Acidente Majorada (IPAM)
Invalidez por Doença – Funcional (IPD-F)
Invalidez Permanente Total por Acidente a Trabalho (IPAT)
Diárias de Incapacidade Temporária por Acidente ou Doença (DITAD)
Diárias de Incapacidade Temporária por Acidente (DITA)
Despesas Médico-Hospitalares e Odontológicas por Acidente (DMHO)
Verbas Rescisórias (VR)
Verbas Rescisórias por Acidente (VRA)
Doença Congênita de Filhos (DCF)
Doenças Graves (DG)
Diária por Internação Hospitalar (DIH)
Diária de Internação Hospitalar por Acidente (DIHA)
Auxílio Medicamento DIH (AUXMDIH)

Auxílio Medicamento por Acidente (AMA)
Despesas Diversas (DD)
Despesas Diversas por Acidente (DDA)
Auxílio Funeral (AUXF)
Auxílio Funeral por Acidente (AUXFA)
Assistência Funeral (AF)
Assistência Funeral por Acidente (AFA)
Cesta Básica (CB)
Cesta Básica por Acidente (CBA)
Desemprego Involuntário (DI)
Incapacidade Física Total e Temporária (ITT)
Cobertura Suplementar de Inclusão de Cônjuge (IC)
Cobertura Suplementar de Inclusão de Filhos (IF)
Cobertura de distribuição de Excedentes Técnicos
Doença Terminal (DT)
Pagamento Antecipado Especial Em Caso De Invalidez Permanente Total Em Decorrência De Doença Profissional (PAED)
Auxílio Natalidade (AN)
Auxílio Natalidade Reembolso (ANR)
Cobertura Suplementar de Inclusão de Ascendente (S) (IA)
Reembolso à Empresa das Despesas com Afastamento Acidentário Laborativo (REAL)
Adaptação de Casa e/ou Veículo (ADPT)
Adaptação de Casa e/ou Veículo por Invalidez (ADPTINV)
Indenização Especial de Filhos Póstumos (IEFP)
Indenização Especial de Filhos Póstumos (IEFPA)
Despesas Médico-Hospitalares e Odontológicas por Acidente de Trabalho (DMHOTRAB)
Diagnóstico de Câncer (DC)
Diagnóstico de Câncer Feminino (DCF)
Diagnóstico de Câncer Feminino (DCF2)
Diagnóstico de Câncer Masculino (DCM)
Diagnóstico de Câncer Masculino (DCM2)
Diagnóstico de Metástase (DM)
Perda de Renda Parcial (PRP)
Sustentabilidade econômica temporária por afastamento acidentário (SETA)
Auxílio medicamento por acidente seta (AMASETA)
Auxílio invalidez por aposentadoria
Verbas rescisórias por incapacitação permanente (VRI)
Auxílio medicamentos por acidente (AUXMA)
Cirurgia decorrente de acidente pessoal (CDA)
Perda de Renda (PR)
Cobertura Auxílio Medicamento por Acidente de Trabalho (AMAT)
Cobertura Auxílio Creche e Educação em Caso de Morte (AUXC)
Cobertura Auxílio Benefício Casamento (BC)
Cobertura de Invalidez Laborativa Total Permanente por Doença Profissional (ILTP-D)
Cobertura Pré-Inventário por Morte (BPI)
Cobertura Benefício Capacitação por Morte ou Incapacidade Permanente do Trabalhador (BCMIPT)
Cobertura de Indenização Especial ao Empregador por Afastamento por Acidente Laboral (IEAAL)
Cobertura de indenização complementar ao empregado por afastamento por acidente laboral (ICAAL)
Morte acidental por acidente de trabalho (MAAT)
Auxílio natalidade Pré Maturo (ANPN)
Auxílio funeral por acidente de trabalho (AUXFAT)
Cobertura de auxílio funeral familiar (AUXFF)
Cobertura de auxílio funeral filhos (AUXFFI)
Cobertura de diária de internação hospitalar em unidade de terapia intensiva por acidente (DIHAUTI)
Cobertura de auxílio especial por acidente específico (AEPAE)
Cobertura adicional de cesta básica por acidente de trabalho (CBAT)
Cobertura adicional de doenças Incapacitantes Psiquiátricas (DIP)
Cobertura de Fratura Óssea (FO1)
Cobertura de Fratura Óssea (FO2)

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

a) Invalidez Permanente por Acidente (IPA) e Invalide Permanente Total por Acidente (IPTA);
b) Diárias de Incapacidade Temporária por Acidente ou Doença (DITAD) e Diária de Incapacidade Temporária por Acidente (DIT);
c) Verbas Rescisórias (VR) e Verbas Rescisórias por Acidente (VRA);
d) Diária por Internação Hospitalar (DIH) e Diária de Internação Hospitalar por Acidente (DIHA);
e) Auxílio Medicamento - DIH (AUXMDIH) e Auxílio Medicamento por Acidente (AMA);
f) Despesas Diversas (DD) e Despesas Diversas por Acidente (DDA);
g) Auxílio Funeral (AUXF) e Assistência Funeral por Acidente (AFA);
h) Assistência Funeral (AF) e Assistência Funeral por Acidente (AFA);
i) Cesta Básica (CB), Cesta Básica por Acidente (CBA).
j) Invalidez por Doença – Funcional (IPD-F) e Doença Terminal (DT)
k) Auxílio Natalidade (AN) e Auxílio Natalidade Reembolso (ANR)
l) Adaptação de Casa e/ou Veículo (ADPT) e Adaptação de Casa e/ou Veículo por Invalidez (ADPTINV)
m) Indenização Especial de Filhos Póstumos (IEFP) e Indenização Especial de Filhos Póstumos (IEFPA)
n) Nenhuma combinação entre as coberturas Diagnóstico de Câncer (DC), Diagnóstico de Câncer Feminino (DCF), Diagnóstico de Câncer Feminino (DCF2), Diagnóstico de Câncer Masculino (DCM), Diagnóstico de Câncer Masculino (DCM2), Diagnóstico de Metástase (DM).

o) Fratura Óssea (FO1) e Fratura Óssea (FO2)

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

a) Invalidez Permanente por Acidente (IPA) e Invalidez Permanente Total por Acidente (IPTA);
b) Diárias de Incapacidade Temporária por Acidente ou Doença (DITAD) e Diária de Incapacidade Temporária por Acidente (DIT);
c) Verbas Rescisórias (VR) e Verbas Rescisórias por Acidente (VRA);
d) Diária por Internação Hospitalar (DIH) e Diária de Internação Hospitalar por Acidente (DIHA) ;
e) Auxílio Medicamento (AUXM) e Auxílio Medicamento por Acidente (AMA);
f) Despesas Diversas (DD) e Despesas Diversas por Acidente (DDA);
g) Auxílio Funeral (AUXF) e Assistência Funeral por Acidente (AFA);
h) Assistência Funeral (AF) e Assistência Funeral por Acidente (AFA);
i) Cesta Básica (CB) e Cesta Básica por Acidente (CBA)
j) Invalidez por Doença – Funcional (IPD-F) e Doença Terminal (DT)
k) Auxílio Natalidade (AN) e Auxílio Natalidade Reembolso (ANR)
l) Adaptação de Casa e/ou Veículo (ADPT) e Adaptação de Casa e/ou Veículo por Invalidez (ADPTINV)
m) Indenização Especial de Filhos Póstumos (IEFP) e Indenização Especial de Filhos Póstumos (IEFPA)
n) Nenhuma combinação entre as coberturas Diagnóstico de Câncer (DC), Diagnóstico de Câncer Feminino (DCF), Diagnóstico de Câncer Feminino (DCF2), Diagnóstico de Câncer Masculino (DCM), Diagnóstico de Câncer Masculino (DCM2), Diagnóstico de Metástase (DM)

4.1.3. A cobertura de Invalidez Permanente Total por Acidente a Trabalho (IPAT) poderá ser contratada apenas quando contratada a cobertura de Invalidez Permanente Total por Acidente (IPA)

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

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

a) Inclusão de Cônjuges (IC);
b) Inclusão de Filhos (IF);
c) Inclusão de Ascendentes (IA).

5. RISCOS EXCLUÍDOS

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

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

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

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

d) Em caso de suicídio voluntário ou sua tentativa, aplica-se carência de 2 (dois) anos, contados a partir:
- **do início da vigência individual da cobertura; ou**
- **da solicitação de aumento de Capital Segurado feita exclusivamente pelo Segurado ou pelo Estipulante, sendo que, nesta hipótese, a carência aplica-se apenas à diferença do Capital Segurado aumentado.**

Não será permitida a recontagem do prazo de carência em caso de renovação ou substituição do contrato, ainda que com outra seguradora.
O suicídio ocorrido em razão de grave ameaça ou de legítima defesa de terceiro não está compreendido no prazo de carência, sendo garantido o pagamento integral do capital segurado.

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

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

6. PRAZO DE CARÊNCIA

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

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

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

6.4. 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.

7. VIGÊNCIA E RENOVAÇÃO DO SEGURO

7. Vigência e Renovação da Apólice

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

7.1.1. O início e término de vigência do seguro será a 24:00 (vinte e quatro) horas 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.

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. Este seguro é por prazo determinado, tendo a Seguradora a faculdade de não o renovar na data de vencimento, independentemente do tempo de relação contratual.

7.1.5. 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.

7.1.6. 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.

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

7.2. Vigência dos Certificados Individuais

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

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

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

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

8. ACEITAÇÃO DA PROPOSTA DE CONTRATAÇÃO

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

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

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

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

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

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

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

9. ACEITAÇÃO DA PROPOSTA DE ADESÃO

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

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

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

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

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

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

9.7. Decorrido o prazo estipulado no item **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 Pretenso Segurado ou Proponente e o respectivo Prêmio eventualmente pago a título de cobertura provisória será devolvido, no prazo máximo de 10 (dez) dias corridos, devidamente atualizado pelo IPCA/IBGE (Índice de Preços ao Consumidor Amplo), em caso de extinção do IPCA/IBGE, a atualização de que trata este item será feita pelo índice de IPC/FIPE (Preços ao Consumidor/ Fundação Instituto de Pesquisas Econômicas da Universidade de São Paulo), desde a data do pagamento até a data da efetiva devolução.

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

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

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

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

9.11.2. 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.

9.11.3. 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.

9.11.4. 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.

9.11.5. 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

9.11.6.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.

9.11.7. 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.

9.11.8. 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.

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

9.11.10. 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.

9.11.11. 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.

9.11.12. Considera-se redução relevante do interesse segurado alteração substancial que impacte diretamente o risco originalmente contratado,

conforme avaliação técnica da Seguradora.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

11. CUSTEIO DO SEGURO

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

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

12. COBRANÇA E PAGAMENTO DOS PRÊMIOS

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

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

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

12.10.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.

12.11. 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.

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

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

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

12.15.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.

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

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

12.16.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.

12.17. 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.

12.18.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.

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

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

12.20.1.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.

12.20.2.No caso de atraso de qualquer parcela do prêmio, exceto a primeira, as disposições das Cláusulas 12.18, 12.19, 12.20 e 12.20.1. serão adotadas exclusivamente em relação ao Estipulante quando se tratar de suspensão ou cancelamento da Apólice Coletiva.

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

12.21. 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.

12.22. Quando o pagamento dos prêmios se der por meio de consignação em folha, a ausência do repasse à Seguradora dos prêmios recolhidos por consignante que não corresponda à figura de Estipulante não poderá causar qualquer prejuízo aos Segurados ou respectivos beneficiários no que se refere à cobertura e demais direitos oferecidos.

12.23. 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.

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

13. CANCELAMENTO DA APÓLICE

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

a) a qualquer tempo, por mútuo acordo entre Seguradora e Estipulante, desde que mediante anuência prévia e expressa de Segurados que representem, no mínimo, ¾ (três quartos) do Grupo Segurado, respeitado o aviso prévio de 30 (trinta) dias. Tratando-se de contratação cujo Vínculo entre Estipulante e Segurado seja exclusivamente securitário, não será aplicada a anuência de ¾ (três quartos) do grupo, sendo o tratamento diretamente com o Segurado;
b) no final do prazo de sua vigência, se não houver renovação;
c) pelo atraso no pagamento do Prêmio conforme disposto no item 12 destas Condições Gerais, após a 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 com o falecimento do Segurado;
c) com o pagamento da Indenização, se houver previsão de exclusão do Segurado da Apólice na respectiva cobertura contratada, que gerou a Indenização;
d) com a extinção do Vínculo entre o Segurado e o Estipulante, seja ou não este fato comunicado à Seguradora;
e) imediatamente, se constatada uma das hipóteses previstas no item "Perda do Direito a Indenização" destas Condições Gerais.

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

a) com o cancelamento da Apólice por quaisquer das situações previstas no item 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) imediatamente, se constatada uma das hipóteses previstas no item "Perda do Direito a Indenização" destas Condições Gerais;
f) quando o Segurado não pagar o Prêmio Individual desde que haja notificação prévia com 30 (trinta) dias de antecedência.

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

a) em qualquer das hipóteses previstas nos itens 14.1 e 14.2 acima;
b) em caso de cessação da condição de Segurado Dependente, conforme estabelecem as respectivas coberturas Suplementares de Inclusão de Cônjuge e/ou Filho(s), seja ou não comunicado este fato à Seguradora e independentemente da cobrança do Prêmio.

15. CAPITAL SEGURADO E DESPESAS DE SALVAMENTO

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

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

15.3. A obrigação de indenizar tais despesas subsistirá mesmo que as medidas de contenção ou salvamento adotadas, desde que adequadas e

proporcionais, se mostrem ineficazes para evitar ou atenuar o sinistro.

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

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

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

15.7. A seguradora não estará obrigada a custear:

a) Despesas de contenção ou salvamento relativas à prevenção ordinária, incluindo qualquer tipo de manutenção, as quais são de responsabilidade exclusiva do Segurado.

b) Despesas com medidas notoriamente inadequadas ou desproporcionais ao risco, considerando a garantia contratada para o tipo de sinistro iminente ou verificado.

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

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

16. ATUALIZAÇÃO DOS VALORES DO SEGURO

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

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

16.2 Alternativamente ao critério de atualização mencionado no item 16.1 acima, poderá se estabelecer ainda, anualmente no aniversário da apólice, que o valor do Capital Segurado e dos Prêmios serão alterados segundo outro critério, tal como a variação do reajuste de salário ou provento do Segurado, devendo este constar no contrato de seguro.

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

17. TAXA DO SEGURO E RECÁLCULO DO PRÊMIO

17.1. O Prêmio deste seguro será calculado com base na idade ou faixa etária do Segurado, na data de seu ingresso no presente seguro, e será reenquadrado sempre que o Segurado atingir nova idade ou faixa etária.

17.2. A nova taxa passará a vigorar a partir da data em que cada um dos segurados atingir a nova idade ou faixa etária ou ainda na data de aniversário da apólice para todos os componentes do Grupo Segurado, conforme previsto contratualmente.

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

17.4. As modificações previstas no item 17.2 acima, se implicar em ônus ou dever para os Segurados ou redução de seus direitos, dependerá da anuência prévia e expressa dos Segurados que representem, no mínimo, 3/4 (três quartos) do Grupo Segurado.

18. BENEFICIÁRIO(S)

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

18.2. Será considerada, em caso de Sinistro, a última indicação e/ou alteração de Beneficiário(s) feita pelo Segurado e recebida pela Seguradora antes do pagamento da Indenização. Caso a Seguradora não seja cientificada oportunamente da indicação e/ou alteração, desobrigar-se-á pagando o Capital Segurado na forma anterior.

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

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

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

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

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

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

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

19. OCORRÊNCIA DO SINISTRO

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

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

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

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

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

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

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

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

20. PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO

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

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

20.3. A Seguradora terá o prazo máximo de 30 (trinta) dias para manifestar-se expressamente sobre a existência de cobertura, sob pena de não poder mais recusá-la, prazo este contado da data de recebimento do aviso de sinistro totalmente preenchido, a apresentação dos documentos previstos na

Cobertura pleiteada e documentos e informações adicionais que contenham os elementos mínimos de aviso de sinistro listados na Apólice.

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

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

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

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

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

20.9. A relação de documentos mínimos e elementos necessários para a regulação de Sinistro está prevista em cada uma das respectivas Coberturas contratadas. O processo de regulação somente seguirá para análise após o recebimento de todos os elementos, inclusive documentos mínimos, indicados nas Coberturas contratadas, que deverão ser submetidos pelo Segurado à Seguradora, no prazo de 30 dias.

20.9.1.Caso ao final do prazo indicado no item 20.9. não tenham sido entregues todos os elementos e documentos básicos solicitados, a indenização será negada e o procedimento de análise será encerrado, sendo possibilitado ao interessado efetuar novamente a comunicação do evento, para abertura de novo procedimento de análise junto à Seguradora.

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

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

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

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

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

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

20.14.2. 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.

20.15. 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.

20.16. Os encargos decorrentes de eventual tradução para a língua portuguesa dos documentos

necessários ao recebimento da Indenização serão de responsabilidade total da Seguradora.

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

21. PERÍCIA MÉDICA/JUNTA MÉDICA

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

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

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

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

22. PERDA DO DIREITO À 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.
22.1.1.1. Não se aplicam as hipóteses dos itens i e ii do item 22.1 quando o interessado provar que a Seguradora tomou ciência oportunamente do sinistro e das informações por outros meios.

22.3. Na hipótese de ocorrência de Sinistro com pagamento parcial da Indenização:

a) após o pagamento da indenização, cancelar o seguro, retendo do prêmio originalmente pactuado a parcela calculada proporcionalmente ao tempo decorrido, acrescido da diferença cabível; ou
b) mediante acordo entre Segurado e Seguradora, permitir a continuidade do seguro, podendo cobrar a diferença de prêmio cabível, deduzi-la do valor a ser indenizado e/ou restringir termos e condições da cobertura contratada.

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

22.5.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 item 6. PRAZO DE CARÊNCIA nessas Condições Gerais.
e) violação da legislação de combate à corrupção e à lavagem de dinheiro.
f) Tiver prévia ciência de prática delituosa por parte do Beneficiário em causar o sinistro.
g) 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.
h) Cometer fraude por ocasião da reclamação do sinistro.

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

23. ALTERAÇÕES DA APÓLICE

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

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

23.3. Se a modificação for por força do reenquadramento por idade ou faixa etária previsto no item 15.1, não haverá a necessidade da anuência expressa de ¾ (três quartos) do Grupo Segurado.

24. OUTRAS OBRIGAÇÕES DO ESTIPULANTE

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

a) Fornecer todas as informações necessárias à aceitação da proposta e à fixação da taxa para cálculo do valor do prêmio, incluindo dados cadastrais, conforme for solicitado pela Seguradora.
b)Manter a seguradora informada a respeito dos dados cadastrais dos segurados e alterações na natureza do risco coberto, de acordo com o definido contratualmente;
c) Assistir o segurado ou o beneficiário durante a execução do contrato e fornecer ao segurado, sempre que solicitado, informações relativas ao seguro contratado;
d) repassar os prêmios à seguradora, nos prazos estabelecidos contratualmente, caso seja responsável pelo recolhimento dos prêmios;
e) Repassar aos segurados todas as comunicações ou avisos inerentes à apólice coletiva, quando for responsável por tais ações;
f)Discriminar a razão social e, se for o caso, o nome fantasia da sociedade seguradora responsável pelo risco nos documentos, comunicações e materiais de comercialização e publicidade referentes ao seguro;
g)Comunicar, de imediato, à seguradora, a ocorrência de qualquer sinistro, ou expectativa de sinistro, referente ao grupo que representa, assim que deles tiver conhecimento, quando esta comunicação estiver sob sua responsabilidade;
h) Dar ciência aos segurados dos procedimentos e prazos estipulados para a liquidação de sinistros;
i) Comunicar, de imediato, à Susep, quaisquer procedimentos que considerar irregulares quanto ao seguro contratado; e
j) Fornecer à Susep quaisquer informações solicitadas, dentro do prazo por ela estabelecido.
k) Informar com destaque aos segurados ou beneficiários, nas propostas de adesão, nos questionários e nos demais documentos do contrato, as quantias eventualmente recebidas da seguradora pelos serviços prestados.
l) fornecer ao Beneficiário indicado a título oneroso, tão logo quanto possível, certificado e condições contratuais do seguro.
m) cumprir as obrigações e os deveres do contrato, salvo os que por sua natureza devam ser cumpridos pelo segurado ou pelo beneficiário.
n) informar tudo de relevante que souber ou que deveria saber a respeito do interesse e do risco a serem garantidos, de acordo com as regras ordinárias de conhecimento.

25. MATERIAL DE DIVULGAÇÃO

25.1. A propaganda e a divulgação do seguro, por parte do Estipulante e/ou seu representante legal, dependerão de autorização expressa e supervisão da Seguradora, respeitadas as condições da Apólice e as normas deste seguro.

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

26. CUMPRIMENTO DAS LEIS ANTICORRUPÇÃO

26.1. O Estipulante, seus diretores, conselheiros e colaboradores, bem como qualquer pessoa por cujos atos ou inadimplementos possam ser responsáveis, ou qualquer pessoa que atue em seu nome, não ofertarão tampouco aceitarão pagamentos, tampouco ofertarão ou fornecerão qualquer coisa de valor a nenhuma pessoa em violação das leis antissuborno aplicáveis com relação ao presente contrato de seguro ou de qualquer maneira que possa afetá-lo. O Estipulante reconhece que as leis anticorrupção internacionais, FCPA e a UK Bribery Act, inclusive a lei a brasileira n.º 12.846/2013 e seu respectivo decreto n.º 11.129/2022 , proíbem qualquer oferta direta ou indireta, pagamento ou recebimento de dinheiro ou qualquer coisa de valor de/para qualquer pessoa (inclusive, sem limitação, qualquer servidor público, organização internacional, partido político, oficial de partido ou candidato a cargos políticos) para fins de obter, manter ou instruir negócios, garantir qualquer vantagem imprópria na condução de negócios ou aliciar a realização imprópria de qualquer função pública ou comercial. O Estipulante declara e garante que durante o cumprimento de suas obrigações segundo as presentes Condições Gerais, não ofertou tampouco realizou, e concorda que não ofertará tampouco fará nenhum pagamento proibido.

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

27.1. O objetivo da presente cláusula, respeitando-se todo o conteúdo destas Condições Gerais, é estabelecer os procedimentos de prevenção e combate ao terrorismo, lavagem de dinheiro e outros ilícitos correlatos combatidos no Brasil e no exterior, tais procedimentos devem ser assumidos pelo Segurado, Estipulante e pela Seguradora, bem como, os critérios que serão utilizados para caracterização da perda de direitos ou suspensão da(s) cobertura(s) contratada(s) ou do(s) pagamento(s) de quaisquer indenizações devidas pelo presente seguro nas situações nas quais o Segurado ou seu(s) beneficiário(s) for(em) ou estiver(em) inserido(s) em listas de embargos ou sanções econômicas ou comerciais expedidas por órgãos nacionais ou internacionais de combate a lavagem de dinheiro e financiamento ao terrorismo ou esteja(m) sujeito(s) as sanções previstas na legislação brasileira ou internacional, desde que não violem o ordenamento jurídico pátrio e a ordem pública.

27.2. A Seguradora não pagará qualquer Indenização com base no presente seguro, se o Segurado e/ou seu representante legal praticar ato doloso de terrorismo, lavagem de dinheiro e outros ilícitos correlatos combatidos no Brasil e no exterior, desde que o referido ato doloso tenha nexo causal com o evento gerador do sinistro, caracterizando assim, a perda do Segurado e seu(s) beneficiário(s) ao direito a indenização. O fato gerador para efeito de aplicação da cláusula de embargos e sanções deverá estar caracterizado no momento do sinistro para fins de perda de direito.

27.3. Ressalta-se que as coberturas contratadas através das presentes Condições Geraisficam suspensas a partir da data de ingresso do Segurado nas referidas listas de embargos e sanções, sendo reestabelecidas às 24 horas do dia subsequente a data de exclusão do Segurado das referidas listas.

27.4. Durante o processo de regulação de sinistro esta Seguradora verificará se o Segurado, seu(s) beneficiário(s) ou se os locais de ocorrência dos eventos reclamados constam de listas de embargos ou sanções expedidas por órgãos nacionais ou internacionais de combate a lavagem de dinheiro e financiamento ao terrorismo. Neste sentido, no que contrariar ou não constar das informações prestadas pelo Segurado à Seguradora quando da análise da proposta de seguro, na hipótese do Segurado ou os beneficiários das indenizações devidas ou dos locais de ocorrência dos eventos reclamados constarem das referidas listas ou nas situações nas quais as referidas listas forem atualizadas após a aceitação do risco, o direito à cobertura contratada não fica prejudicado, não caracterizando perda de direitos ou risco excluído, entretanto, o pagamento da indenização fica suspenso até que ocorra a superação do referido embargo ou sanção ou até que ocorra decisão da corte judicial superior brasileira referente ao procedimento que deverá ser adotado para este fim, mediante consulta a ser efetuada por esta Seguradora.

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

28. TRIBUTO

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

29. PRESCRIÇÃO

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

30. FORO

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

31. DISPOSIÇÕES FINAIS

31.1.A aceitação da proposta estará 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.

31.6. 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.

31.7. Este seguro é por prazo determinado tendo a Seguradora a faculdade de não não renová-lo na data de vencimento, independentemente do tempo de relação contratual, salvo quando, cumulativamente,
(i) tratar-se de seguro individual, ou assim considerado pela Lei; e
(ii) a renovação tiver ocorrido de forma automática e sucessiva por prazo superior à 10 (dez) anos.

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

COBERTURA DE MORTE

1. OBJETIVO

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

2. DEFINIÇÃO

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

3. RISCOS EXCLUÍDOS

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

4. CAPITAL SEGURADO

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

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

5. INÍCIO DE VIGÊNCIA

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

6. CESSAÇÃO DE COBERTURA

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

6.1.1. Para o Segurado:

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

a) Morte decorrente de doença
- Aviso de sinistro preenchido e assinado (formulário padrão MetLife);
- Cópia de todos os documentos médicos e exames realizados;
- formulário "Autorização para Crédito de Indenização" (Formulário padrão MetLife), devidamente preenchido e assinado por cada um dos Beneficiários;
- Cópia do RG do segurado;
- Na hipótese de beneficiário Pessoa Jurídica: Autorização de crédito em nome da Pessoa Jurídica (formulário padrão MetLife);

• Cópias do RG, CPF e comprovantes de residência do(s) Beneficiário(s);
• Cópia da Certidão de Óbito do Segurado;
• Cópia do Termo de Rescisão do Contrato de Trabalho, devidamente assinado pelo empregador e pelo representante do empregado, quando se tratar de Apólice Coletiva, cujo Vínculo prévio seja empregatício;
• Cópia dos 3 (três) últimos comprovantes de salário, quando se tratar de Apólice Coletiva, cujo Vínculo prévio seja empregatício;
• Comprovante de indicação de Beneficiário(s) assinado pelo Segurado;
Cópia do Certificado Individual do Seguro;
• Cópia da Conta da Concessionária com vencimento imediatamente anterior à ocorrência do Sinistro, quando tratar-se de Apólice cuja cobrança seja efetuada por intermédio de Conta de Concessionária;
• Cópia do comprovante de quitação da Conta da Concessionária indicada no item anterior.

b) Morte decorrente de acidente:

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

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

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

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

Na hipótese de Beneficiários Pessoa Jurídica:

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

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

11. DISPOSIÇÕES GERAIS

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

COBERTURA DE MORTE ACIDENTAL (MA)

1. OBJETIVO

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

2. DEFINIÇÃO

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

3. RISCOS EXCLUÍDOS

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

a) eventos causados exclusivamente pela não utilização, pelo Segurado, de equipamentos de segurança exigidos por lei;
b) eventos causados exclusivamente pela ausência de habilitação do Segurado para condução de veículo automotor;
c) eventos em que o Segurado tenha intencionalmente atentado contra a vida e integridade física de outrem, consumado ou não, exceto em caso de legítima defesa ou assistência à pessoa em perigo.

4. CAPITAL SEGURADO

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

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

5. INÍCIO DE VIGÊNCIA

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

6.CESSAÇÃO DE COBERTURA

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

6.1.1. Para o Segurado:

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

7.PRÊMIO

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

8. ÂMBITO TERRITORIAL DE COBERTURA

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

9. PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO

9.1. Os elementos essenciais para aferição e decisão sobre a existência de Cobertura, referentes à presente Cobertura são:
(i) o aviso de sinistro totalmente preenchido e
ii) a entrega dos documentos associados à Cobertura pleiteada, conforme abaixo:
9.2. Para a análise do pagamento da Indenização, respeitado o disposto nas Condições Gerais item 20., além do aviso de sinistro devidamente preenchido, deverão ser apresentados os seguintes documentos

- Aviso de sinistro preenchido e assinado (formulário padrão MetLife);
- Formulário "Autorização para Crédito de Indenização" (formulário padrão MetLife), devidamente preenchido e assinado por cada um dos Beneficiários;
- Cópias do RG, CPF e comprovantes de residência do Segurado e do(s) Beneficiário(s);
- Cópia da Certidão de Óbito do Segurado;
- Cópia de todos os documentos médicos e exames realizados;

• Relatório médico informando o(s) diagnóstico(s) da(s) doença(s), com sua(s) data(s) e tratamento(s) realizado(s;
• Cópia do Termo de Rescisão do Contrato de Trabalho, devidamente assinado pelo empregador e pelo representante do empregado, quando se tratar de Apólice Coletiva, cujo Vínculo prévio seja empregatício;
• Cópia dos 3 (três) últimos comprovantes de salário, quando se tratar de Apólice Coletiva, cujo Vínculo prévio seja empregatício;
• Comprovante de indicação de Beneficiário(s) assinado pelo Segurado;
• Cópia do Certificado Individual do Seguro;
• Cópia da Conta da Concessionária com vencimento imediatamente anterior à ocorrência do Sinistro, quando tratar-se de Apólice cuja cobrança seja efetuada por intermédio de Conta de Concessionária;
• Cópia do comprovante de quitação da Conta da Concessionária indicada no item anterior.
• Cópia do BO (Boletim de Ocorrência Policial) e/ou CAT (Comunicação de Acidente do Trabalho), se Acidente do Trabalho),;
• Cópia do Laudo do Necroscópico - IML (Instituto Médico-Legal), se realizado;
• Cópia da CNH (Carteira Nacional de Habilitação), em caso de acidente com veículo dirigido pelo Segurado;
• Cópia do Laudo do Exame de Dosagem Alcoólica e/ou Toxicológico, se realizado(s);
• Cópia do laudo da perícia técnica realizada no local do acidente, se houver.

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

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

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

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

10. DISPOSIÇÕES GERAIS

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

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

COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE POR ACIDENTE (IPA)

1. OBJETIVO

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

2. DEFINIÇÕES

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

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

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

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

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

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

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

3. RISCOS EXCLUÍDOS

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

3.1.1. acidentes ocorridos anteriormente à contratação do seguro
3.1.2. perturbações e intoxicações alimentares de qualquer espécie;
3.1.3. eventos causados exclusivamente pela não utilização, pelo Segurado, de equipamentos de segurança exigidos por lei;
3.1.4. eventos causados exclusivamente pela ausência de habilitação do Segurado para condução de veículo automotor;
3.1.5. eventos em que o Segurado tenha intencionalmente atentado contra a vida e integridade física de outrem, consumado ou não, exceto em caso de legítima defesa ou assistência à pessoa em perigo;
3.1.6. todo e qualquer dano estético, ainda que decorrente de acidente coberto;
3.1.7. perda de dentes, ainda que decorrente de acidente coberto.

4. CAPITAL SEGURADO

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

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

prevalecendo qualquer alteração de Capital Segurado efetuada posteriormente ao acidente.

5. REINTEGRAÇÃO DO CAPITAL SEGURADO

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

6. ACUMULAÇÃO DE INDENIZAÇÕES

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

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

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

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

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

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

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

8.INÍCIO DE VIGÊNCIA

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

9.CESSAÇÃO DE COBERTURA

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

9.1.1.Para o Segurado:

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

10. PRÊMIO

10.1 O Prêmio referente a esta cobertura estará previsto contratualmente.

11. ÂMBITO TERRITORIAL DE COBERTURA

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

12. PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO

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

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

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

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

13.DISPOSIÇÕES GERAIS

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

COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL POR ACIDENTE (IPTA)

1. OBJETIVO

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

2. DEFINIÇÕES

2.1. Acidente Pessoal: para fins desta cobertura prevalece o conceito indicado no item "Definições" das Condições Gerais deste seguro.
2.2. Invalidez Permanente Total por Acidente: para fins desta cobertura é a perda, redução ou impotência funcional definitiva e total de algum membro ou órgão prevista na Tabela para Cálculo de Percentuais de Indenização em caso de Invalidez Permanente Total por Acidente, conforme item 7 desta Cláusula, em virtude de lesões físicas exclusivamente decorrentes de Acidente Pessoal coberto, desde que tais lesões sejam insuscetíveis de reabilitação ou recuperação pelos meios terapêuticos disponíveis no momento de sua constatação.
2.2.1. **Ainda que do mesmo acidente resulte mais de uma situação prevista na Tabela para Cálculo de Percentuais de Indenização em caso de Invalidez Permanente Total por Acidente a Indenização não poderá exceder a 100% (cem por cento) do Capital Segurado contratado para esta cobertura.**
2.2.2. **A invalidez de um membro ou órgão já defeituoso antes do acidente não dá direito a Indenização total.**
2.2.3. **Na hipótese de ocorrência de um acidente que provoque incapacidade definitiva do mesmo membro ou órgão já defeituoso, parcial ou total, o percentual correspondente à incapacidade anterior ao acidente será deduzido da indenização.**

3. RISCOS EXCLUÍDOS

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

a) acidentes ocorridos anteriormente à contratação do seguro;

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

c) perturbações e intoxicações alimentares de qualquer espécie;

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

e) eventos causados exclusivamente pela ausência de habilitação do Segurado para condução de veículo automotor;

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

g) 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, 14** e **22** das Condições Gerais, a cobertura do risco a que se refere esta cobertura cessa ainda:

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

10. PRÊMIO

10.1 O Prêmio referente a esta cobertura estará previsto contratualmente.

11. ÂMBITO TERRITORIAL DE COBERTURA

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

12. PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO

12.1. Os elementos essenciais para aferição e decisão sobre a existência de Cobertura, referentes à presente Cobertura são:
(i) o aviso de sinistro totalmente preenchido e
(ii) a entrega dos documentos associados à Cobertura pleiteada, conforme abaixo:
Para a análise do pagamento da Indenização, respeitado o disposto nas Condições Gerais item 20., além do aviso de sinistro devidamente preenchido, deverão ser apresentados os seguintes documentos:

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

- Cópia do comprovante de quitação da Conta da Concessionária indicada no item anterior.

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

13. DISPOSIÇÕES GERAIS

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

COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE POR ACIDENTE MAJORADA - (IPAM)

1. OBJETIVO

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

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

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

2. DEFINIÇÕES

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

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

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

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

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

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

3. RISCOS EXCLUÍDOS

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

a) acidentes ocorridos anteriormente à contratação do seguro;

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

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

d) eventos causados exclusivamente pela ausência de habilitação do Segurado para condução de veículo automotor;

e) perturbações e intoxicações alimentares de qualquer espécie;

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

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

4. CAPITAL SEGURADO

4.1.O Capital Segurado para esta cobertura será estabelecido contratualmente e deverá constar nos respectivos Certificados Individuais do Seguro.
4.2. Para fins desta cobertura considera-se como data do evento, para efeito de determinação do Capital Segurado, a data da ocorrência do acidente, não prevalecendo qualquer alteração de Capital Segurado efetuada posteriormente ao acidente.

5. REINTEGRAÇÃO DO CAPITAL SEGURADO

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

6. ACUMULAÇÃO DE INDENIZAÇÕES

6.1. As Indenizações decorrentes de eventos por morte acidental e invalidez permanente por acidente, em quaisquer das coberturas contratadas, não se acumulam. Se, depois de paga uma Indenização por invalidez permanente por acidente, seja parcial ou total, ocorrer a caracterização de outra cobertura de invalidez permanente por acidente e/ou a morte do Segurado, em consequência do mesmo acidente, será deduzido do valor do Capital Segurado a ser pago, o valor já indenizado.
6.2. A invalidez de um membro ou órgão indenizado por esta cobertura, exclui o referido membro ou órgão de novas indenizações mesmo que decorrentes de possíveis novos eventos.

7. INÍCIO DE VIGÊNCIA

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

8. CESSAÇÃO DE COBERTURA

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

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

9. PRÊMIO

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

10.ÂMBITO TERRITORIAL DE COBERTURA

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

11. PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO

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

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

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

- Cópia dos 3 (três) últimos comprovantes de salário, quando se tratar de Apólice Coletiva, cujo Vínculo prévio seja empregatício;
- Cópia do Certificado Individual do Seguro;
- Cópia da Conta da Concessionária com vencimento imediatamente anterior à ocorrência do Sinistro, quando tratar-se de Apólice cuja cobrança seja efetuada por intermédio de Conta de Concessionária;
- Cópia do comprovante de quitação da Conta da Concessionária indicada no item anterior.

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

12. DISPOSIÇÕES GERAIS

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

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

1. OBJETIVO

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

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

2. DEFINIÇÕES

2.1. Agravo mórbido: piora de uma doença

2.2. 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.

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

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

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

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

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

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

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

2.10. Consumpção: definhamento progressivo e lento do organismo humano produzido por doença.

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

2.12. Deambular: ato de andar livremente.

2.13. 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.

2.14. 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.

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

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

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

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

2.19.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.

2.20.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.

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

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

2.23.Etiologia: causa de cada doença.

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

2.25.Higidez: estado saudável.

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

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

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

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

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

2.31.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.

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

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

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

2.35.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, aperda da existência independente do Segurado, assim entendida como a ocorrência de quadro clínico incapacitante, decorrente de doença, que inviabilize de forma irreversível o pleno exercício das Relações Autonômicas do Segurado.

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

a) doenças cardiovasculares **crônicas** enquadradas sob o conceito de “cardiopatia grave”;

b) doenças neoplásicas malignas ativas, sem prognóstico evolutivo e terapêutico favorável, que não mais estejam inseridas em planos de tratamento direcionados à cura e/ou ao seu controle clínico;

c) doenças crônicas de caráter progressivo, apresentando disfunções e/ou insuficiências orgânicas avançadas, com repercussões em órgãos vitais (consumpção), sem prognóstico terapêutico favorável e que não mais estejam inseridas em planos de tratamento direcionados à cura e/ou ao seu controle clínico;

d) alienação mental total e permanente, com perda das funções cognitivas superiores (cognição)**;**

e) doenças manifestas no sistema nervoso com sequelas encefálicas e/ou medulares que acarretem repercussões deficitárias na totalidade de algum órgão vital e/ou sentido de orientação e/ou das funções de dois membros, em grau máximo;

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

g) deficiência visual**:**

• cegueira, na qual a acuidade visual é igual ou menor que 0,05 no melhor olho, com a melhor correção óptica;

• baixa visão, que significa acuidade visual entre 0,3 e 0,05 no melhor olho, com a melhor correção óptica;

• casos nos quais a somatória da medida do campo visual em ambos os olhos for igual ou menor que 60º;

• ocorrência simultânea de quaisquer das condições anteriores.

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

i) estados mórbidos, a seguir relacionados:

• perda completa e definitiva da totalidade das funções de dois membros; ou

• perda completa e definitiva da totalidade das funções das duas mãos ou de dois pés; ou

• perda completa e definitiva da totalidade das funções de uma das mãos associada à de um dos pés.

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

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

3.2.1.1.O 1º (primeiro) grau de cada atributo descreve situações que caracterizam independência do Segurado

na realização de tarefas, ainda que com alguma dificuldade ou desconforto. O quadro clínico será classificado neste grau apenas quando todas as situações ali previstas forem reconhecidas.

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

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

3.2.2.O segundo documento (Tabela de Dados Antropométricos, Fatores de Risco e de Morbidade) valoriza cada uma das situações ali previstas.
3.2.3. Os itens da tabela deverão ser pontuados sempre que haja o reconhecimento da situação descrita.

4. RISCOS EXCLUÍDOS

4.1.A**lém dos riscos expressamente excluídos no item 5 das Condições Gerais, estão expressamente excluídos de cobertura para esta cobertura, considerando, também como Riscos Excluídos, ainda que redundando em quadro clínico incapacitante que inviabilize de forma irreversível o pleno exercício das funções autonômicas do Segurado, com perda da sua existência independente, os eventos ocorridos em consequência, direta ou indireta de e/ou relacionados a:**

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

5. CAPITAL SEGURADO

5.1. O Capital Segurado para esta cobertura será estabelecido contratualmente e deverá constar nos respectivos Certificados Individuais do Seguro.
5.2. Reconhecida a Invalidez por Doença do tipo Funcional pela Seguradora, o pagamento do Capital Segurado contratado será realizado sob a forma de parcela única.
5.3. Para fins desta cobertura, considera-se como data do evento, para efeito de determinação do Capital Segurado, a data indicada na Declaração Médica, como sendo a data a partir da qual a evolução do quadro de saúde do Segurado passou a enquadrar-se na pontuação da Tabela de Relações Existenciais, Condições Médicas e Estruturais e de Estados Conexos igual ou superior a 60 (sessenta) pontos, devidamente justificada e aceita, ou a data de constatação de um dos quadros previstos no item 3.1.1., desta cobertura. A data da invalidez por doença – funcional será determinada por médico que esteja assistindo ao Segurado e, na ausência deste, por profissional médico que já tenha lhe prestado algum atendimento ou ainda, estabelecida através da verificação de evidências documentais apuradas em registros lavrados por profissionais médicos em qualquer tempo.

6. COMPROVAÇÃO DA INVALIDEZ

6.1. As despesas efetuadas para a caracterização da Invalidez por Doença Funcional são de responsabilidade do próprio Segurado, salvo aquelas realizadas diretamente pela Seguradora, com a finalidade de esclarecer circunstâncias sobre o quadro clínico incapacitante. As providências que a Seguradora tomar, visando esclarecer as circunstâncias do Sinistro, não constituem ato de reconhecimento da obrigação de pagar a Indenização.
6.2. A concessão do benefício de aposentadoria por invalidez, ainda que por instituições oficiais de previdência social, ou por órgãos do poder público ou mesmo por outras instituições público-privadas, não caracterizam, por si só, o estado de invalidez permanente por doença funcional.
6.3. A Seguradora reserva-se o direito de não considerar quadros clínicos certificados por documentos médicos que apenas caracterizem incapacidade parcial e/ou de natureza profissional.

7. INÍCIO DE VIGÊNCIA

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

8. CESSAÇÃO DE COBERTURA

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

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

9. PRÊMIO

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

10. CARÊNCIA

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

11. ÂMBITO TERRITORIAL DE COBERTURA

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

12. PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO

12.1. Os elementos essenciais para aferição e decisão sobre a existência de Cobertura, referentes à presente Cobertura são:
(i) o aviso de sinistro totalmente preenchido e
(ii) a entrega dos documentos associados à Cobertura pleiteada, conforme abaixo:
Para a análise do pagamento da Indenização, respeitado o disposto nas Condições Gerais item 20., além do aviso de sinistro devidamente preenchido, deverão ser apresentados os seguintes documentos:

- Aviso de sinistro preenchido e assinado (formulário padrão MetLife);
- Formulário "Autorização para Crédito de Indenização" (Formulário padrão MetLife), devidamente preenchido e assinado pelo Segurado;
- Cópias do RG (cédula de identidade), CPF (Cadastro de Pessoas Físicas) e comprovante de residência do Segurado;
- Relatórios médicos e resultados de exames complementares realizados, que comprovem satisfatoriamente a incapacidade do Segurado;
- Relatório médico informando o(s) diagnóstico(s) da(s) doença(s), com sua(s) data(s), tratamento(s) realizado(s), prescrição(ões) futura(s), se foram esgotadas todas as possibilidades terapêuticas para o caso e a data da caracterização da invalidez como total e definitiva; Cópia de todos os documentos médicos e exames realizados; cópia da Ficha de Registro de empregado, quando tratar-se de Apólice Coletiva, cujo Vínculo prévio seja empregatício;
- Cópia dos 3 (três) últimos comprovantes de salário, quando tratar-se de Apólice Coletiva, cujo Vínculo prévio seja empregatício;
- Cópia do Certificado Individual do Seguro;
- Cópia da Conta da Concessionária com vencimento imediatamente anterior à ocorrência do Sinistro, quando tratar-se de Apólice cuja cobrança seja efetuada por intermédio de Conta de Concessionária;
- Cópia do comprovante de quitação da Conta da Concessionária indicada no item anterior.

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

13. DISPOSIÇÕES GERAIS

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

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

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.**	**00**
	2º GRAU: o Segurado apresenta desorientação; necessita de auxílio à locomoção e ou para sair à rua; comunica-se com dificuldade; realiza parcialmente as atividades do cotidiano; possui restrições médicas de ordem relativas ou prejuízo intelectual e ou de cognição.	**10**
	3º GRAU: o Segurado apresenta-se retido ao lar; tem perda na mobilidade ou na fala; não realiza atividades do cotidiano; possui restrições médicas impeditivas de ordem totalitária ou apresenta algum grau de alienação mental.	**20**
CONDIÇÕES CLÍNICAS E ESTRUTURAIS DO SEGURADO	**1° GRAU: o Segurado apresenta-se hígido; capaz de livre movimentação; não apresenta evidência de disfunção e ou insuficiência de órgãos, aparelhos ou sistemas, possuindo visão em grau que lhe permita desempenhar suas tarefas normais.**	**00**
	2° GRAU: o Segurado apresenta disfunção(ões) e ou insuficiência(s) comprovadas como repercussões secundárias de doenças agudas ou crônicas, em estágio que o obrigue a depender de suporte médico constante (assistido) e desempenhar suas tarefas normais diárias com alguma restrição.	**10**
	3° GRAU: o Segurado apresenta quadro clínico anormal, evolutivamente avançado, descompensado ou instável, cursando com disfunções e ou insuficiências em órgãos vitais, que se encontre em estágio que demande suporte médico mantido (controlado), que acarrete restrição ampla a esforços físicos e que comprometa a vida cotidiana, mesmo que com interação de auxílio humano e ou técnico.	**20**
CONECTIVIDADE DO SEGURADO COM A VIDA	**1° GRAU:** o Segurado realiza, sem auxílio, as atividades de vestir-se e despir-se; dirigir-se ao banheiro; lavar o rosto; escovar seus dentes; pentear-se; barbear-se; banhar-se; enxugar-se, mantendo os atos de higiene íntima e de asseio pessoal, sendo capaz de manter a autossuficiência alimentar com condições de suprir suas necessidades de preparo, serviço, consumo e ingestão de alimentos.	**00**
	2° GRAU: o Segurado necessita de auxílio para trocar de roupa; entrar e sair do chuveiro; para realizar atos de higiene e de asseio pessoal; para manter suas necessidades alimentares (misturar ou cortar o alimento, descascar fruta, abrir uma embalagem, consumir os alimentos com uso de copo, prato e talheres).	**10**
	3° GRAU: o Segurado necessita de auxílio às atividades de higiene e asseio pessoal diários, assim como aquelas relacionadas à sua alimentação, não sendo capaz de realizar sozinho suas necessidades fisiológicas e de subsistência alimentar diárias.	**20**

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

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

COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANETE TOTAL POR ACIDENTE A TRABALHO (IPAT)

1. OBJETIVO

1.1 Esta Cobertura, desde que contratada, garante ao Segurado o pagamento de uma Indenização adicional, caso a Invalidez Permanente Parcial ou Total por Acidente, em consequência exclusiva de Acidente Pessoal coberto, tenha ocorrido exclusivamente enquanto o Segurado esteja desempenhando sua atividade laborativa regular, em seu local habitual de trabalho e/ou nas dependências de trabalho, no valor determinado em contrato **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 ou Parcial por Acidente de Trabalho: para fins desta Cobertura é a perda, redução ou impotência funcional definitiva, parcial ou total, de um dos membros ou órgãos previstos na Tabela para Cálculo de Percentuais de Indenização em caso de Invalidez Permanente por Acidente, prevista no item 7 desta Cobertura, em virtude de lesões físicas exclusivamente decorrentes de Acidente Pessoal coberto e ocorram enquanto o Segurado esteja desempenhando sua atividade laborativa regular, em seu local habitual de trabalho e/ou nas dependências de trabalho, 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% (cinqüenta 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.ições Gerais deste seguro.

3. RISCOS EXCLUÍDOS

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

a) acidentes ocorridos anteriormente à contratação do seguro

b) perturbações e intoxicações alimentares de qualquer espécie;

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

d) eventos causados exclusivamente pela ausência de habilitação do Segurado para condução de veículo automotor;

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

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

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

h) qualquer acidente pessoal ocorrido enquanto o segurado está fora de suas atividades laborais e/ou do seu trabalho regular e/ou das dependências do seu trabalho regular

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. A Indenização decorrentes de eventos por invalidez permanente total ou parcial por acidente e invalidez permanente total ou parcial por acidente a trabalho 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
	Nefrectomia bilateral	100

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

INVALIDEZ PERMANENTE	DISCRIMINAÇÃO	% SOBRE O CAPITAL
PARCIAL MEMBROS SUPERIORES	Perda total de uso de um dos membros superiores	70
	Perda total do uso de uma das mãos	60
	Fratura não consolidada de um dos úmeros	50
	Fratura não consolidada de um dos segmentos rádio-ulnares	30
	Anquilose total de um dos ombros	25
	Anquilose total de um dos cotovelos	25
	Anquilose total de um dos punhos	20
	Perda total do uso de um dos polegares, inclusive o metacarpiano	25
	Perda total do uso de um dos polegares, exclusive o metacarpiano	18
	Perda total do uso da falange distal do polegar	09
	Perda total do uso de um dos dedos indicadores	15
	Perda total do uso de um dos dedos mínimos ou um dos dedos médios	12
	Perda total do uso de um dos dedos anulares	09
	Perda total do uso de qualquer falange, excluídas as do polegar: Equivalente a 1/3 do valor do dedo respectivo	

INVALIDEZ PERMANENTE	DISCRIMINAÇÃO	% SOBRE O CAPITAL
PARCIAL MEMBROS INFERIORES	Perda total do uso de um dos membros inferiores	70
	Perda total do uso de um dos pés	50
	Fratura não consolidada de um fêmur	50
	Fratura não consolidada de um dos segmentos tíbio-Peroneiros	25
	Fratura não consolidada da rótula	20
	Fratura não consolidada de um pé	20
	Anquilose total de um dos joelhos	20
	Anquilose total de um dos tornozelos	20
	Anquilose total de um quadril	20
	Perda parcial de um dos pés, isto é, perda de todos os dedos e de uma parte do mesmo pé	25
	Amputação do 1º (primeiro) dedo	10
	Amputação de qualquer outro dedo	03
	Perda total do uso de uma falange do 1º (primeiro) dedo, equivalente ½, e dos demais dedos, equivalentes a 1/3 do respectivo dedo.	
	Encurtamento de um dos membros inferiores	
	- De 5 (cinco) centímetros ou mais	15
	- De 4 (quatro) centímetros	10
	- De 3 (três) centímetros	06
	- Menos de 3 (três) centímetros: sem Indenização	

PERDA DO USO DE MEMBROS SEM PERDA ANATÔMICA
A perda ou redução da força ou da capacidade funcional considerada é a que não resulte de lesões articulares ou de segmentos amputados, constantes dos quadros próprios da tabela.

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

INVALIDEZ PERMANENTE	DISCRIMINAÇÃO	% SOBRE O CAPITAL
DIVERSAS	**PERDA DO BAÇO**	**15**
	APARELHO URINÁRIO	
	Retenção crônica de urina (sondagens obrigatórias)	15
	Cistostomia (definitiva)	30
	Incontinência urinária permanente	30
	Perda de um rim, com rim remanescente	
	com função renal preservada	30
	Redução da função renal (não dialítica)	50
	Redução da função renal (dialítica)	75
	Perda de rim único	**75**
	APARELHO GENITAL E REPRODUTOR	
	Perda de um testículo	05
	Perda de dois testículos	15
	Amputação traumática do pênis	40
	Perda de um ovário	05
	Perda de dois ovários	15
	Perda do útero antes da menopausa	30
	Perda do útero depois da menopausa	10
	PESCOÇO	
	Estenose da faringe com obstáculo a deglutição	15
	Lesão do esôfago com transtornos da função motora	15
	Traqueostomia definitiva	40
	TÓRAX	
	APARELHO RESPIRATÓRIO	
	Seqüelas pós-traumáticas pleurais	10
	Ressecção total ou parcial de um pulmão (pneumectomia - parcial ou total)	
	com função respiratória preservada	15
	com redução em grau mínimo da função respiratória	25
	com redução em grau médio da função respiratória	50
	com insuficiência respiratória	75

INVALIDEZ PERMANENTE	DISCRIMINAÇÃO	% SOBRE O CAPITAL
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
	DISCRIMINAÇÃO	**% SOBRE O CAPITAL**
	INTESTINO GROSSO	
	Colectomia parcial	20
	Colectomia total	40
	Colestomia definitiva	40
	RETO E ÂNUS	
	Incontinência fecal sem prolapso	30
	Incontinência fecal com prolapso	50
	Retenção anal	10
	FÍGADO	
	Lobectomia hepática sem alteração funcional	10
	Lobectomia com insuficiência hepática	50
	SÍNDROMES NEUROLÓGICAS	
	Epilepsia pós-traumática	20
	Derivação ventrículo-peritoneal (hidrocefalia)	20
	Síndrome pós-concussional	05

8. INÍCIO DE VIGÊNCIA

8,1. A cobertura compreendida por esta cobertura começa a vigorar, para todos os Segurados da Apólice, simultaneamente com o início de vigência da Apólice, ou em data posterior, por meio de aditivo, quando esta cobertura for contratada após entrada em vigor da Apólice.

9.CESSAÇÃO DE COBERTURA

9.1.Além das hipóteses previstas nos itens 13, 14 e 22 das Condições Gerais.

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 DE 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:

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

- Aviso de sinistro preenchido e assinado (formulário padrão MetLife);
- Formulário "Autorização para Crédito de Indenização" (Formulário padrão MetLife), devidamente preenchido e assinado pelo Segurado
- cópias do RG. CPF e comprovante de residência do Segurado;
- cópia do BO (Boletim de Ocorrência Policial) e/ou CAT (Comunicação de Acidente do Trabalho), se Acidente do Trabalho),;
- cópia da CNH (Carteira Nacional de Habilitação), em caso de acidente com veículo dirigido pelo Segurado;
- cópia do Laudo do Exame de Dosagem Alcoólica e/ou Toxicológico, se realizado(s);
- cópia do laudo da perícia técnica realizada no local do acidente, se houver;
- radiografia e resultados de exames realizados;
- cópia da Ficha de Registro do empregado, quando se tratar de Apólice Coletiva, cujo Vínculo prévio seja empregatício;
- cópia dos 3 (três) últimos comprovantes de salário, quando se tratar de Apólice Coletiva, cujo Vínculo prévio seja empregatício;
- cópia do Certificado Individual do Seguro;

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 DIÁRIAS DE INCAPACIDADE TEMPORÁRIA POR ACIDENTE OU DOENÇA (DITAD)

1. OBJETIVO

1.1. Esta cobertura, desde que contratada, garante ao Segurado o pagamento de uma Indenização, em caso de afastamento involuntário das suas atividades laborativas causado por doença ou Acidente Pessoal cobertos, exceto se decorrente de Riscos Excluídos, **observados os demais termos desta cobertura, das Condições Gerais e as demais Disposições Contratuais.**

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

2. DEFINIÇÕES

2.1.1.1. **Acidente Pessoal:** para fins desta cobertura prevalece o conceito indicado no item "Definições" das Condições Gerais deste seguro.
2.1.1.2. **Afastamento Involuntário:** Impossibilidade continua e ininterrupta do Segurado de exercer a sua profissão ou ocupação, durante o período em que se encontrar sob tratamento médico.
2.1.1.3. **Limite Máximo de Diárias Indenizáveis:** é a quantidade máxima de diárias a que o Segurado fará jus enquanto o mesmo estiver afastado de suas atividades laborativas por motivo de doença ou Acidente Pessoal, a contar do primeiro dia após o término do período de Franquia**.**

3. RISCOS EXCLUÍDOS

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

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

4. CAPITAL SEGURADO

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

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

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

5. REINTEGRAÇÃO DO CAPITAL SEGURADO

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

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

6. INÍCIO DE VIGÊNCIA

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

7. CESSAÇÃO DE COBERTURA

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

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

8. PRÊMIO

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

9. CARÊNCIA

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

9.2. O período de Carência poderá, a critério da Seguradora, ser reduzido ou substituído por Declaração Pessoal de Saúde e/ou por Exame Médico.

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

10. FRANQUIA

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

11. LIMITE DE DIÁRIAS

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

12. ÂMBITO TERRITORIAL DE COBERTURA

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

13. PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO

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

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

13.3. Os elementos essenciais para aferição e decisão sobre a existência de Cobertura, referentes à presente Cobertura são:
(i) o aviso de sinistro totalmente preenchido e
(ii) a entrega dos documentos associados à Cobertura pleiteada, conforme abaixo:
Para a análise do pagamento da Indenização, respeitado o disposto nas Condições Gerais item 20, além do aviso de sinistro devidamente preenchido, deverão ser apresentados os seguintes documentos:

- Aviso de sinistro preenchido e assinado (formulário padrão MetLife);
- Formulário "Autorização para Crédito de Indenização" (formulário padrão MetLife), devidamente preenchido e assinado pelo Segurado;
- Cópias do RG, CPF e comprovante de residência do Segurado;
- Cópia do BO (Boletim de Ocorrência Policial) e/ou CAT (Comunicação de Acidente do Trabalho), se Acidente do Trabalho),;
- Cópia da CNH (Carteira Nacional de Habilitação) em caso de acidente com veículo dirigido pelo Segurado;
- Cópia do Laudo do Exame de Dosagem Alcoólica e/ou Toxicológico, se realizado(s);
- Relatório médico, informando desde quando o segurado recebeu o primeiro diagnóstico das doenças registradas na Declaração/Certidão de Óbito, descrição da evolução clínica e data em que iniciou o tratamento; além de informar a data do acidente (se for o caso), as lesões/sequelas decorrentes do acidente ou doença, o período necessário para o tratamento e a data de confirmação de alta médica
- Cópia de todos os documentos médicos e exames realizados;
- cópia da Ficha de Registro de Empregado, quando tratar-se de Apólice Coletiva, cujo Vínculo prévio seja empregatício;
- Cópia dos 3 (três) últimos comprovantes de salário, quando tratar-se de Apólice Coletiva, cujo Vínculo prévio seja empregatício;
- Cópia do Certificado Individual do Seguro;
- Cópia da Conta da Concessionária com vencimento imediatamente anterior à ocorrência do Sinistro, quando tratar-se de Apólice cuja cobrança seja efetuada por intermédio de Conta de Concessionária;
- Cópia do comprovante de quitação da Conta da Concessionária indicada no item anterior.

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

14. DISPOSIÇÕES GERAIS

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

COBERTURA DE DIÁRIAS DE INCAPACIDADE TEMPORÁRIA POR ACIDENTE (DITA)

1. OBJETIVO

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

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

2. DEFINIÇÕES

2.1. Acidente Pessoal: para fins desta cobertura prevalece o conceito indicado no item "Definições" das Condições Gerais deste seguro.
2.2. Afastamento Involuntário: Impossibilidade continua e ininterrupta do Segurado de exercer a sua profissão ou ocupação, durante o período em que se encontrar sob tratamento médico.
2.3. Limite Máximo de Diárias Indenizáveis: é a quantidade máxima de diárias a que o Segurado fará jus enquanto o mesmo estiver afastado de suas atividades laborativas por motivo de Acidente Pessoal, a contar do primeiro dia após o término do período de Franquia**.**

3. RISCOS EXCLUÍDOS

3.1. **Além dos riscos expressamente excluídos no item 5 das Condições Gerais, estão também excluídos desta cobertura , os eventos ocorridos em consequência, direta ou indireta de e/ou relacionados a:**
a) acidentes ocorridos anteriormente à contratação do seguro;
b) perturbações e intoxicações alimentares de qualquer espécie;
c) eventos causados exclusivamente pela não utilização, pelo Segurado, de equipamentos de segurança exigidos por lei;
d) eventos causados exclusivamente pela ausência de habilitação do Segurado para condução de veículo automotor;
e) cirurgias plásticas (estéticas ou não) e períodos de convalescença a elas relacionados;
f) 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;
g) todo e qualquer dano estético, ainda que decorrente de acidente coberto;
h) perda de dentes, ainda que decorrente de acidente coberto.

4. CAPITAL SEGURADO

4.1. O Capital Segurado para esta cobertura será estabelecido contratualmente e deverá constar nos respectivos Certificados Individuais do Seguro.
4.1.1.O Capital Segurado corresponde a cada diária de afastamento devendo o seu valor ser multiplicado pelo período de afastamento, observados a Franquia e o Limite Máximo de Diárias Indenizáveis.
4.2. Para fins desta cobertura , considera-se como data do evento, para efeito de determinação do Capital Segurado, o primeiro dia do afastamento do Segurado das atividades laborativas por ele exercidas, em decorrência exclusiva de Acidente Pessoal coberto.

5. REINTEGRAÇÃO DO CAPITAL SEGURADO

5.1. O Capital Segurado relativo a esta cobertura será totalmente reintegrado, de forma automática, após ocorrência de cada Evento Coberto, sem cobrança de Prêmio adicional.
5.1.1. Serão considerados como mesmo evento, os afastamentos decorrentes do mesmo diagnóstico e cujo intervalo seja inferior a 90 (noventa) dias contado da data do último retorno as atividades laborativas.

6. INÍCIO DE VIGÊNCIA

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

7. CESSAÇÃO DE COBERTURA

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

7.1.1. Para o Segurado:
a) simultaneamente, com o cancelamento da Apólice Coletiva ou da presente cobertura ;

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

8.PRÊMIO

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

9. FRANQUIA

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

10.LIMITE DE DIÁRIAS

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

11. ÂMBITO TERRITORIAL DE COBERTURA

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

12.PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO

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

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

12.3. Os elementos essenciais para aferição e decisão sobre a existência de Cobertura, referentes à presente Cobertura são:
(i) o aviso de sinistro totalmente preenchido e
ii) a entrega dos documentos associados à Cobertura pleiteada, conforme abaixo:
Para a análise do pagamento da Indenização, respeitado o disposto nas Condições Gerais item 20., além do aviso de sinistro devidamente preenchido, deverão ser apresentados os seguintes documentos:

- Aviso de sinistro preenchido e assinado (formulário padrão MetLife);
- Formulário "Autorização para Crédito de Indenização" (Formulário padrão MetLife), devidamente preenchido e assinado pelo Segurado;
- Cópias do RG, CPF (e comprovante de residência do Segurado;
- Cópia do BO (Boletim de Ocorrência Policial) e/ou CAT (Comunicação de Acidente do Trabalho), se Acidente do Trabalho),;
- Cópia da CNH (Carteira Nacional de Habilitação) em caso de acidente com veículo dirigido pelo Segurado;
- Cópia do Laudo do Exame de Dosagem Alcoólica e/ou Toxicológico, se realizado(s);
- Relatório médico informando a data do acidente, as lesões/sequelas decorrentes do acidente, o período necessário para o tratamento e a data de confirmação da alta médica;
- Cópia de todos os documentos médicos e exames realizados;
- Cópia da Ficha de Registro de Empregado, quando tratar-se de Apólice Coletiva, cujo Vínculo prévio seja empregatício;
- Cópia dos 3 (três) últimos comprovantes de salário, quando tratar-se de Apólice Coletiva, cujo Vínculo prévio seja empregatício;
- Cópia do Certificado Individual do Seguro;
- Cópia da Conta da Concessionária com vencimento imediatamente anterior à ocorrência do Sinistro, quando tratar-se de Apólice cuja cobrança seja efetuada por intermédio de Conta de Concessionária;
- Cópia do comprovante de quitação da Conta da Concessionária indicada no item anterior.

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

13.DISPOSIÇÕES GERAIS

13.1 Esta cobertura faz parte integrante das Condições Gerais da Apólice. As normas constantes desta cobertura , por serem mais específicas, prevalecem sobre quaisquer dispositivos existentes nas Condições

Gerais que, em relação a esta cobertura , têm função subsidiária.

COBERTURA DE DESPESAS MÉDICO-HOSPITALARES E ODONTOLÓGICAS POR ACIDENTE (DMHO)

1. OBJETIVO

1.1. Esta cobertura, desde que contratada, garante ao Segurado o reembolso, respeitados os limites estabelecidos contratualmente, das despesas médicas, hospitalares e/ou odontológicas, incorridas a critério e sob orientação médica, necessárias ao restabelecimento do Segurado, realizadas em consequência exclusiva de Acidente Pessoal coberto, **exceto se decorrente de Riscos Excluídos, observados os demais termos desta cobertura , das Condições Gerais e as demais Disposições Contratuais**.
1.2. As Indenizações previstas nesta cobertura serão devidas quando o Acidente Pessoal ocorrer dentro do período de vigência do seguro contratado e desde que iniciadas nos 30 (trinta) primeiros dias contados a partir da data do Acidente Pessoal.

2. DEFINIÇÕES

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

3. RISCOS EXCLUÍDOS

3.1. Além dos riscos expressamente excluídos na cláusula 5 das Condições Gerais, estão também excluídos desta cobertura , os eventos ocorridos em consequência, direta ou indireta de e/ou relacionados a:
a) acidentes ocorridos anteriormente à contratação do seguro;
b) eventos causados exclusivamente pela não utilização, pelo Segurado, de equipamentos de segurança exigidos por lei;
c) eventos causados exclusivamente pela ausência de habilitação do Segurado para condução de veículo automotor;
d) Todo e qualquer dano estético, ainda que decorrente de acidente coberto;
e) estados de convalescença (após alta médica) e as despesas de acompanhantes;
f) aparelhos que se referem a órteses de qualquer natureza e a próteses, salvo as próteses pela perda de dente(s) natural(is) decorrente de Acidente Pessoal coberto;
g) cirurgias plásticas, exceto aquelas com finalidade comprovadamente restauradoras de função, diretamente afetadas por Evento Coberto pelo seguro;
h) reposição de lentes, óculos, aparelhos ortodônticos etc;
i) eventos em que o Segurado tenha intencionalmente atentado contra a vida e integridade física de outrem, consumado ou não, exceto em caso de legítima defesa ou assistência à pessoa em perigo.

4. CAPITAL SEGURADO

4.1.O Capital Segurado para esta cobertura será estabelecido contratualmente e deverá constar nos respectivos Certificados Individuais do Seguro.
4.2. Para fins desta cobertura , considera-se como data do evento, para efeito de determinação do Capital Segurado, a data da ocorrência do acidente, não prevalecendo qualquer alteração de Capital Segurado efetuada posteriormente ao acidente.

5. REINTEGRAÇÃO DO CAPITAL SEGURADO

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

6. INÍCIO DE VIGÊNCIA

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

7. CESSAÇÃO DE COBERTURA

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

7.1.1.Para o Segurado:

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

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

8. PRÊMIO

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

9. FRANQUIA

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

10. ÂMBITO TERRITORIAL DE COBERTURA

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

11. PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO

11.1. As despesas efetuadas no exterior devem ser ressarcidas em Reais (R$) com base no câmbio oficial de venda na data:
11.2. do efetivo pagamento realizado pelo Segurado, respeitando-se os limites de Capitais Segurados estabelecidos contratualmente para esta cobertura .
11.3. Possuindo o Segurado mais de um contrato de seguro, nesta ou em outra Seguradora e que garanta o reembolso de Despesas Médico-Hospitalares e Odontológicas, a responsabilidade desta Seguradora por este Seguro será igual, em cada cobertura , à importância obtida pelo rateio do total dos gastos efetuados proporcionalmente aos limites segurados para cada cobertura em todas as apólices em vigor na data da ocorrência do acidente.
11.4. A Seguradora poderá estabelecer acordos ou convênios com os prestadores de serviço médico-hospitalares e odontológicos para que o Segurado possa ter acesso ao serviço médico sem a necessidade de desembolso do valor. Porém, a utilização ou não destes prestadores conveniados deve ficar a critério exclusivo do Segurado.

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

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

- Aviso de sinistro preenchido e assinado (formulário padrão MetLife);
- Formulário "Autorização para Crédito de Indenização" (Formulário padrão MetLife) devidamente preenchido e assinado pelo Segurado;
- Cópias do RG CPF e do comprovante de residência do Segurado;
- Cópia do BO (Boletim de Ocorrência Policial) e/ou CAT (Comunicação de Acidente de Trabalho), se houver;
- Cópia da CNH (Carteira Nacional de Habilitação), em caso de acidente com veículo dirigido pelo Segurado;
- Relatório médico informando desde quando o segurado recebeu o primeiro diagnóstico das doenças registradas na Declaração/Certidão de Óbito, descrição da evolução clínica e data em que iniciou o tratamento;
- Cópia de todos os documentos médicos e exames realizados;
- Cópia do Laudo do Exame de Dosagem Alcoólica e/ou Toxicológico, se realizado;
- Cópia do Laudo da Perícia Técnica realizado no local do acidente, se houver;
- Radiografias e/ou resultados dos exames realizados;
- Notas fiscais e recibos originais das despesas médicas, hospitalares e/ou odontológicas. As notas fiscais referentes a despesas com medicamentos devem ser acompanhadas das respectivas prescrições médicas. No caso de retenção das Notas Fiscais originais pela Seguradora garantidora do seguro brigatório DPVAT, em caso de acidente automobilístico, serão aceitas cópias autenticadas das Notas Fiscais, desde que acompanhadas de declaração emitida pelo responsável da referida seguradora, indicando quais as notas originais retidas, e informando o valor que será reembolsado a título de primeiro risco através do DPVAT;
- Cópia da Ficha de Registro de Empregado, quando tratar-se de Apólice Coletiva, cujo Vínculo prévio seja empregatício;
- Cópia dos 3 (três) últimos comprovantes de salário, quando tratar-se de Apólice Coletiva, cujo Vínculo prévio seja empregatício;
- Cópia do Certificado Individual do Seguro;
- Cópia da Conta da Concessionária com vencimento imediatamente anterior à ocorrência do Sinistro, quando tratar-se de Apólice cuja cobrança seja efetuada por intermédio de Conta de Concessionária;
- Cópia do comprovante de quitação da Conta da Concessionária indicada no item anterior.

DOCUMENTOS DO CONTRATANTE DAS DESPESAS (SE NÃO É O SEGURADO):
- Cópia do RG (se pessoa física);

• Cópia do CPF (se pessoa física);
• Cópia do Contrato Social (se pessoa jurídica, mesmo que seja o Estipulante);
• Cópia do Comprovante de Residência (se pessoa física);
• Autorização para Pagamento nominal ao contratante das despesas (formulário Padrão MetLife);

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

12. DISPOSIÇÕES GERAIS

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

COBERTURA DE VERBAS RESCISÓRIAS (VR)

1. OBJETIVO

1.1. Esta cobertura, desde que contratada, garante ao Estipulante o pagamento de uma Indenização, a título de reembolso das despesas com pagamento de verbas rescisórias, respeitados os limites estabelecidos contratualmente, em consequência exclusiva de morte do Segurado, seja decorrente de causa natural ou acidental, exceto se decorrente de Riscos Excluídos, observados os demais termos desta cobertura , das Condições Gerais e as demais Disposições Contratuais.
1.2. A presente cobertura somente poderá ser contratada em conjunto com a cobertura de Morte ou Morte Acidental e a ela se vincula, de forma que somente será devida, se caracterizada a cobertura relativa à cobertura de Morte ou Morte Acidental.

2. RISCOS EXCLUÍDOS

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

a)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.

b) conhecimento do Segurado e não declaradas no ato da contratação, bem como os acidentes sofridos pelo Segurado antes da contratação do seguro;

c)quaisquer valores referentes a débitos do empregado junto ao empregador, tais como, mas não se limitando a, empréstimos contraídos, quaisquer convênios (farmácias, academias, entre outros), associações com grêmios, aquisição de bens da empresa, mesmo que lançados nas verbas rescisórias como outros descontos

2.2. Na hipótese de contratação da cobertura de Verbas Rescisórias conjuntamente com a cobertura de Morte Acidental, além dos riscos expressamente excluídos informados no item 5 das Condições Gerais , estão também excluídos os eventos ocorridos em consequência, direta ou indireta de e/ou relacionados a:
a) perturbações e intoxicações alimentares de qualquer espécie;
b) eventos causados exclusivamente pela não utilização, pelo Segurado, de equipamentos de segurança exigidos por lei;
c) eventos causados exclusivamente pela ausência de habilitação do Segurado para condução de veículo automotor;
d) eventos em que o Segurado tenha intencionalmente atentado contra a vida e integridade física de outrem, consumado ou não, exceto em caso de legítima defesa ou assistência à pessoa em perigo.

3. CAPITAL SEGURADO

3.1. O Capital Segurado para esta cobertura será estabelecido contratualmente e deverá constar nos respectivos Certificados Individuais do Seguro.
3.2. Para fins desta cobertura , considera-se como data do evento, para efeito de determinação do Capital

Segurado, a data do falecimento do Segurado no caso de Morte natural e a data da ocorrência do acidente, no caso de Morte Acidental.

4. INÍCIO DE VIGÊNCIA

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

5. CESSAÇÃO DE COBERTURA

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

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

6. PRÊMIO

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

7. ÂMBITO TERRITORIAL DE COBERTURA

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

8. PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO

8.1. Os elementos essenciais para aferição e decisão sobre a existência de Cobertura, referentes à presente Cobertura são:
(i) o aviso de sinistro totalmente preenchido e
(ii) a entrega dos documentos associados à Cobertura pleiteada, conforme abaixo:
Para a análise do pagamento da Indenização, respeitado o disposto nas Condições Gerais item 20., além do aviso de sinistro devidamente preenchido, deverão ser apresentados os seguintes documentos:

a) Morte decorrente de doença

- Aviso de sinistro preenchido e assinado (formulário padrão MetLife);
- Formulário "Autorização para Crédito de Indenização" (formulário padrão MetLife), devidamente preenchido e assinado por cada um dos Beneficiários;
- cópias do RG, CPF (e comprovantes de residência do Segurado e do(s) Beneficiário(s);
- cópia da Certidão de Óbito do Segurado;
- cópia do Termo de Rescisão do Contrato de Trabalho, devidamente assinado pelo empregador e pelo representante do empregado, quando se tratar de Apólice Coletiva, cujo Vínculo prévio seja empregatício;
- cópia dos 3 (três) últimos comprovantes de salário, quando se tratar de Apólice Coletiva, cujo vínculo prévio seja empregatício;
- comprovante de indicação de Beneficiário(s) assinado pelo Segurado;
- cópia do Certificado Individual do Seguro;
- cópia da Conta da Concessionária com vencimento imediatamente anterior à ocorrência do sinistro, quando tratar-se de Apólice cuja cobrança seja efetuada por intermédio de Conta de Concessionária;
- cópia do comprovante de quitação da Conta da Concessionária indicada no item anterior;
- cópia do Termo de Rescisão do Contrato de Trabalho discriminando as verbas rescisórias pagas, devidamente assinado pelo Beneficiário indicado pelo empregado perante o INSS e pelo empregador/Estipulante.

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

- cópia do BO (Boletim de Ocorrência Policial) e/ou CAT (Comunicação de Acidente do Trabalho),se Acidente do Trabalho),;
- cópia do Laudo do Necroscópico - IML (Instituto Médico-Legal), se realizado;
- cópia da CNH (Carteira Nacional de Habilitação), em caso de acidente com veículo dirigido pelo Segurado;
- cópia do Laudo do Exame de Dosagem Alcoólica e/ou Toxicológico, se realizado(s);
- cópia do laudo da perícia técnica realizada no local do acidente, se houver;
- cópia do Termo de Rescisão do Contrato de Trabalho discriminando as verbas rescisórias pagas, devidamente assinado pelo Beneficiário indicado pelo empregado perante o INSS e pelo empregador/Estipulante.

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

9. DISPOSIÇÕES GERAIS

9.1. Esta Cobertura faz parte integrante das Condições Gerais da Apólice. As normas constantes desta

cobertura, por serem mais específicas, prevalecem sobre quaisquer dispositivos existentes nas Condições Gerais que, em relação a esta cobertura , têm função subsidiária.

COBERTURA DE VERBAS RESCISÓRIAS POR ACIDENTE (VRA)

1. OBJETIVO

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

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

2. RISCOS EXCLUÍDOS

2.1. Além dos riscos expressamente excluídos na cláusula 5 das Condições Gerais, estão também excluídos desta cobertura , os eventos ocorridos em consequência, direta ou indireta de e/ou relacionados a:
a) acidentes ocorridos anteriormente à contratação do seguro;
b) perturbações e intoxicações alimentares de qualquer espécie;
c) eventos causados exclusivamente pela não utilização, pelo Segurado, de equipamentos de segurança exigidos por lei;
d) eventos causados exclusivamente pela ausência de habilitação do Segurado para condução de veículo automotor;
e) eventos em que o Segurado tenha intencionalmente atentado contra a vida e integridade física de outrem, consumado ou não, exceto em caso de legítima defesa ou assistência à pessoa em perigo;
f) a quaisquer valores referentes a débitos do empregado junto ao empregador, tais como, mas não se limitando a, empréstimos contraídos, quaisquer convênios (farmácias, academias, entre outros), associações com grêmios, aquisição de bens da empresa, mesmo que lançados nas verbas rescisórias como outros descontos.

3. CAPITAL SEGURADO

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

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

4. INÍCIO DE VIGÊNCIA

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

5. CESSAÇÃO DE COBERTURA

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

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

6. PRÊMIO

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

7. ÂMBITO TERRITORIAL DE COBERTURA

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

8. PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO

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

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

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

- Aviso de sinistro preenchido e assinado (formulário padrão MetLife);
- Formulário "Autorização para Crédito de Indenização" (formulário padrão MetLife), devidamente preenchido e assinado por cada um dos Beneficiários;
- cópias do RG, CPF e comprovantes de residência do Segurado e do(s) Beneficiário(s);
- cópia da Certidão de Óbito do Segurado;
- cópia do BO (Boletim de Ocorrência Policial) e/ou CAT (Comunicação de Acidente do Trabalho), se Acidente do Trabalho),;
- cópia do Laudo do Necroscópico - IML (Instituto Médico-Legal), se realizado;
- cópia da CNH (Carteira Nacional de Habilitação), em caso de acidente com veículo dirigido pelo Segurado;
- cópia do Laudo do Exame de Dosagem Alcoólica e/ou Toxicológico, se realizado(s);
- cópia do laudo da perícia técnica realizada no local do acidente, se houver;
- cópia do Termo de Rescisão do Contrato de Trabalho, devidamente assinado pelo empregador e pelo representante do empregado, quando se tratar de Apólice Coletiva, cujo Vínculo prévio seja empregatício;
- cópia do Termo de Rescisão do Contrato de Trabalho discriminando as verbas rescisórias pagas, devidamente assinado pelo Beneficiário indicado pelo empregado perante o INSS e pelo empregador/Estipulante.
- cópia dos 3 (três) últimos comprovantes de salário, quando se tratar de Apólice Coletiva, cujo Vínculo prévio seja empregatício;
- comprovante de indicação de Beneficiário(s) assinado pelo Segurado;
- cópia do Certificado Individual do Seguro;
- cópia da Conta da Concessionária com vencimento imediatamente anterior à ocorrência do Sinistro, quando tratar-se de Apólice cuja cobrança seja efetuada por intermédio de Conta de Concessionária;
- cópia do comprovante de quitação da Conta da Concessionária indicada no item anterior;
- cópia do Termo de Rescisão do Contrato de Trabalho discriminando as verbas rescisórias pagas, devidamente assinado pelo Beneficiário indicado pelo empregado perante o INSS e pelo empregador/Estipulante.

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

9. DISPOSIÇÕES GERAIS

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

COBERTURA DE DOENÇA CONGÊNITA DE FILHOS (DCF)

1. OBJETIVO

1.1. Esta cobertura, desde que contratada, garante ao Segurado o pagamento de uma Indenização, em caso de diagnóstico de Doença Congênita incapacitante que comprometa o desenvolvimento neuropsicomotor de seu(s) filho(s), exceto se decorrente de Riscos Excluídos, observados **os demais termos desta cobertura, das Condições Gerais e as demais Disposições Contratuais.**

1.2. A presente cobertura somente poderá ser contratada em conjunto com a cobertura de Morte.

2. DEFINIÇÃO

1.3. Doença Congênita: as disfunções fisiológicas de origem sistêmica bem como as provocadas por más formações anatômicas, presentes no nascimento, diagnosticadas e comprovadas como congênitas, por uma declaração de médico especialista. Em caso de nascimento de mais de uma criança, no mesmo parto, e constatado a doença para todos os filhos, o capital segurado será dividido proporcionalmente pela quantidade de filhos nascidos vivos.

3. RISCOS EXCLUÍDOS

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

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

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

4. CAPITAL SEGURADO

4.1.O Capital Segurado para esta cobertura será estabelecido contratualmente e deverá constar nos respectivos Certificados Individuais do Seguro.
4.2. Para fins desta cobertura, considera-se como data do evento, para determinação do Capital Segurado, a data de constatação do comprometimento do desenvolvimento neuropsicomotor do filho, atestado pelo médico assistente do mesmo, devendo ser caracterizada durante a vigência da apólice e comprovada por documentação médica pertinente e reconhecida pela Seguradora.

5. INÍCIO DE VIGÊNCIA

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

6. CESSAÇÃO DE COBERTURA

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

6.1.1.Para o Segurado:

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

7. PRÊMIO

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

8. ÂMBITO TERRITORIAL DE COBERTURA

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

9. CARÊNCIA

9.1. O período de Carência poderá ser estabelecido contratualmente, respeitado o limite máximo de até 50% (cinquenta por cento) do período de vigência da Apólice e será contado a partir do início de vigência individual.
9.2. O período de Carência poderá, a critério da Seguradora, ser reduzido ou substituído por Declaração Pessoal de Saúde e/ou por Exame Médico.
9.3. 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

- Formulário “Autorização para Crédito de Indenização” (formulário padrão MetLife), devidamente preenchido e assinado pelo Segurado;
- Cópia da Certidão de Nascimento do filho do Segurado;
- Cópias do RG, CPF e comprovante de residência do Segurado;
- Relatório médico e resultados de exames complementares que comprovem o comprometimento do desenvolvimento neuropsicomotor do filho do Segurado;
- Relatório médico informando desde quando o segurado recebeu o primeiro diagnóstico das doenças

registradas na Declaração/Certidão de Óbito, descrição da evolução clínica e data em que iniciou o tratamento;
- Cópia de todos os documentos médicos e exames realizados;
- Cópia da Ficha de Registro de Empregado, quando tratar-se de Apólice Coletiva, cujo Vínculo prévio seja empregatício;
- Cópia dos 3 (três) últimos comprovantes de salário, quando tratar-se de Apólice Coletiva, cujo Vínculo prévio seja empregatício;
- Cópia do Certificado Individual do Seguro;
- Cópia da Conta da Concessionária com vencimento imediatamente anterior à ocorrência do Sinistro, quando tratar-se de Apólice cuja cobrança seja efetuada por intermédio de Conta de Concessionária;
- Cópia do comprovante de quitação da Conta da Concessionária indicada no item anterior.

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 DOENÇAS GRAVES (DG)

1. OBJETIVO

1.1. Esta Cobertura, desde que contratada, garante ao Segurado, após o período de Carência, o pagamento de uma Indenização, em caso de diagnóstico(s) de doença(s) grave(s) prevista(s) nesta Cobertura, **exceto se decorrente de Riscos Excluídos, observados os demais termos desta Cobertura, das Condições Gerais e as demais Disposições Contratuais.**

1.2. Será estabelecido contratualmente se a Indenização relativa à presente Cobertura será ou não antecipada do Capital Segurado da Cobertura de Morte, na hipótese de Evento Coberto, quando a sua contratação for conjugada com a Cobertura de Morte.

1.3. Esta Cobertura poderá ser contratada com cobertura apenas para o **1º (primeiro) diagnóstico ou para mais de um diagnóstico de Doenças Graves**, conforme estabelecido contratualmente

2. FRANQUIA

2.1 O período de franquia poderá ser estabelecido contratualmente, respeitado o limite máximo de 90 (noventa) dias, durante o qual o Segurado não fará jus a garantia desta Cobertura, na hipótese de ocorrência de seu falecimento em decorrência do mesmo diagnóstico da doença grave verificada, sem prejuízo do cumprimento do prazo de Carência. A contagem do período de até 90 (noventa) dias se iniciará na data do diagnóstico da doença grave.

3. DESCRIÇÃO DAS DOENÇAS GRAVES

3.1. As Disposições Contratuais deverão estabeleceda (s) doença(s) grave(s) a seguir descritas estarão cobertas pelo presente seguro.

3.1.1. Câncer (neoplasia): é a doença caracterizada pela presença de um tumor maligno (crescimento descontrolado de células malignas com disseminação e invasão dos tecidos). O termo Câncer também inclui leucemia e doenças malignas do sistema linfático. O diagnóstico de Câncer deve ser confirmado pela evidência histológica de malignidade por oncologista ou patologista.

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

3.1.3. Angioplastia Coronária: procedimento cirúrgico realizado para corrigir o estreitamento ou obstrução de uma ou mais artérias coronárias utilizando um cateter específico chamado balão de angioplastia. Será passível de cobertura exclusivamente a angioplastia coronária em artéria com estreitamento de pelo menos 50% (cinquenta por cento) do seu diâmetro interno.

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

3.1.5. Cirurgia de Válvula do Coração: cirurgia cardíaca convencional que visa recuperar ou substituir

uma ou mais válvulas cardíacas, indicada por cirurgião cardíaco, respaldado por exames complementares apropriados.

3.1.6. Cirurgia da Aorta: cirurgia cardíaca convencional que visa corrigir qualquer doença da artéria aorta por excisão de uma parte doente desta artéria e substituição por enxerto. Estará coberta exclusivamente a cirurgia da artéria aorta em sua porção torácica e abdominal, excluindo-se todos seus ramos. A cirurgia deve ser indicada por cirurgião cardíaco, respaldado por exames complementares apropriados.

3.1.7. Derrame (Acidente Vascular Cerebral): isquemia cerebral (diminuição ou interrupção do fluxo sanguíneo em áreas do cérebro) e/ou hemorragia intracraniana, que produz sequela neurológica definitiva, comprovada após seis meses da data do diagnóstico.

3.1.8. Doença de Alzheimer: doença degenerativa do cérebro **que produz a perda das habilidades de pensar, raciocinar e memorizar, que afeta as áreas da linguagem, que produz alterações no comportamento. A caracterização da cobertura se dará mediante diagnóstico feito** por neurologista e mediante a **comprovação da necessidade do auxílio ao Segurado por outra pessoa para realização de atividades cotidianas, incluindo a alimentação e higiene.**

3.1.9. Doença (ou Mal) de Parkinson: doença degenerativa do sistema nervoso central, lenta e progressiva, caracterizada pela perda de neurônios em uma região específica do cérebro, que produz a diminuição de dopamina, alterando os movimentos chamados extrapiramidais (não voluntários). A caracterização da cobertura se dará mediante diagnóstico feito por neurologista e mediante a comprovação da necessidade do auxílio ao Segurado por outra pessoa para realização de atividades cotidianas, incluindo a alimentação e higiene.

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

3.1.11. Coma: estado patológico caracterizado por perda da consciência e ausência de resposta aos estímulos externos auditivos, visuais, olfativos, tácteis etc. (estado não-despertável) persistindo continuamente com o uso de ventilação mecânica invasiva por um período mínimo de 96 (noventa e seis) horas e resultando em falha neurológica permanente.

3.1.12.Tumor Cerebral Benigno: é o tumor benigno no cérebro que provoca sequelas neurológicas permanentes. A cobertura se restringe aos tumores cerebrais benignos acompanhados obrigatoriamente de hidrocefalia.

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

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

3.1.15. Doença do Neurônio Motor: doença caracterizada por defeito na unidade motora do neurônio que afete ou os músculos ou nervos provocando sequelas neurológicas definitivas. A caracterização da cobertura se dará mediante diagnóstico feito por neurologista.

3.1.16.Paralisia de Membros: perda total e irreversível da função muscular e sensitiva do conjunto de dois ou mais membros, como resultado de acidente ou doença.

3.1.17. Perda de Membros: amputação de dois ou mais membros provocados por acidente ou doença. Será considerada coberta exclusivamente a amputação ocorrida acima do cotovelo ou punho para membros superiores e acima do joelho ou tornozelo para membros inferiores. Os níveis de amputação a serem cobertos (cotovelo ou punho e joelho ou tornozelo) deverão ser estabelecidos contratualmente.

3.1.18. Enfisema Pulmonar: doença crônica caracterizada pela destruição parcial ou total do tecido pulmonar que se torna hiper insuflado. A caracterização da cobertura se dará mediante diagnóstico feito por pneumologista.

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

3.1.20. Cegueira: ocorrência de cegueira legal decorrente de acidente ou doença. Considera-se como cegueira legal a acuidade visual igual ou inferior a 20/200

no melhor olho com a sua melhor correção, e/ou campo visual igual ou inferior a 20 graus em seu melhor olho.

3.1.21. Surdez: perda total e irreversível da audição em ambos os ouvidos.

3.1.22. Perda da fala: perda total e irreversível da capacidade de falar decorrente de acidente ou doença**.**

3.1.23. Queimadura de terceiro grau: queimaduras de terceiro grau que atingem pelo menos 20% (vinte por cento) da superfície corporal.

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

3.1.25. Câncer (Neoplasia) com metástase à distância: é a doença caracterizada pela presença de um tumor maligno (crescimento descontrolado de células malignas com disseminação e invasão dos tecidos). O termo Câncer também inclui leucemia e doenças malignas do sistema linfático. O diagnóstico de Câncer deve ser confirmado pela evidência histológica de malignidade por oncologista ou patologista. A cobertura de O Câncer (Neoplasia) com metástase à distância será decorrente da disseminação do câncer para outros órgãos;

3.1.26. Infarto Agudo do Miocárdio (Doenças Cardíacas) com insuficiência cardíaca – necrose (morte celular) de parte do músculo cardíaco em consequência de um fluxo sanguíneo inadequado, diagnosticado por cardiologista e comprovado por meio de exames complementares. O diagnóstico será baseado nos seguintes critérios: história de dor precordial típica, alterações eletrocardiográficas específicas de isquemia e aumento das enzimas cardíacas. A cobertura de Infarto Agudo do Miocárdio (Doenças Cardíacas) com insuficiência cardíaca será decorrente a insuficiência cardíaca Classe Funcional III ou IV da New York Heart Association (NYHA), apesar da terapêutica, com fração de ejeção de ventrículo esquerdo menor ou igual a 40% (fórmula de Teichholz).

3.1.27.Insuficiência Renal Crônica (Doenças Renais) com clearance de creatinina; estágio final da doença renal, caracterizada pela perda funcional de ambos os rins, diagnosticada por nefrologista, que necessita de diálise peritoneal, hemodiálise e/ou transplante renal. Procedimentos para regulação dos sinistros. A cobertura Insuficiência Renal Crônica (Doenças Renais) com clearance de creatinina será decorrente de clearance de creatinina menor que 15 ml/min, com terapia renal substitutiva (hemodiálise ou diálise peritoneal) permanente.

3.2. Todas as Doenças Graves deverão ser comprovadas por meio de resultados de exames complementares apropriados ao caso e aceitos pela comunidade médico científica, e demais documentos estabelecidos no item Pagamento da Indenização das Condições Gerais.

4.RISCOS EXCLUÍDOS

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

a)doenças e acidentes preexistentes, assim entendido: estados mórbidos e doenças contraídas anteriormente à contratação do seguro, de conhecimento do Segurado e não declaradas no ato da contratação, bem como os acidentes sofridos pelo Segurado antes da contratação do seguro
b)Para Câncer (neoplasia): qualquer Câncer não invasivo (in situ), Doença de Hodgkin na fase I, todos o Câncer de pele com exceção do melanoma maligno invasivo (a partir da classificação Clark nível III), qualquer tumor em portadores de vírus da imunodeficiência humana, carcinoma micropapilar da bexiga e leucemia linfocítica crônica (classificação Rai menor que III);
c)Para Infarto Agudo do Miocárdio: infartos do miocárdio anteriores a contratação do seguro, infarto que não produz elevação no segmento ST no Eletrocardiograma, bem como os infartos ocorridos dentro da vigência da Apólice decorrentes de doenças preexistentes à contratação;
d)Para Angioplastia Coronária: angioplastia de estreitamentos inferiores a 50% (cinquenta por cento) do diâmetro interno da artéria coronária;
e) Para Cirurgia de Revascularização do Miocárdio (Artéria Coronária): angioplastia e/ou qualquer procedimento intra-arterial, tratamento a laser e/ou qualquer outro tratamento não cirúrgico, bem como cirurgias de revascularização decorrentes de lesões coronarianas preexistentes à contratação do seguro;
f)Para Cirurgia de Válvula do Coração (cardíaca): quando não for necessária a substituição da válvula cardíaca que apresente alterações clínicas, bem como a cirurgia decorrente de lesão de válvula cardíaca com origem anterior à vigência da Apólice;
g) Para Cirurgia da Aorta: quando não for realizado procedimento cirúrgico para implante de prótese ou clipagem de aneurisma na aorta, procedimentos em ramos da artéria aorta, bem como as cirurgias de aorta decorrentes de doenças preexistentes à contratação do seguro;
h) Para Derrame (Acidente Vascular Cerebral): ataques isquêmicos transitórios; alteração neurológica não resultante de acidente vascular cerebral isquêmico e/ou hemorrágico e lesão

cerebral resultante de trauma; não estão cobertos ainda os derrames decorrentes de doenças preexistentes à contratação do seguro, ainda que o derrame ocorra dentro do período de vigência da Apólice;
i) Para Doença de Alzheimer: doença na fase inicial onde não existe comprometimento cognitivo (*Clinical Dementia Rating* <1);
j) Para Esclerose Múltipla: doença na fase caracterizada por surtos de exacerbação-remissão;
k) Para Tumor Cerebral Benigno: tumores de glândula hipófise;
l) Para Danos Cerebrais Anatômicos: todos os danos cerebrais causados por doenças orgânicas e psicossomáticas;
m) Para Distrofia Muscular: doença na fase inicial sem perda funcional comprovada e doença não confirmada por exame histológico;
n) Para Paralisia de Membros: qualquer forma de paralisia temporária e/ou transitória;
o) Para Enfisema Pulmonar: asma e/ou bronquite, quando não dependentes de oxigênio contínuo;
p) Para Insuficiência Renal Crônica: insuficiência renal aguda e/ou Insuficiência Renal Crônica que não necessite de diálise peritoneal, hemodiálise e/ou transplante renal;
q) Para Transplantes de Órgãos: qualquer autotransplante, demais órgãos ou células, exceto os cobertos citados no item 3.1.24.

5. CAPITAL SEGURADO

5.1. O Capital Segurado para esta Cobertura será estabelecido contratualmente e deverá constar nos respectivos Certificados Individuais do Seguro.
5.2. Para fins desta Cobertura, considera-se como data do evento, para efeito de determinação do Capital Segurado, a data do diagnóstico comprovado da doença grave.

6. REINTEGRAÇÃO DO CAPITAL SEGURADO

6.1 Somente na hipótese de contratação de cobertura para mais de um diagnóstico de Doenças Graves, o Capital Segurado relativo a esta Cobertura será reintegrado, de forma automática, após ocorrência de cada Evento Coberto. A reintegração nestes casos será total e sem cobrança de Prêmio adicional, exceto quando decorrentes de um mesmo evento.

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

7. INÍCIO DE VIGÊNCIA

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

8. CESSAÇÃO DE COBERTURA

8.1 Para fins desta cobertura se aplicam as hipóteses previstas nos itens 13, 14 e 22 das Condições Gerais.

9. PRÊMIO

9.1 O Prêmio referente a esta Cobertura estará previsto contratualmente.

9.2 Nos casos em que houver cobrança de prêmio adicional, para a Garantia de Doença Graves/Antecipação, o prêmio do seguro deverá ser cobrado de acordo com o Capital Segurado remanescente, ou seja, sobre a diferença entre o capital Segurado total e o valor do Capital Segurado Antecipado.

10. ÂMBITO TERRITORIAL DE COBERTURA

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

11. CARÊNCIA

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

11.2 O período de Carência poderá, a critério da Seguradora, ser reduzido ou substituído por Declaração Pessoal de Saúde e/ou por Exame Médico.

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

- Aviso de sinistro preenchido e assinado (formulário padrão MetLife);
- Formulário "Autorização para Crédito de Indenização" (formulário padrão MetLife), devidamente preenchido e assinado por cada um dos Beneficiários;
- cópias do RG, CPF (e comprovante de residência do Segurado;
- Cópia de todos os documentos médicos e exames realizados;
- cópia da Ficha de Registro do empregado, quando se tratar de Apólice Coletiva, cujo Vínculo prévio seja empregatício.
- cópia dos 3 (três) últimos comprovantes de salário, quando se tratar de Apólice Coletiva, cujo Vínculo prévio seja empregatício;
- cópia do Certificado Individual do Seguro;
- cópia da Conta da Concessionária com vencimento imediatamente anterior à ocorrência do Sinistro, quando tratar-se de Apólice cuja cobrança seja efetuada por intermédio de Conta de Concessionária;
- cópia do comprovante de quitação da Conta da Concessionária indicada no item anterior.

Documentos complementares de acordo com a Doença Grave diagnosticada:

- Para Câncer (neoplasia): resultado do exame anatomopatológico;
- Para Infarto Agudo do Miocárdio: resultado dos exames, Eletrocardiograma, Enzimas Cardíacas, Ecocardiograma, Cintilografia Cardíaca;
- Para Angioplastia Coronária: resultado do exame de angiografia com a Descrição do Procedimento de Angioplastia assinada pelo cardiologista responsável;
- Para Cirurgia de Revascularização do Miocárdio (Artéria Coronária): Relatório completo e detalhado da Cirugia devidamente assinado pelo cirurgião responsável;
- Para Cirurgia de Válvula do Coração: prontuário hospitalar e Relatório completo e detalhado da Cirurgia devidamente assinado pelo cirurgião responsável e Resultado do Ecocardiograma;
- Para Cirurgia da Aorta: Prontuário Hospitalar e Relatório completo e detalhado da Cirurgia devidamente assinado pelo cirurgião responsável;
- Para Derrame (Acidente Vascular Cerebral): resultado da Tomografia Computadorizada de Crânio;
- Para Doença de Alzheimer: laudo médico de Neurologista e/ou Psiquiatra;
- Para Doença (ou Mal) de Parkinson: laudo médico de Neurologista;
- Para Esclerose Múltipla: laudo médico de neurologista e Resultado da Eletroneuromiografia de membros inferiores e superiores;
- Para Coma: laudo médico atestado por dois Neurologistas;
- Para Tumor Cerebral Benigno: resultado da Tomografia Computadorizada de Crânio e exame Anatomopatológico;
- Para Danos Cerebrais Anatômicos: resultado da Tomografia Computadorizada de Crânio;
- Para Distrofia Muscular: laudo médico de Neurologista e resultado do exame Anátomo- patológico;
- Para Doença do Neurônio Motor: laudo médico atestado por dois Neurologistas e resultado de eletroneuromiografia dos quatros membros;
- Para Paralisia de Membros: resultado da Ressonância Nuclear Magnética da área Afetada e Eletroneuromiografia de membros inferiores;
- Para Perda de Membros: resultado de exame de raio-x do membro afetado;
- Para Enfisema Pulmonar: resultado da Prova de Função Pulmonar e Tomografia Computadorizada de Tórax;
- Para Insuficiência Renal Crônica: resultado dos exames da função renal;
- Para Cegueira: laudo médico de Oftalmologista e resultado de exames de acuidade visual e campimetria;
- Para Surdez: laudo médico de Otorrinolaringologista e resultado do exame de BERA;
- Para Perda da Fala: laudo médico de Otorrinolaringologista e resultado de exame de imagem de corda vocal;
- Para Queimadura de terceiro grau: laudo médico de Cirurgião Plástico;
- Para Transplante de Órgãos: prontuário Hospitalar com Relatório completo e detalhado da Cirurgia devidamente assinado pelo cirurgião responsável

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

13.2. Na hipótese em que Capital Segurado para esta Cobertura for antecipação do Capital Segurado para a Cobertura de Morte, não poderá ser contratada cobertura para mais de um diagnóstico de Doenças Graves.

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

COBERTURA DE DIÁRIA POR INTERNAÇÃO HOSPITALAR (DIH)

1. OBJETIVO

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

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

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

1.4. Esta cobertura poderá ser contratada para cônjuge, filhos e enteados do Segurado Principal, de acordo com a opção de plano contratado.

2. DEFINIÇÕES

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

2.2. Hospital: é qualquer estabelecimento legalmente constituído e licenciado, devidamente instalado e equipado para a prática de tratamentos médicos clínicos e/ou cirúrgicos a pessoas que deles necessitem. Não serão reconhecidas internações ocorridas em:
a) qualquer estabelecimento que não se enquadre na definição de Hospital acima;
b) instituições para atendimento de deficientes mentais e/ou doentes psiquiátricos, inclusive o departamento psiquiátrico de um hospital geral;
c) clínicas de repouso, asilos e assemelhados e/ou locais de acomodação para idosos;
d) clínicas e/ou locais de tratamento para recuperação de viciados em álcool, drogas e/ou entorpecentes;
e) instituição de saúde hidroterápica ou clínica de métodos curativos naturais;
f) casa de saúde para convalescentes e/ou reabilitação de quaisquer espécies;
g) clínicas de emagrecimento, rejuvenescimento ou "SPAs";
h) "Home care" (internação domiciliar).

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

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

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

3. RISCOS EXCLUÍDOS

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

a) 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.
b) gravidez tópica ou ectópica,
c) procedimentos e/ou tratamentos clínicos ou cirúrgicos para esterilidade, infertilidade, inseminação artificial, impotência sexual, controle de natalidade e bem como suas consequências;
d) cirurgia para correção de fimose;

e) tratamentos clínicos ou cirúrgicos experimentais e/ou não previstos no Código Brasileiro de Ética Médica e/ou não reconhecidos pelo Ministério da Saúde;
f) tratamento odontológico de qualquer espécie e suas consequências;
g) tratamentos clínicos ou cirúrgicos com finalidade estética;
h) cirurgias plásticas (estéticas ou não);
i) tratamentos para obesidade em qualquer modalidade, inclusive gastroplastia redutora;
j) tratamentos para senilidade, geriatria, rejuvenescimento e suas consequências;
k) diárias de internação não necessárias para o efetivo tratamento médico, tais como, mas não se limitando a, espera para a realização de cirurgia; disponibilidade para exames de diagnose; repouso; internação com a finalidade exclusiva de realização de exames de qualquer natureza para fins de avaliação do estado de saúde, inclusive check-up; internação para doação de órgãos;
l) doenças mentais e/ou psiquiátricas inclusive o "stress".

4. CAPITAL SEGURADO

4.1. O Capital Segurado para esta cobertura será estabelecido contratualmente e deverá constar nos respectivos Certificados Individuais do Seguro.
4.1.1 O Capital Segurado corresponde a cada diária de hospitalização devendo o seu valor ser multiplicado pelo Período de Hospitalização Indenizável, observados a Franquia e o Limite Máximo de Diárias Indenizáveis.
4.2. As Indenizações previstas nesta cobertura serão devidas a contar do término do período de Franquia e se estenderão até a alta, observado o Limite Máximo de Diárias Indenizáveis estabelecido contratualmente.
4.3. Para fins desta cobertura, considera-se como data do evento, para efeito de determinação do Capital Segurado, o primeiro dia da Hospitalização.

5. REINTEGRAÇÃO DO CAPITAL SEGURADO

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

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

5.3. O conjunto de ocorrências que tenham por origem ou causa o mesmo acidente ou a mesma doença será considerado um mesmo evento exceto quando o intervalo entre estas ocorrências for superior à 12 (doze) meses.

6. LIMITE DE DIÁRIAS

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

7. INÍCIO DE VIGÊNCIA

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

8. CESSAÇÃO DE COBERTURA

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

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

9. PRÊMIO

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

10. ÂMBITO TERRITORIAL DE COBERTURA

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

11. CARÊNCIA

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

11.2 O período de Carência poderá, a critério da Seguradora, ser reduzido ou substituído por Declaração Pessoal de Saúde e/ou por Exame Médico.

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

12. FRANQUIA

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

13. PAGAMENTO DA DIÁRIA POR INTERNAÇÃO HOSPITALAR

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

13.2. Em caso de falecimento do Segurado durante o Período de Hospitalização Indenizável, a(s) diária(s) devida(s) e eventualmente não indenizada(s) será(ão) paga(s) aos herdeiros legais.

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

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

- Aviso de sinistro preenchido e assinado (formulário padrão MetLife);
- formulário "Autorização para Crédito de Indenização" (formulário padrão MetLife), devidamente preenchido e assinado pelo Segurado ou, quando for o caso, por cada um dos Beneficiários;
- cópias do RG , CPF e comprovantes de residência do Segurado e, quando for o caso, de cada um dos Beneficiários;
- cópia do Prontuário Hospitalar completo;
- declaração 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 resultado de exames complementares realizados;
- Relatório médico informando desde quando o segurado recebeu o primeiro diagnóstico das doenças registradas na Declaração/Certidão de Óbito, descrição da evolução clínica e data em que iniciou o tratamento;
- cópia da Ficha de Registro de Empregado, quando tratar-se de Apólice Coletiva, cujo Vínculo prévio seja empregatício;
- cópia dos 3 (três) últimos comprovantes de salário, quando tratar-se de Apólice Coletiva, cujo Vínculo prévio seja empregatício;
- cópia do Certificado Individual do Seguro;
- cópia da Conta da Concessionária com vencimento imediatamente anterior à ocorrência do Sinistro, quando tratar-se de Apólice cuja cobrança seja efetuada por intermédio de Conta de Concessionária;
- cópia do comprovante de quitação da Conta da Concessionária indicada no item anterior.

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

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

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

14. ALTERAÇÃO DO PLANO

14.1 O Segurado Principal poderá alterar o plano mediante solicitação dirigida ao Estipulante.
14.2. A ALTERAÇÃO DO PLANO ESTARÁ SUJEITA À APROVAÇÃO PRÉVIA A EXCLUSIVO CRITÉRIO DA SEGURADORA E VIGORARÁ A PARTIR DO PRIMEIRO PAGAMENTO MENSAL E SERÁ RATIFICADA POR MEIO DO ENVIO DO NOVO CERTIFICADO INDIVIDUAL DE SEGURO AO SEGURADO.

15. DISPOSIÇÕES GERAIS

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

COBERTURA DE DIÁRIA DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR POR ACIDENTE (DIHA)

1. OBJETIVO

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

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

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

1.4. Esta cobertura poderá ser contratada pelo cônjuge, filhos e enteados do Segurado Principal, de acordo com a opção de plano contratado

2. DEFINIÇÕES

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

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

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

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

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

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

3. RISCOS EXCLUÍDOS

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

a) acidentes ocorridos anteriormente à contratação do seguro;
b) perturbações e intoxicações alimentares de qualquer espécie;
c) eventos causados exclusivamente pela não utilização, pelo Segurado, de equipamentos de segurança exigidos por lei;
d) eventos causados exclusivamente pela ausência de habilitação do Segurado para condução de veículo automotor;
e) eventos em que o Segurado tenha intencionalmente atentado contra a vida e integridade física de outrem, consumado ou não, exceto em caso de legítima defesa ou assistência à pessoa em perigo.
f) tratamentos clínicos ou cirúrgicos experimentais e/ou não previstos no Código Brasileiro de Ética Médica e/ou não reconhecidos pelo Ministério da Saúde;
g) tratamento odontológico de qualquer espécie e suas consequências;
h) tratamentos clínicos ou cirúrgicos com finalidade estética;
i) cirurgias plásticas (estéticas ou não);
j) diárias de internação não necessárias para o efetivo tratamento médico, tais como, mas não se limitando a, espera para a realização de cirurgia; disponibilidade para exames; internação com a finalidade exclusiva de realização de exames de qualquer natureza para fins de avaliação do estado de saúde, inclusive check-up.

4. CAPITAL SEGURADO

4.1. O Capital Segurado para esta cobertura será estabelecido contratualmente e deverá constar nos respectivos Certificados Individuais do Seguro.
4.1.1 O Capital Segurado corresponde a cada diária de hospitalização devendo o seu valor ser multiplicado pelo Período de Hospitalização Indenizável, observados a Franquia e o Limite Máximo de Diárias Indenizáveis

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

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

5. REINTEGRAÇÃO DO CAPITAL SEGURADO

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

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

6. LIMITE DE DIÁRIAS

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

7. INÍCIO DE VIGÊNCIA

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

8. CESSAÇÃO DE COBERTURA

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

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

9. PRÊMIO

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

10. FRANQUIA

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

11. ÂMBITO TERRITORIAL DE COBERTURA

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

12. PAGAMENTO DA DIÁRIA POR INTERNAÇÃO HOSPITALAR

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

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

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

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

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

- Aviso de sinistro preenchido e assinado (formulário padrão MetLife);
- Formulário "Autorização para Crédito de Indenização" (formulário padrão MetLife), devidamente preenchido e assinado pelo Segurado ou, quando for o caso, por cada um dos Beneficiários;
- Cópias do RG (), CPF () e comprovantes de residência do Segurado e, quando for o caso, de cada um dos Beneficiários;
- Cópia do Prontuário Hospitalar completo;
- Declaração em papel timbrado do Hospital, assinada e carimbada por seu 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 Acidente do Trabalho);
- Cópia da CNH (Carteira Nacional de Habilitação), em caso de acidente com veículo dirigido pelo Segurado;
- Cópia do Laudo do Exame de Dosagem Alcoólica e/ou Toxicológico, se realizado(s);
- Cópia do laudo da perícia técnica realizada no local do acidente, se houver;
- Cópia do resultado de exames complementares realizados;
- Cópia da Ficha de Registro de Empregado, quando tratar-se de Apólice Coletiva, cujo Vínculo prévio seja empregatício;
- Cópia dos 3 (três) últimos comprovantes de salário, quando tratar-se de Apólice Coletiva, cujo Vínculo prévio seja empregatício;
- Cópia do Certificado Individual do Seguro;
- Cópia da Conta da Concessionária com vencimento imediatamente anterior à ocorrência do Sinistro, quando tratar-se de Apólice cuja cobrança seja efetuada por intermédio de Conta de Concessionária;
- Cópia do comprovante de quitação da Conta da Concessionária indicada no item anterior.

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

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

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

13. ALTERAÇÃO DO PLANO

13.1. O Segurado Principal poderá alterar o plano mediante solicitação dirigida ao Estipulante.
13.1.1 A ALTERAÇÃO DO PLANO ESTARÁ SUJEITA À APROVAÇÃO PRÉVIA A EXCLUSIVO CRITÉRIO DA SEGURADORA E VIGORARÁ A PARTIR DO PRIMEIRO PAGAMENTO E SERÁ RATIFICADA POR MEIO DO ENVIO DO NOVO CERTIFICADO INDIVIDUAL DE SEGURO AO SEGURADO.

14. DISPOSIÇÕES GERAIS

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

COBERTURA DE AUXÍLIO MEDICAMENTO (AUXDIH)

1. OBJETIVO

1.1. Esta cobertura, desde que contratada, garante ao Segurado o pagamento de uma Indenização correspondente a 1 (uma) diária adicional à cobertura de Diária por Internação Hospitalar (DIH), em caso de sua hospitalização por período superior a 4 (quatro) diárias, causada por doença ou Acidente Pessoal cobertos, **exceto se decorrente de Riscos Excluídos, observados os demais termos desta cobertura, das**

Condições Gerais e as demais Disposições Contratuais.

1.2. A presente cobertura somente poderá ser contratada desde que contratada a cobertura de Diária de Internação Hospitalar (DIH)e somente será devida se reconhecida a Diária de Internação Hospitalar.

2. DEFINIÇÕES

2.1. Para fins desta cobertura prevalecem as disposições previstas no item "Definições" da cobertura de Diária por Internação Hospitalar (DIH).

3. RISCOS EXCLUÍDOS

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

a)gravidez tópica ou ectópica,
b)procedimentos e/ou tratamentos clínicos ou cirúrgicos para esterilidade, infertilidade, inseminação artificial, impotência sexual, controle de natalidade e, bem como suas consequências;
c)cirurgia para correção de fimose;
d) tratamentos clínicos ou cirúrgicos experimentais e/ou não previstos no Código Brasileiro de Ética Médica e/ou não reconhecidos pelo Ministério da Saúde;
e) tratamento odontológico de qualquer espécie e suas consequências;
f)tratamentos clínicos ou cirúrgicos com finalidade estética;
g) cirurgias plásticas (estéticas ou não);
h) tratamentos para obesidade em qualquer modalidade, inclusive gastroplastia redutora;
i)tratamentos para senilidade, geriatria, rejuvenescimento e suas consequências;
j) diárias de internação não necessárias para o efetivo tratamento médico, tais como, mas não se limitando a, espera para a realização de cirurgia; disponibilidade para exames de diagnose; repouso; internação com a finalidade exclusiva de realização de exames de qualquer natureza para fins de avaliação do estado de saúde, inclusive check-up; internação para doação de órgãos;
k) doenças mentais e/ou psiquiátricas inclusive o "stress".

4. CAPITAL SEGURADO

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

4.1.1. O Capital Segurado da diária adicional corresponde ao valor do Capital Segurado contratado para 01 (uma) diária da cobertura de Diária por Internação Hospitalar (DIH).

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

5. REINTEGRAÇÃO DO CAPITAL SEGURADO

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

6. INÍCIO DE VIGÊNCIA

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

7. CESSAÇÃO DE COBERTURA

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

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

8. PRÊMIO

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

9. ÂMBITO TERRITORIAL DE COBERTURA

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

10. CARÊNCIA

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

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

11. PAGAMENTO DO AUXÍLIO MEDICAMENTO

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

11.2 Os elementos essenciais para aferição e decisão sobre a existência de Cobertura, referentes à presente Cobertura são:
(i) o aviso de sinistro totalmente preenchido e
(ii) a entrega dos documentos associados à Cobertura pleiteada, conforme abaixo:
Para a análise do pagamento da Indenização, respeitado o disposto nas Condições Gerais item 20, além do aviso de sinistro devidamente preenchido, deverão ser apresentados os seguintes documentos:

- Aviso de sinistro preenchido e assinado (formulário padrão MetLife);
- Formulário "Autorização para Crédito de Indenização" (formulário padrão MetLife), devidamente preenchido e assinado pelo Segurado ou, quando for o caso, por cada um dos Beneficiários;
- Cópias do RG , CPF e comprovantes de residência do Segurado e, quando for o caso, de cada um dos Beneficiários;
- Cópia do Prontuário Hospitalar completo;
- Declaração em papel timbrado do Hospital, assinada por seu representante legal, indicando data e hora de entrada e de alta hospitalar, mencionando períodos de enfermaria e UTI;
- Cópia do resultado de exames complementares realizados;
- Cópia da Ficha de Registro de Empregado, quando tratar-se de Apólice Coletiva, cujo Vínculo prévio seja empregatício;
- Cópia dos 3 (três) últimos comprovantes de salário, quando tratar-se de Apólice Coletiva, cujo Vínculo prévio seja empregatício;
- Cópia do Certificado Individual do Seguro;
- Cópia da Conta da Concessionária com vencimento imediatamente anterior à ocorrência do Sinistro, quando tratar-se de Apólice cuja cobrança seja efetuada por intermédio de Conta de Concessionária;

Cópia do comprovante de quitação da Conta da Concessionária indicada no item anterior.

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

12. DISPOSIÇÕES GERAIS

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

COBERTURA DE AUXÍLIO MEDICAMENTO POR ACIDENTE (AMA)

1. OBJETIVO

1.1. Esta cobertura , desde que contratada, garante ao Segurado o pagamento de uma Indenização correspondente a 1 (uma) diária adicional à cobertura Diária de Internação Hospitalar por Acidente (DIHA), em caso de sua hospitalização por período superior a 4 (quatro) diárias, causada exclusivamente por Acidente Pessoal coberto por período superior ao estabelecido contratualmente, **exceto se decorrente de Riscos Excluídos, observados os demais termos desta cobertura , das Condições Gerais e as demais Disposições Contratuais.**

1.2. A presente cobertura somente poderá ser contratada desde que contratada a cobertura de Diária de Internação Hospitalar por Acidente (DIHA) somente será devida se reconhecida a Diária de Internação Hospitalar por Acidente

2. DEFINIÇÕES

2.1. Para fins desta cobertura prevalecem as disposições previstas no item "Definições" da cobertura de Diária de Internação Hospitalar por Acidente (DIHA).

3. RISCOS EXCLUÍDOS

3.1. Além dos riscos expressamente excluídos apresentados no item 5 das Condições Gerais, estão também excluídos da presente cobertura, os eventos ocorridos em consequência, direta ou indireta de e/ou relacionados a:
a) acidentes ocorridos anteriormente à contratação do seguro;

b) perturbações e intoxicações alimentares de qualquer espécie;
c) eventos causados exclusivamente pela não utilização, pelo Segurado, de equipamentos de segurança exigidos por lei;
d) eventos causados exclusivamente pela ausência de habilitação do Segurado para condução de veículo automotor;
e) eventos em que o Segurado tenha intencionalmente atentado contra a vida e integridade física de outrem, consumado ou não, exceto em caso de legítima defesa ou assistência à pessoa em perigo.
f) tratamentos clínicos ou cirúrgicos experimentais e/ou não previstos no Código Brasileiro de Ética Médica e/ou não reconhecidos pelo Ministério da Saúde;
g) tratamento odontológico de qualquer espécie e suas consequências;
h) tratamentos clínicos ou cirúrgicos com finalidade estética;
i) cirurgias plásticas (estéticas ou não);
j) diárias de internação não necessárias para o efetivo tratamento médico, tais como, mas não se limitando a, espera para a realização de cirurgia; disponibilidade para exames; internação com a finalidade exclusiva de realização de exames de qualquer natureza para fins de avaliação do estado de saúde, inclusive check-up.

4. CAPITAL SEGURADO

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

4.1.1. O Capital Segurado da diária adicional corresponde ao valor do Capital Segurado contratado para 01 (uma) diária da cobertura de Diária de Internação Hospitalar por Acidente (DIHA).

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

5. REINTEGRAÇÃO DO CAPITAL SEGURADO

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

6. INÍCIO DE VIGÊNCIA

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

7. CESSAÇÃO DE COBERTURA

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

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

8. PRÊMIO

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

9. ÂMBITO TERRITORIAL DE COBERTURA

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

10. PAGAMENTO DO AUXÍLIO MEDICAMENTO

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

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

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

assinado pelo Segurado ou, quando for o caso, por cada um dos Beneficiários;
- Cópias do RG, CPF e comprovantes de residência do Segurado e, quando for o caso, de cada um dos Beneficiários;
- Cópia do Prontuário Hospitalar completo;
- Declaração em papel timbrado do Hospital, assinada por seu representante legal, indicando data e hora de entrada e de alta hospitalar, mencionando períodos de enfermaria e UTI Cópia do BO (Boletim de Ocorrência Policial) e/ou CAT (Comunicação de Acidente do Trabalho), se Acidente do Trabalho);
- Cópia da CNH (Carteira Nacional de Habilitação), em caso de acidente com veículo dirigido pelo Segurado;
- Cópia do Laudo do Exame de Dosagem Alcoólica e/ou Toxicológico, se realizado(s);
- Cópia do laudo da perícia técnica realizada no local do acidente, se houver;
- Cópia do resultado de exames complementares realizados;
- Cópia da Ficha de Registro de Empregado, quando tratar-se de Apólice Coletiva, cujo Vínculo prévio seja empregatício;
- Cópia dos 3 (três) últimos comprovantes de salário, quando tratar-se de Apólice Coletiva, cujo Vínculo prévio seja empregatício;
- Cópia do Certificado Individual do Seguro;
- Cópia da Conta da Concessionária com vencimento imediatamente anterior à ocorrência do Sinistro, quando tratar-se de Apólice cuja cobrança seja efetuada por intermédio de Conta de Concessionária;
- Cópia do comprovante de quitação da Conta da Concessionária indicada no item anterior.

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

11. DISPOSIÇÕES GERAIS

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

COBERTURA DE DESPESAS DIVERSAS (DD)

1. OBJETIVO

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

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

2. DEFINIÇÃO

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

3. RISCOS EXCLUÍDOS

3.2. Além dos riscos expressamente excluídos apresentados no item 5 das Condições Gerais, estão também excluídos da presente cobertura, os eventos ocorridos em consequência, direta ou indireta de e/ou relacionados a:
a) acidentes ocorridos anteriormente à contratação do seguro;
b) 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.

3.1.1. Na hipótese, da contratação da cobertura de Despesas Diversas conjuntamente com a cobertura de Morte Acidental, além dos riscos expressamente excluídos de cobertura apresentados acima e dos apresentados no Conceito de Acidente Pessoal das Condições Gerais, estão também excluídos os eventos ocorridos em consequência, direta ou indireta de e/ou relacionados a:

a) perturbações e intoxicações alimentares de qualquer espécie;
b) eventos causados exclusivamente pela não utilização, pelo Segurado, de equipamentos de segurança exigidos por lei;
c) eventos causados exclusivamente pela ausência de habilitação do Segurado para condução de veículo automotor;
d) eventos em que o Segurado tenha intencionalmente atentado contra a vida e integridade física de outrem, consumado ou não, exceto em caso de legítima defesa ou assistência à pessoa em perigo.

4. CAPITAL SEGURADO

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

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

5. INÍCIO DE VIGÊNCIA

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

6. CESSAÇÃO DE COBERTURA

6.1. Além das hipóteses previstas nos itens 13, 14 e 22 das Condições Gerais, a cobertura do risco cessa ainda:
6.1.1.Para o Segurado:
a) simultaneamente, com o cancelamento da Apólice Coletiva ou da presente cobertura;
b) a partir da data em que ocorrer a exclusão do Segurado da Apólice Coletiva;
c) com o falecimento do Segurado;
d) com o pagamento da Indenização, se houver previsão de exclusão do Segurado da Apólice na respectiva cobertura contratada, que gerou a Indenização.

7. PRÊMIO

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

8. ÂMBITO TERRITORIAL DE COBERTURA

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

9. CARÊNCIA

9.1. O período de Carência poderá ser estabelecido contratualmente, respeitado o limite máximo de até 50% (cinquenta por cento) do período de vigência da Apólice e será contado a partir do início de vigência individual.
9.2. O período de Carência poderá, a critério da Seguradora, ser reduzido ou substituído por Declaração Pessoal de Saúde e/ou por Exame Médico.
9.3. 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: 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:

a) Morte decorrente de doença
- Aviso de sinistro preenchido e assinado (formulário padrão MetLife);
- Formulário "Autorização para Crédito de Indenização" (formulário padrão MetLife), devidamente preenchido e assinado por cada um dos Beneficiários;
- Cópias do RG CPF e comprovantes de residência do Segurado e do(s) Beneficiário(s);
- Cópia da Certidão de Óbito do Segurado;
- Cópia do Termo de Rescisão do Contrato de Trabalho, devidamente assinado pelo empregador e pelo representante do empregado, quando se tratar de Apólice Coletiva, cujo Vínculo prévio seja empregatício;
- Cópia dos 3 (três) últimos comprovantes de salário, quando se tratar de Apólice Coletiva, cujo Vínculo prévio seja empregatício;
- Comprovante de indicação de Beneficiário(s) assinado pelo Segurado;
- Cópia do Certificado Individual do Seguro;

- Cópia da Conta da Concessionária com vencimento imediatamente anterior à ocorrência do Sinistro, quando tratar-se de Apólice cuja cobrança seja efetuada por intermédio de Conta de Concessionária;
- Cópia do comprovante de quitação da Conta da Concessionária indicada no item anterior.

b) Morte decorrente de acidente

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

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

11. DISPOSIÇÕES GERAIS

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

COBERTURA DE DESPESAS DIVERSAS POR ACIDENTE - (DDA)

1. OBJETIVO

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

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

2. DEFINIÇÃO

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

3. RISCOS EXCLUÍDOS

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

a) acidentes ocorridos anteriormente à contratação do seguro
b) perturbações e intoxicações alimentares de qualquer espécie;
c) eventos causados exclusivamente pela não utilização, pelo Segurado, de equipamentos de segurança exigidos por lei;
d) eventos causados exclusivamente pela ausência de habilitação do Segurado para condução de veículo automotor;
e) eventos em que o Segurado tenha intencionalmente atentado contra a vida e integridade física de outrem, consumado ou não, exceto em caso de legítima defesa ou assistência à pessoa em perigo.

4. CAPITAL SEGURADO

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

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

5. INÍCIO DE VIGÊNCIA

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

6. CESSAÇÃO DE COBERTURA

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

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

7. PRÊMIO

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

8. ÂMBITO TERRITORIAL DE COBERTURA

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

9. PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO

9.1.Os elementos essenciais para aferição e decisão sobre a existência de Cobertura, referentes à presente Cobertura são:
(i)o aviso de sinistro totalmente preenchido e
(ii)a entrega dos documentos associados à Cobertura pleiteada, conforme abaixo:
Para a análise do pagamento da Indenização, respeitado o disposto nas Condições Gerais item 20., além do aviso de sinistro devidamente preenchido, deverão ser apresentados os seguintes documentos:

- Aviso de sinistro preenchido e assinado (formulário padrão MetLife);
- Formulário "Autorização para Crédito de Indenização" (formulário padrão MetLife), devidamente preenchido e assinado por cada um dos Beneficiários;
- Cópias do RG, CPF e comprovantes de residência do Segurado e do(s) Beneficiário(s);
- Cópia da Certidão de Óbito do Segurado;
- Cópia do BO. (Boletim de Ocorrência Policial) e/ou CAT (Comunicação de Acidente do Trabalho), se houver;
- Cópia do Laudo do Necroscópico - IML (Instituto Médico-Legal), se realizado;
- Cópia da CNH (Carteira Nacional de Habilitação), em caso de acidente com veículo dirigido pelo Segurado;
- Cópia do Laudo do Exame de Dosagem Alcoólica e/ou Toxicológico, se realizado(s);
- Cópia do laudo da perícia técnica realizada no local do acidente, se houver.
- Cópia do Termo de Rescisão do Contrato de Trabalho, devidamente assinado pelo empregador e pelo representante do empregado, quando se tratar de Apólice Coletiva, cujo Vínculo prévio seja empregatício;
- Cópia dos 3 (três) últimos comprovantes de salário, quando se tratar de Apólice Coletiva, cujo Vínculo prévio seja empregatício;
- Comprovante de indicação de Beneficiário(s) assinado pelo Segurado;
- Cópia do Certificado Individual do Seguro;
- Cópia da Conta da Concessionária com vencimento imediatamente anterior à ocorrência do Sinistro, quando tratar-se de Apólice cuja cobrança seja efetuada por intermédio de Conta de Concessionária;

Cópia do comprovante de quitação da Conta da Concessionária indicada no item anterior.

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

10. DISPOSIÇÕES GERAIS

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

COBERTURA DE AUXÍLIO FUNERAL - (AUXF)

1. OBJETIVO

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

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

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

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

2. DEFINIÇÃO

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

3. RISCOS EXCLUÍDOS

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

a) 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.

4. CAPITAL SEGURADO

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

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

.

5. INÍCIO DE VIGÊNCIA

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

6. CESSAÇÃO DE COBERTURA

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

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

7. PRÊMIO

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

8. ÂMBITO TERRITORIAL DE COBERTURA

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

9. CARÊNCIA

9.1. O período de Carência poderá ser estabelecido contratualmente, respeitado o limite máximo de até 50% (cinquenta por cento) do período de vigência da Apólice e será contado a partir do início de vigência individual.
9.2. O período de Carência poderá, a critério da Seguradora, ser reduzido ou substituído por Declaração Pessoal de Saúde e/ou por Exame Médico.
9.3. 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:
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:

a) Morte decorrente de doença

- Aviso de sinistro preenchido e assinado (formulário padrão MetLife);
- Formulário “Autorização para Crédito de Indenização” (formulário padrão MetLife), devidamente preenchido e assinado por cada um dos Beneficiários;
- Cópias do RG CPF e comprovantes de residência do Segurado e do(s) Beneficiário(s);
- cópia da Certidão de Óbito do Segurado;
- cópia do Termo de Rescisão do Contrato de Trabalho, devidamente assinado pelo empregador e pelo representante do empregado, quando se tratar de Apólice Coletiva, cujo Vínculo prévio seja empregatício;
- cópia dos 3 (três) últimos comprovantes de salário, quando se tratar de Apólice Coletiva, cujo Vínculo prévio seja empregatício;
- comprovante de indicação de Beneficiário(s) assinado pelo Segurado;
- cópia do Certificado Individual do Seguro;
- cópia da Conta da Concessionária com vencimento imediatamente anterior à ocorrência do Sinistro, quando tratar-se de Apólice cuja cobrança seja efetuada por intermédio de Conta de Concessionária;

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

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

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

11. DISPOSIÇÕES GERAIS

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

COBERTURA DE AUXÍLIO FUNERAL POR ACIDENTE (AUXFA)

1.OBJETIVO

1.1. Esta cobertura, desde que contratada, garante ao(s) Beneficiário(s) o pagamento de uma Indenização, em consequência exclusiva de Morte Acidental do Segurado, **exceto se decorrente de Riscos Excluídos, observados os demais termos desta cobertura, das Condições Gerais e as demais Disposições Contratuais.**
1.2. Será estabelecido contratualmente se a Indenização relativa à presente Cobertura será ou não deduzida do Capital Segurado da Cobertura de Morte Acidental, na hipótese de Evento Coberto.

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

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

2. DEFINIÇÃO

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

3. RISCOS EXCLUÍDOS

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

a) acidentes ocorridos anteriormente à contratação do seguro;
b) perturbações e intoxicações alimentares de qualquer espécie;
c) eventos causados exclusivamente pela não utilização, pelo Segurado, de equipamentos de segurança exigidos por lei;
d) eventos causados exclusivamente pela ausência de habilitação do Segurado para condução de veículo automotor;
e) eventos em que o Segurado tenha intencionalmente atentado contra a vida e integridade física de outrem, consumado ou não, exceto em caso de legítima defesa ou assistência à pessoa em perigo.

4. CAPITAL SEGURADO

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

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

5. INÍCIO DE VIGÊNCIA

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

6. CESSAÇÃO DE COBERTURA

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

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

7. PRÊMIO

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

8. ÂMBITO TERRITORIAL DE COBERTURA

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

9. PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO

9.1. Os elementos essenciais para aferição e decisão sobre a existência de Cobertura, referentes à presente Cobertura são:
(i)o aviso de sinistro totalmente preenchido e
(ii) a entrega dos documentos associados à Cobertura pleiteada, conforme abaixo:
Para a análise do pagamento da Indenização, respeitado o disposto nas Condições Gerais item 20, além do aviso de sinistro devidamente preenchido, deverão ser apresentados os seguintes documentos:

- Aviso de sinistro preenchido e assinado (formulário padrão MetLife);
- Formulário "Autorização para Crédito de Indenização" (formulário padrão MetLife), devidamente preenchido e assinado por cada um dos Beneficiários;
- cópias do RG, CPF e comprovantes de residência do Segurado e do(s) Beneficiário(s);
- cópia do BO (Boletim de Ocorrência Policial) e/ou CAT (Comunicação de Acidente do Trabalho), se Acidente do Trabalho),;
- cópia do Laudo do Necroscópico - IML (Instituto Médico-Legal), se realizado;
- cópia da CNH (Carteira Nacional de Habilitação), em caso de acidente com veículo dirigido pelo Segurado;
- cópia do Laudo do Exame de Dosagem Alcoólica e/ou Toxicológico, se realizado(s);
- cópia do laudo da perícia técnica realizada no local do acidente, se houver.
- cópia da Certidão de Óbito do Segurado;
- cópia do Termo de Rescisão do Contrato de Trabalho, devidamente assinado pelo empregador e pelo representante do empregado, quando se tratar de Apólice Coletiva, cujo Vínculo prévio seja empregatício;
- cópia dos 3 (três) últimos comprovantes de salário, quando se tratar de Apólice Coletiva, cujo Vínculo prévio seja empregatício;
- comprovante de indicação de Beneficiário(s) assinado pelo Segurado;
- cópia do Certificado Individual do Seguro;
- cópia da Conta da Concessionária com vencimento imediatamente anterior à ocorrência do Sinistro, quando tratar-se de Apólice cuja cobrança seja efetuada por intermédio de Conta de Concessionária;
- cópia do comprovante de quitação da Conta da Concessionária indicada no item anterior.

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

10. DISPOSIÇÕES GERAIS

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

COBERTURA DE ASSISTÊNCIA FUNERAL - (AF)

1. OBJETIVO

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

1.2.O eventual reembolso será efetuado diretamente àquele que provar que arcou com o pagamento das despesas com funeral, mediante comprovação por meio da apresentação de notas fiscais originais.

2. SERVIÇOS DE ASSISTÊNCIA FUNERAL

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

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

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

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

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

2.6. Na impossibilidade de utilização dos serviços de assistências funeral, será disponibilizado o reembolso das despesas com o funeral, salvo demais condições da cobertura.

3. RISCOS EXCLUÍDOS

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

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

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

4. CAPITAL SEGURADO

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

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

5. INÍCIO DE VIGÊNCIA

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

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

6. CESSAÇÃO DE COBERTURA

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

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

7. PRÊMIO

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

8. ÂMBITO TERRITORIAL DE COBERTURA

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

9. CARÊNCIA

9.1. O período de Carência poderá ser estabelecido contratualmente, respeitado o limite máximo de até 50% (cinquenta por cento) do período de vigência da Apólice e será contado a partir do início de vigência individual.
9.2. O **período de Carência poderá, a critério da Seguradora, ser reduzido ou substituído por Declaração Pessoal de Saúde e/ou por Exame Médico.**
9.3. Para os eventos decorrentes de Acidentes Pessoais não haverá Carência.

10. PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO

10.1. Se a opção for pela prestação de serviços, os familiares deverão entrar em contato imediatamente com a Central de Atendimento 24 horas, no Brasil em chamada gratuita, ou no exterior em chamada a cobrar, conforme mencionado contratualmente, fornecendo todas as informações necessárias para a definição do serviço a ser prestado.
10.2.As despesas efetuadas no exterior devem ser ressarcidas em Reais (R$) com base no câmbio oficial de venda na data e em moeda do efetivo pagamento realizado pelo Segurado, respeitando-se os limites de Capitais Segurados estabelecidos contratualmente para esta cobertura .

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

Se a opção for pelo reembolso das despesas com funeral, o**s elementos essenciais para aferição e decisão sobre a existência de Cobertura, referentes à presente Cobertura são:**
(i)o aviso de sinistro totalmente preenchido e
(ii)a entrega dos documentos associados à Cobertura pleiteada, conforme abaixo:
Para a análise do pagamento da Indenização, respeitado o disposto nas Condições Gerais item 20, além do aviso de sinistro devidamente preenchido, deverão ser apresentados os seguintes documentos:

a) Morte decorrente de doença
- Aviso de sinistro preenchido e assinado (formulário padrão MetLife);
- Formulário “Autorização para Crédito de Indenização” (formulário padrão MetLife), devidamente preenchido e assinado por cada um dos Beneficiários;
- Cópias do RG , CPF e comprovantes de residência do Segurado e do(s) Beneficiário(s);
- Cópia da Certidão de Óbito do Segurado;
- notas fiscais e recibos originais das despesas com funeral;
- Cópia do Termo de Rescisão do Contrato de Trabalho, devidamente assinado pelo empregador e pelo representante do empregado, quando se tratar de Apólice Coletiva, cujo Vínculo prévio seja empregatício;
- Cópia dos 3 (três) últimos comprovantes de salário, quando se tratar de Apólice Coletiva, cujo Vínculo prévio seja empregatício;
- Comprovante de indicação de Beneficiário(s) assinado pelo Segurado;
- Cópia do Certificado Individual do Seguro;
- Cópia da Conta da Concessionária com vencimento imediatamente anterior à ocorrência do Sinistro, quando tratar-se de Apólice cuja cobrança seja efetuada por intermédio de Conta de Concessionária;
- Cópia do comprovante de quitação da Conta da Concessionária indicada no item anterior.

b) Morte decorrente de acidente

Além dos documentos relacionados acima para o caso de Morte decorrente de doença, providenciar:
- Cópia do BO (Boletim de Ocorrência Policial) e/ou CAT (Comunicação de Acidente do Trabalho), se Acidente do Trabalho),;

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

11. DISPOSIÇÕES GERAIS

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

COBERTURA DE ASSISTÊNCIA FUNERAL POR ACIDENTE - (AFA)

1. OBJETIVO

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

1.2. O eventual reembolso será efetuado diretamente àquele **que provar que arcou com o** pagamento das despesas com funeral, mediante comprovação por meio da apresentação de notas fiscais originais.

2. SERVIÇOS DE ASSISTÊNCIA FUNERAL

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

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

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

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

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

3. RISCOS EXCLUÍDOS

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

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

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

4. CAPITAL SEGURADO

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

4.2. Para fins desta cobertura, considera-se como data do evento, a data da ocorrência do acidente.

5. INÍCIO DE VIGÊNCIA

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

6. CESSAÇÃO DE COBERTURA

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

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

7. PRÊMIO

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

8. ÂMBITO TERRITORIAL DE COBERTURA

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

9. PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO

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

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

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

9.4. Se a opção for pelo reembolso das despesas com funeral, **os elementos essenciais para aferição e decisão sobre a existência de Cobertura, referentes à presente Cobertura são:**
(i)o aviso de sinistro totalmente preenchido e

(ii)a entrega dos documentos associados à Cobertura pleiteada, conforme abaixo
Para a análise do pagamento da Indenização, respeitado o disposto nas Condições Gerais item 20., além do aviso de sinistro devidamente preenchido, deverão ser apresentados os seguintes documentos:
- Aviso de sinistro preenchido e assinado (formulário padrão MetLife);
- Formulário “Autorização para Crédito de Indenização” (formulário padrão MetLife), devidamente preenchido e assinado por cada um dos Beneficiários;
- Cópias do RG, CPF e comprovantes de residência do Segurado e do(s) Beneficiário(s);
- Cópia da Certidão de Óbito do Segurado;
- Notas fiscais e recibos originais das despesas com funeral;
- Cópia do Termo de Rescisão do Contrato de Trabalho, devidamente assinado pelo empregador e pelo representante do empregado, quando se tratar de Apólice Coletiva, cujo Vínculo prévio seja empregatício;
- Cópia dos 3 (três) últimos comprovantes de salário, quando se tratar de Apólice Coletiva, cujo Vínculo prévio seja empregatício;
- Comprovante de indicação de Beneficiário(s) assinado pelo Segurado;
- Cópia do Certificado Individual do Seguro;
- Cópia da Conta da Concessionária com vencimento imediatamente anterior à ocorrência do Sinistro, quando tratar-se de Apólice cuja cobrança seja efetuada por intermédio de Conta de Concessionária;
- Cópia do comprovante de quitação da Conta da Concessionária indicada no item anterior.
- Cópia do BO (Boletim de Ocorrência Policial) e/ou CAT (Comunicação de Acidente do Trabalho), se Acidente do Trabalho),;
- Cópia do Laudo do Necroscópico - IML (Instituto Médico-Legal), se realizado;
- Cópia da CNH (Carteira Nacional de Habilitação), em caso de acidente com veículo dirigido pelo Segurado;
- Cópia do Laudo do Exame de Dosagem Alcoólica e/ou Toxicológico, se realizado(s);
- Cópia do laudo da perícia técnica realizada no local do acidente, se houver.

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

10. DISPOSIÇÕES GERAIS

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

COBERTURA DE CESTA BÁSICA (CB)

1. OBJETIVO

1.1. Esta cobertura, desde que contratada, garante ao(s) Beneficiário(s) ou ao próprio Segurado o pagamento de Indenização, a título de auxílio-alimentação, **exceto se decorrente de Riscos Excluídos, observados os demais termos desta cobertura, das Condições Gerais e as demais Disposições Contratuais, em uma das 3 (três) hipóteses indicadas abaixo, que deverá ser estabelecida contratualmente:**
a) Em caso de falecimento, seja decorrente de causa natural ou acidental do Segurado;
b) Em caso de Invalidez Permanente Total por Acidente do Segurado;
c) Em caso de Afastamento involuntário das atividades laborativas do Segurado causado por doença ou acidente pessoal coberto.

1.2. Esta cobertura somente será devida se caracterizada a Cláusula de Morte, Morte Acidental, Invalidez Permanente Total por Acidente, Diária de Incapacidade Temporária por Acidente ou Doença ou Reembolso à Empresa das Despesas com Afastamento Acidentário Laborativo, a depender das hipóteses estabelecidas contratualmente, de acordo com o item 1.1

1.3. As Disposições Contratuais preverão se o pagamento da Indenização será realizado por intermédio de fornecimento de cesta(s) de alimentos ou pelo crédito em cartão magnético ou, ainda, em espécie.

2. DEFINIÇÃO

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

3. RISCOS EXCLUÍDOS

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

3.1.1Na hipótese, da contratação da cobertura de Cesta Básica, conjuntamente com a cobertura de Morte Acidental e/ou da cobertura de Invalidez Permanente Total por Acidente, além dos riscos expressamente excluídos de cobertura apresentados acima e dos apresentados no Conceito de Acidente Pessoal das Condições Gerais, estão também excluídos os eventos ocorridos em consequência, direta ou indireta de e/ou relacionados a:

a)perturbações e intoxicações alimentares de qualquer espécie;
b)prática de atos reconhecidamente perigosos que não sejam motivados por necessidade justificada, excetuando-se os casos que provierem da utilização de meios de transporte mais arriscados, de prestação de serviço militar, da prática de esporte ou de atos de humanidade em auxílio de outrem;
c)eventos causados exclusivamente pela não utilização, pelo Segurado, de equipamentos de segurança exigidos por lei;
d) eventos causados exclusivamente pela ausência de habilitação do Segurado para condução de veículo automotor;
e) eventos em que o Segurado tenha intencionalmente atentado contra a vida e integridade física de outrem, consumado ou não, exceto em caso de legítima defesa ou assistência à pessoa em perigo;
f)todo e qualquer dano estético, ainda que decorrente de acidente coberto;
g) 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 do falecimento do Segurado no caso de Morte natural e a data da ocorrência do acidente, no caso de Invalidez Permanente Total por Acidente, não prevalecendo qualquer alteração de Capital Segurado efetuada posteriormente ao acidente.

5. INÍCIO DE VIGÊNCIA

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

6. CESSAÇÃO DE COBERTURA

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

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

7. PRÊMIO

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

8. ÂMBITO TERRITORIAL DE COBERTURA

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

9. CARÊNCIA

9.1. O período de Carência poderá ser estabelecido contratualmente, respeitado o limite máximo de até 50% (cinquenta por cento) do período de vigência da Apólice e será contado a partir do início de vigência individual.
9.2. O período de Carência poderá, a critério da Seguradora, ser reduzido ou substituído por Declaração Pessoal de Saúde e/ou por Exame Médico.
9.3. Para os eventos decorrentes de Acidentes Pessoais não haverá Carência.

10. DESCRIÇÃO DO FORNECIMENTO DE CESTA POR MEIO DE ENTREGA DE GÊNEROS ALIMENTÍCIOS

10.1. Em caso de Evento Coberto, se a opção for entrega de cestas de alimentos, estas serão entregues ao Segurado ou ao(s) seu(s) Beneficiário(s), de acordo com o valor referencial e periodicidade estabelecidos contratualmente.

10.1.1O valor referencial abrangerá a seguinte composição: gêneros alimentícios e embalagem para transporte. O frete para entrega da cesta básica não fará parte do valor referencial.
10.2 A composição da cesta de alimentos poderá ser alterada em consequência da oferta de mercado e/ou oscilações de preço. Por este motivo, os itens poderão ser substituídos em quantidade ou marca e/ou excluídos para manter o limite referencial de valor.
10.2.1. As cestas de alimentos serão entregues pela prestadora de serviços credenciada na data e local indicados pelo Segurado ou pelo(s) Beneficiário(s).

10.2.2. Não haverá reembolso por produtos adquiridos diretamente pelo Segurado ou pelo(s) Beneficiário(s).

11. DESCRIÇÃO DO FORNECIMENTO DE CESTA POR MEIO DE CRÉDITO EM CARTÃO MAGNÉTICO

11.1.Em caso de Evento Coberto, se a opção for pelo pagamento da Indenização por intermédio de crédito em cartão magnético destinado para tal fim, a Seguradora ou prestador de serviços por ela autorizado fornecerá cartão magnético e senha para utilização nos estabelecimentos credenciados.

11.2. Os créditos serão efetuados nos valores e periodicidade estabelecidos contratualmente.

12. PAGAMENTO DE 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:
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:

a) Morte decorrente de doença
- Aviso de sinistro preenchido e assinado (formulário padrão MetLife);
- Formulário “Autorização para Crédito de Indenização” (formulário padrão MetLife), devidamente preenchido e assinado por cada um dos Beneficiários;
- Cópias do RG ,CPF (e comprovantes de residência do Segurado e do(s) Beneficiário(s);
- Cópia da Certidão de Óbito do Segurado;
- Cópia do Termo de Rescisão do Contrato de Trabalho, devidamente assinado pelo empregador e pelo

representante do empregado, quando se tratar de Apólice Coletiva, cujo Vínculo prévio seja empregatício;
• Cópia dos 3 (três) últimos comprovantes de salário, quando se tratar de Apólice Coletiva, cujo Vínculo prévio seja empregatício;
• Comprovante de indicação de Beneficiário(s) assinado pelo Segurado;
• Cópia do Certificado Individual do Seguro;
• Cópia da Conta da Concessionária com vencimento imediatamente anterior à ocorrência do Sinistro, quando tratar-se de Apólice cuja cobrança seja efetuada por intermédio de Conta de Concessionária;
• Cópia do comprovante de quitação da Conta da Concessionária indicada no item anterior.

b) Morte decorrente de acidente

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

c) Invalidez Permanente Total por Acidente

• Aviso de sinistro preenchido e assinado (formulário padrão MetLife);
• Formulário "Autorização para Crédito de Indenização" (formulário padrão MetLife), devidamente preenchido e assinado pelo Segurado;
• Cópias do RG, CPF e comprovante de residência do Segurado;
• Cópia do BO (Boletim de Ocorrência Policial) e/ou CAT (Comunicação de Acidente do Trabalho), se Acidente do Trabalho),;
• Cópia da CNH (Carteira Nacional de Habilitação), em caso de acidente com veículo dirigido pelo Segurado;
• Cópia do Laudo do Exame de Dosagem Alcoólica e/ou Toxicológico, se realizado(s);
• Cópia do laudo da perícia técnica realizada no local do acidente, se houver;
• Radiografia e resultados de exames realizados;
• Cópia da Ficha de Registro do empregado, quando se tratar de Apólice Coletiva, cujo Vínculo prévio seja empregatício;
• Cópia dos 3 (três) últimos comprovantes de salário, quando se tratar de Apólice Coletiva, cujo Vínculo prévio seja empregatício;
• Cópia do Certificado Individual do Seguro;
• Cópia da Conta da Concessionária com vencimento imediatamente anterior à ocorrência do Sinistro, quando tratar-se de Apólice cuja cobrança seja efetuada por intermédio de Conta de Concessionária;
• Cópia do comprovante de quitação da Conta da Concessionária indicada no item anterior.

d) Diária de Incapacidade Temporária por Acidente ou Doença

• formulário "Aviso de Sinistro", devidamente preenchido e assinado pelo médico que atendeu o Segurado por ocasião do afastamento, com especialidade e CRM, e pelo Segurado;
• formulário "Autorização para Crédito de Indenização", devidamente preenchido e assinado pelo Segurado;
• cópias do RG, CPF e comprovante de residência do Segurado;
• cópia do BO (Boletim de Ocorrência Policial) e/ou CAT (Comunicação de Acidente do Trabalho), se Acidente do Trabalho);
• cópia da CNH (Carteira Nacional de Habilitação) em caso de acidente com veículo dirigido pelo Segurado;
• cópia do Laudo do Exame de Dosagem Alcoólica e/ou Toxicológico, se realizado(s);
• cópia da Ficha de Registro de Empregado, quando tratar-se de Apólice Coletiva, cujo Vínculo prévio seja empregatício;
• cópia dos 3 (três) últimos comprovantes de salário, quando tratar-se de Apólice Coletiva, cujo Vínculo prévio seja empregatício;
• cópia do Certificado Individual do Seguro;
• cópia da Conta da Concessionária com vencimento imediatamente anterior à ocorrência do Sinistro, quando tratar-se de Apólice cuja cobrança seja efetuada por intermédio de Conta de Concessionária;
• cópia do comprovante de quitação da Conta da Concessionária indicada no item anterior.

e) Reembolso à Empresa das Despesas com Afastamento Acidentário Laborativo

• formulário "Aviso de Sinistro" devidamente preenchido e assinado pelo Estipulante;
• formulário "Autorização para Crédito de Indenização", devidamente preenchido e assinado pelo Estipulante;
• cópias do RG e CPF do Segurado;
• cópia do registro da CAT (Comunicação de Acidente do Trabalho), que conste o tipo 1- Típico ou 3-Trajeto;
• Cópia dos documentos de comprovação de vínculo empregatício (Ficha de Registro de Empregado ou CTPS (Carteira de Trabalho e Previdência Social ou GFIP/SEFIP página onde consta o nome do segurado e do totalizador de funcionários)
• Cópia do holerite do mês do afastamento
  • Cópia da concessão do benefício de auxílio-doença por incapacidade do Segurado junto a Previdência Social - INSS;

- Declaração com carimbo e assinatura do contador da empresa constando os encargos trabalhistas vinculados ao colaborador no período do afastamento;
- Cópias de nota fiscal e/ou cupom fiscal, com a descrição das despesas oriundas com o afastamento do segurado, se houver.

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

13. DISPOSIÇÕES GERAIS

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

COBERTURA ADICIONAL DE CESTA BÁSICA POR ACIDENTE - (CBA)

1. OBJETIVO

1.1 Esta cobertura, desde que contratada, garante ao(s) Beneficiário(s) ou ao próprio Segurado o pagamento de Indenização, a título de auxílio-alimentação, **exceto se decorrente de Riscos Excluídos, observados os demais termos desta cobertura, das Condições Gerais e as demais Disposições Contratuais, em uma das 3 (três) hipóteses indicadas abaixo, que deverá ser estabelecida contratualmente:**

a) exclusivamente, em caso de Morte Acidental do Segurado;

b) exclusivamente em caso de Invalidez Permanente Total por Acidente do Segurado;

c) Em caso de Afastamento devido Acidente Pessoal do Segurado;

1.1.1. Esta cláusula poderá ser contratada considerando combinações entre os itens mencionados acima.

1.2. Esta cobertura somente será devida se caracterizada a Cláusula de Morte Acidental, Invalidez Permanente Total por Acidente, Diária de Incapacidade Temporária por Acidente ou Reembolso à Empresa das Despesas com afastamento Acidentário Laborativo a depender das hipóteses estabelecidas contratualmente, de acordo com o item 1.1.

1.3. As Disposições Contratuais preverão se o pagamento da Indenização será realizado por intermédio de fornecimento de cesta(s) de alimentos ou pelo crédito em cartão magnético ou, ainda, em espécie.

2. DEFINIÇÃO

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

2.2. Deverão ser observadas as definições de cada cobertura vincula a esta contratação, conforme disposto no item 1.2.

3. RISCOS EXCLUÍDOS

3.1. Se aplicam os riscos excluídos do item 5 das Condições Gerais conjunto com esta Cláusula, conforme disposto no item 1.2.

4. CAPITAL SEGURADO

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

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

5. INÍCIO DE VIGÊNCIA

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

6. CESSAÇÃO DE COBERTURA

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

6.1.1. Para o Segurado:

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

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

c) com o falecimento do Segurado;

d) com o pagamento da Indenização, se houver previsão de exclusão do Segurado da Apólice na

respectiva cobertura contratada, que gerou a Indenização.

7. PRÊMIO

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

8. ÂMBITO TERRITORIAL DE COBERTURA

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

9. DESCRIÇÃO DO FORNECIMENTO DE CESTA POR MEIO DE ENTREGA DE GÊNEROS ALIMENTÍCIOS

9.1. Em caso de Evento Coberto, se a opção for entrega de cestas de alimentos, estas serão entregues ao Segurado ou ao(s) seu(s) Beneficiário(s), de acordo com o valor referencial e periodicidade estabelecidos contratualmente.

9.1.1. O valor referencial abrangerá a seguinte composição: gêneros alimentícios e embalagem para transporte. O frete para entrega da cesta básica não fará parte do valor referencial.

9.2. A composição da cesta de alimentos poderá ser alterada em consequência da oferta de mercado e/ou oscilações de preço. Por este motivo, os itens poderão ser substituídos em quantidade ou marca e/ou excluídos para manter o limite referencial de valor.

9.2.1. As cestas de alimentos serão entregues pela prestadora de serviços credenciada na data e local indicados pelo Segurado ou pelo(s) Beneficiário(s).

9.2.2. Não haverá reembolso por produtos adquiridos diretamente pelo Segurado ou pelo(s) Beneficiário(s).

10. DESCRIÇÃO DO FORNECIMENTO DE CESTA POR MEIO DE CRÉDITO EM CARTÃO MAGNÉTICO

10.1. Em caso de Evento Coberto, se a opção for pelo pagamento da Indenização por intermédio de crédito em cartão magnético destinado para tal fim, a Seguradora ou prestador de serviços por ela autorizado fornecerá cartão magnético e senha para utilização nos estabelecimentos credenciados.
10.2. Os créditos serão efetuados nos valores e periodicidade estabelecidos contratualmente.

11. PAGAMENTO EM INDENIZAÇÃO

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

(i) o aviso de sinistro totalmente preenchido e

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

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:

a) Morte decorrente de Acidente

- Aviso de sinistro preenchido e assinado (formulário padrão MetLife);
- Formulário "Autorização para Crédito de Indenização" (formulário padrão MetLife), devidamente preenchido e assinado por cada um dos Beneficiários;
- Cópias do RG, CPF e comprovantes de residência do Segurado e do(s) Beneficiário(s);
- Cópia da Certidão de Óbito do Segurado;
- Cópia do BO (Boletim de Ocorrência Policial) e/ou CAT (Comunicação de Acidente do Trabalho), se Acidente do Trabalho),;
- Cópia do Laudo do Necroscópico - IML (Instituto Médico-Legal), se realizado;
- Cópia da CNH (Carteira Nacional de Habilitação), em caso de acidente com veículo dirigido pelo Segurado;
- Cópia do Laudo do Exame de Dosagem Alcoólica e/ou Toxicológico, se realizado(s);
- Cópia do laudo da perícia técnica realizada no local do acidente, se houver.
- notas fiscais e recibos originais das despesas com funeral;
- Cópia do Termo de Rescisão do Contrato de Trabalho, devidamente assinado pelo empregador e pelo representante do empregado, quando se tratar de Apólice Coletiva, cujo Vínculo prévio seja empregatício;
- Cópia dos 3 (três) últimos comprovantes de salário, quando se tratar de Apólice Coletiva, cujo Vínculo prévio seja empregatício;
- comprovante de indicação de Beneficiário(s) assinado pelo Segurado;
- Cópia do Certificado Individual do Seguro;
- Cópia da Conta da Concessionária com vencimento imediatamente anterior à ocorrência do Sinistro, quando tratar-se de Apólice cuja cobrança seja efetuada por intermédio de Conta de Concessionária;
- Cópia do comprovante de quitação da Conta da Concessionária indicada no item anterior.

b) Invalidez Permanente Total por Acidente

• Aviso de sinistro preenchido e assinado (formulário padrão MetLife);
• Formulário “Autorização para Crédito de Indenização” (formulário padrão MetLife), devidamente preenchido e assinado pelo Segurado;
• Cópias do RG CPF e comprovante de residência do Segurado;
• Cópia do BO (Boletim de Ocorrência Policial) e/ou CAT (Comunicação de Acidente do Trabalho), se Acidente do Trabalho),;
• Cópia da CNH (Carteira Nacional de Habilitação), em caso de acidente com veículo dirigido pelo Segurado;
• Cópia do Laudo do Exame de Dosagem Alcoólica e/ou Toxicológico, se realizado(s);
• Cópia do laudo da perícia técnica realizada no local do acidente, se houver;
• Radiografia e resultados de exames realizados;
• Cópia da Ficha de Registro do empregado, quando se tratar de Apólice Coletiva, cujo Vínculo prévio seja empregatício;
• Cópia dos 3 (três) últimos comprovantes de salário, quando se tratar de Apólice Coletiva, cujo Vínculo prévio seja empregatício;
• Cópia do Certificado Individual do Seguro;
• Cópia da Conta da Concessionária com vencimento imediatamente anterior à ocorrência do Sinistro, quando tratar-se de Apólice cuja cobrança seja efetuada por intermédio de Conta de Concessionária;
• Cópia do comprovante de quitação da Conta da Concessionária indicada no item anterior.

c) Afastamento por acidente pessoal – Diária de Incapacidade Temporária por acidente

•
• formulário “Aviso de Sinistro”, devidamente preenchido e assinado pelo médico que atendeu o Segurado por ocasião do afastamento, com especialidade e CRM, e pelo Segurado;
• formulário “Autorização para Crédito de Indenização”, devidamente preenchido e assinado pelo Segurado;
• cópias do RG, CPF e comprovante de residência do Segurado;
• cópia do BO (Boletim de Ocorrência Policial) e/ou CAT (Comunicação de Acidente do Trabalho), se Acidente do Trabalho),;
• cópia da CNH (Carteira Nacional de Habilitação) em caso de acidente com veículo dirigido pelo Segurado;
• cópia do Laudo do Exame de Dosagem Alcoólica e/ou Toxicológico, se realizado(s);
• cópia da Ficha de Registro de Empregado, quando tratar-se de Apólice Coletiva, cujo Vínculo prévio seja empregatício;
• cópia dos 3 (três) últimos comprovantes de salário, quando tratar-se de Apólice Coletiva, cujo Vínculo prévio seja empregatício;
• cópia do Certificado Individual do Seguro;
• cópia da Conta da Concessionária com vencimento imediatamente anterior à ocorrência do Sinistro, quando tratar-se de Apólice cuja cobrança seja efetuada por intermédio de Conta de Concessionária;
• cópia do comprovante de quitação da Conta da Concessionária indicada no item anterior.

d) Afastamento por acidente pessoal – Diária de Incapacidade Temporária por acidente

• formulário “Aviso de Sinistro” devidamente preenchido e assinado pelo Estipulante;
• formulário “Autorização para Crédito de Indenização”, devidamente preenchido e assinado pelo Estipulante;
• cópias do RG e CPF do Segurado;
• cópia do registro da CAT (Comunicação de Acidente do Trabalho), que conste o tipo 1- Típico ou 3-Trajeto;
• Cópia dos documentos de comprovação de vínculo empregatício (Ficha de Registro de Empregado ou CTPS (Carteira de Trabalho e Previdência Social ou GFIP/SEFIP página onde consta o nome do segurado e do totalizador de funcionários)
• Cópia do holerite do mês do afastamento
• Cópia da concessão do benefício de auxílio-doença por incapacidade do Segurado junto a Previdência Social - INSS;
• Declaração com carimbo e assinatura do contador da empresa constando os encargos trabalhistas vinculados ao colaborador no período do afastamento;
• Cópias de nota fiscal e/ou cupom fiscal, com a descrição das despesas oriundas com o afastamento do segurado, se houver.

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

12. DISPOSIÇÕES GERAIS

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

COBERTURA POR DESEMPREGO INVOLUNTÁRIO (DI)

1. OBJETIVO

1.1. Esta Cobertura, desde que contratada, tem por objetivo garantir ao Segurado uma indenização correspondente ao pagamento de parcelas mensais ou pagamento de uma Indenização em caso de rescisão do

Contrato de trabalho do Segurado por parte do empregador, não motivada por justa causa, **exceto se decorrente de Riscos Excluídos, observada a elegibilidade, carência, franquia e os demais termos desta Cobertura, das Condições Gerais e as demais Disposições Contratuais**. O limite da quantidade de parcelas, valor das parcelas, período de carência e de franquia são estabelecidos na proposta de adesão do seguro e no certificado individual.

2. ELEGIBILIDADE

2.1. Somente serão considerados elegíveis ao recebimento da Indenização, os Segurados que na data da rescisão involuntária do contrato de trabalho tiverem vínculo empregatício, sujeito exclusivamente ao regime da CLT (Consolidação das Leis do Trabalho), apresentando período mínimo de 12 (doze) meses consecutivos e ininterruptos de trabalho para o atual empregador e desde que o seguro não esteja cancelado, a cobertura suspensa ou o evento prescrito como risco excluído na data do evento.

2.2. Para recebimento da Indenização, além do requisito do subitem 2.1. acima, o Segurado deverá permanecer na condição de desempregado pelo período de 90 (noventa) dias correspondentes à Franquia, bem como pelo período adicional estabelecido contratualmente, correspondente ao número de parcelas indenizáveis.

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

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

2.3. Após um evento de desemprego involuntário indenizado, o Segurado deverá comprovar novo período de 12 (doze) meses de trabalho contínuo e ininterruptos para um mesmo empregador para que venha a ser elegível à Indenização de um segundo evento de perda de renda por desemprego involuntário.

3. RISCOS EXCLUÍDOS

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

a) abandono de emprego ou pedido voluntário de demissão pelo empregado;
b) adesão do empregado a programas de demissão voluntária (PDV) ou incentivada e/ou por acordo coletivo de trabalho;
c) acordo entre empregado e empregador;
d) dispensa do empregado por justa causa;
e) jubilação, pensão ou aposentadoria por qualquer causa;
f) perda de emprego decorrente da falência, concordata e recuperação judicial ou extrajudicial do empregador;
g) prestação de Serviço Militar;
h) campanhas de demissões em massa. Para fins de aplicação deste seguro, considera-se demissão em massa empresas que demitam mais de 10% (dez por cento) de seu quadro de pessoal no prazo de seis meses contado a partir do primeiro Sinistro avisado e de um mesmo Estipulante;
i) extinção automática ou término do Contrato de trabalho, quando o Contrato tiver prazo determinado (Contrato a termo);
j) dispensa com imediata admissão em empresa seja ela ou não, do mesmo grupo
k) econômico, coligada, filiada, associada, subsidiária e/ou acionista.
l) segurados não considerados elegíveis a indenização, conforme item 2.

4. CAPITAL SEGURADO

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

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

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

5. REINTEGRAÇÃO DO CAPITAL SEGURADO

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

6. INÍCIO DE VIGÊNCIA

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

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

7. CESSAÇÃO DE COBERTURA

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

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

8. CARÊNCIA

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

9. FRANQUIA

9.1. É de até 90 (noventa) dias ininterruptos, por evento, conforme definido no Contrato de Seguro e/ou Certificado Individual, contados a partir da data do desligamento do Segurado junto ao empregador.

10. PRÊMIO

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

11. ÂMBITO TERRITORIAL DE COBERTURA

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

12. PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO

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

(i) o aviso de sinistro totalmente preenchido e

(ii) a entrega dos documentos associados à Cobertura pleiteada, conforme abaixo: Para a análise do pagamento da Indenização, respeitado o disposto nas Condições Gerais item 20, além do aviso de sinistro devidamente preenchido, deverão ser apresentados os seguintes documentos:

- Aviso de sinistro preenchido e assinado (formulário padrão MetLife);
- Formulário "Autorização para Crédito de Indenização" (formulário padrão MetLife) devidamente preenchido e assinado pelo Segurado;
- Cópia do Certificado Individual do Seguro;
- Cópia autenticada da Carteira de Trabalho, página da foto e qualificação civil, página do último Contrato de Trabalho, folha posterior ao Contrato (a autenticação deverá ocorrer 31 dias após a data da demissão) e da página que comprove o recebimento do Seguro Desemprego, quando houver; (*)
- Cópia do RG (carteira de identidade), CPF (Cadastro de Pessoa Física) e do comprovante de residência do Segurado;
- Cópia autenticada do Termo de Rescisão do Contrato de Trabalho homologado no TRT ou Sindicato;
- Cópia autenticada da Autorização de Movimento do Fundo de Cobertura por Tempo de Serviço (FGTS);
- Cópia autenticada do último extrato do Fundo de Garantia por Tempo de Serviço caso tenha sido fornecido pela empresa.

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

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

13.DISPOSIÇÕES GERAIS

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

COBERTURA DE INCAPACIDADE FÍSICA TOTAL E TEMPORÁRIA - (ITT)

1. OBJETIVO

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

2. ELEGIBILIDADE

2.1. Somente terá direito a esta cobertura o Segurado, Prestador de Serviços conforme definido no item 3.22 das Condições Gerais.

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

3. RISCOS EXCLUÍDOS

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

a) 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.

a) gravidez, parto ou aborto e suas consequências;

b) procedimentos e/ou tratamentos, clínicos ou cirúrgicos, para esterilidade, infertilidade, inseminação artificial, impotência sexual, controle de natalidade, e bem como suas consequências, inclusive períodos de convalescença a eles relacionados;

c) tratamentos clínicos ou cirúrgicos com finalidade estética, salvo quando necessárias à restauração das funções alteradas em razão de Sinistro ocorrido na vigência do seguro;

d) cirurgias plásticas (estéticas ou não) e períodos de convalescença a elas relacionados;

e) tratamentos para obesidade, em qualquer modalidade, inclusive gastroplastia redutora;

f) tratamentos para senilidade, geriatria, rejuvenescimento, repouso, convalescença e suas consequências;

g) tratamentos odontológicos e ortodônticos de quaisquer espécies, salvo quando decorrentes de acidente pessoal, ocorridos dentro do período de vigência do seguro;

h) doenças degenerativas da coluna vertebral, com exceção de tratamento cirúrgico;

i) doenças crônicas, mesmo em fase aguda, entendendo-se como tal aquelas caracterizadas por sua evolução longa e insidiosa, com período de melhora e piora, não respondendo satisfatoriamente a procedimentos terapêuticos;

j) doenças de características reconhecidamente progressivas, tais como fibromialgia, artrite reumatoide, osteoartrose, dor miofascial, esclerose múltipla, doença de Alzheimer, Doença de Parkinson, entre outras;

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

l) eventos causados exclusivamente pela ausência de habilitação do Segurado para condução de veículo automotor;

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

4. CAPITAL SEGURADO

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

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

5. REINTEGRAÇÃO DO CAPITAL SEGURADO

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

6. INÍCIO DE VIGÊNCIA

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

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

7. CESSAÇÃO DE COBERTURA

7.1. Além das hipóteses previstas nos itens 13, 14 e 22 das Condições Gerais, a cobertura do risco cessa ainda:
7.1.1. Para o Segurado:
a) simultaneamente, com o cancelamento da Apólice Coletiva ou da presente cobertura;
b) a partir da data em que ocorrer a exclusão do Segurado da Apólice Coletiva;
c) com o falecimento do Segurado;
d) com o pagamento da Indenização, se houver previsão de exclusão do Segurado da Apólice na respectiva cobertura contratada, que gerou a Indenização.

8. PRÊMIO

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

9. ÂMBITO TERRITORIAL DE COBERTURA

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

10. CARÊNCIA

10.1. O período de Carência poderá ser estabelecido contratualmente, respeitado o limite máximo de até 50% (cinquenta por cento) do período de vigência da Apólice e será contado a partir do início de vigência individual.
10.2. O período de Carência poderá, a critério da Seguradora, ser reduzido ou substituído por Declaração Pessoal de Saúde e/ou por Exame Médico.
10.3. Para os eventos decorrentes de Acidentes Pessoais não haverá Carência.

11. FRANQUIA

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

12. PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO

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

(i) o aviso de sinistro totalmente preenchido e

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

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

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

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

13. DISPOSIÇÕES GERAIS

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

COBERTURA SUPLEMENTAR DE INCLUSÃO DE CÔNJUGE (IC)

1. OBJETIVO

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

1.2. Não poderá participar desta cobertura Suplementar, o cônjuge que faça parte do mesmo Grupo Segurado como segurado, ainda que tenha pago o Prêmio, exceto se houver Disposição Contratual em contrário.

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

2. DEFINIÇÃO

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

3. COBERTURAS

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

4. RISCOS EXCLUÍDOS

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

5. CONDIÇÕES DE ACEITAÇÃO

5.1. Somente poderão participar do seguro os Cônjuges que obedeçam às regras de aceitação definidas nesta cobertura, nas Condições Gerais, na(s) cobertura (s) contratada(s) e demais Disposições Contratuais.

6. FORMA DE PARTICIPAÇÃO

6.1. A cobertura para Cônjuge poderá ser:
a) automática: quando estarão cobertos automaticamente todos os Cônjuges dos respectivos Segurados, sem necessidade de adesão individual e desde que respeitados os limites de idade e eventuais restrições estabelecidas contratualmente.
b) facultativa: quando serão incluídos os Cônjuges dos Segurados que se manifestarem para a adesão individual e, desde que aceitos previamente pela Seguradora.

7. CAPITAL SEGURADO

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

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

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

8. BENEFICIÁRIO(S)

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

9. INÍCIO DE VIGÊNCIA DESTA COBERTURA SUPLEMENTAR

9.1. Início de vigência da Cobertura Suplementar

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

9.2. Início de vigência dos riscos individuais

9.2.1 Desde que atendidas as premissas indicadas no item 9.1.1 acima, a cobertura dos riscos individuais previstos no seguro começará a vigorar:
a) na forma automática: a partir da caracterização da condição de Cônjuge de acordo com o item **2.1** acima.
b) na forma facultativa: na data da inclusão do Cônjuge, desde que aceito previamente pela Seguradora.

10. CESSAÇÃO DA COBERTURA

10.1. Além das hipóteses previstas nos itens 13, 14 e 22 das Condições Gerais, e no item "Cessação de Cobertura" de cada uma das coberturas contratadas para o Cônjuge, a(s) cobertura (s) do risco a que se refere(m) esta cobertura Suplementar cessa(m)

simultaneamente com o cancelamento da Apólice Coletiva, das coberturas contratadas ou da presente cobertura Suplementar.

10.1.1. Cessação da cobertura individual
a) com a cessação da condição de Cônjuge, seja ou não comunicado este fato à Seguradora e independentemente da cobrança de Prêmio;
b) quando o Segurado solicitar a exclusão de seu Cônjuge, exclusivamente na hipótese de adesão facultativa;
c) com o falecimento do Cônjuge, exclusivamente na hipótese de adesão facultativa.

11. PRÊMIO

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

12. ÂMBITO TERRITORIAL DE COBERTURA

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

13. CARÊNCIA

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

13.2. O período de Carência poderá, a critério da Seguradora, ser reduzido ou substituído por Declaração Pessoal de Saúde e/ou por Exame Médico.

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

14. PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO

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

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

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

15. DISPOSIÇÕES GERAIS

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

COBERTURA SUPLEMENTAR DE INCLUSÃO DE FILHOS - (IF)

1. OBJETIVO

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

1.2. Quando ambos os cônjuges pertencerem ao mesmo Grupo Segurado, os Filhos serão incluídos uma única vez, como dependentes daquele de maior Capital Segurado, sendo este denominado Segurado para efeito desta cobertura Suplementar.

1.3. Esta cobertura Suplementar somente poderá ser contratada em conjunto com a cobertura Suplementar de Cônjuge e cobertura de Morte exceto se houver Disposição Contratual em contrário e se for extensiva da(s) cobertura (s) contratada(s) para o Segurado, respeitadas as conjugações estabelecidas contratualmente.

2. DEFINIÇÃO

2.1. Filho(s): para efeito desta Cobertura Suplementar é(são) o(s) filho(s), o(s) enteado(s) e o(s) menor(es) considerado(s) dependente(s) do Segurado conforme regra estabelecida pela Receita Federal para o Imposto sobre a Renda - IRPF, exceto se houver Disposição Contratual em contrário.

3. COBERTURAS

3.1. As coberturas que poderão ser contratadas para o(s) Filho(s) serão estabelecidas contratualmente e

obedecerão às mesmas disposições estabelecidas para o Segurado nestas Condições Gerais e nas respectivas coberturas, eventualmente contratadas, observadas as limitações de Capital Segurado e idade, e eventuais regras aplicáveis exclusivamente ao(s) Filhos(s).

4. RISCOS EXCLUÍDOS

4.1. Estão expressamente excluídos desta cobertura Suplementar de Filho(s) todos os riscos definidos como excluídos das coberturas contratadas, e das exclusões apresentadas no conceito de Acidente Pessoal, aplicáveis ao Segurado.

5. FORMA DE PARTICIPAÇÃO

5.1. A inclusão do(s) Filho(s) do Segurado será automática, de forma que estarão cobertos automaticamente todos os Filhos dos respectivos Segurados, sem necessidade de adesão individual e desde que respeitados os limites de idade e eventuais restrições estabelecidas contratualmente.

6. CAPITAL SEGURADO

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

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

6.3. Para os Filhos menores de 14 (quatorze) anos, está cobertura Suplementar, independentemente do Capital Segurado, se limita ao reembolso das despesas com funeral e desde que devidamente comprovadas com as notas fiscais originais, incluindo-se entre as despesas com funeral as havidas com o traslado, não estando cobertas as despesas com aquisição de terrenos, jazigos ou carneiros.

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

7. BENEFICIÁRIO DO SEGURO

7.1. Na hipótese da contratação das coberturas decorrentes de falecimento do filho do segurado, seja por causas naturais ou acidentais, a Indenização será paga ao Segurado. Em caso de coberturas que não estejam relacionadas à sua morte, a Indenização, quando cabível, será ao(s) próprio(s) Filhos(s).

8. INÍCIO DE VIGÊNCIA DESTA COBERTURA SUPLEMENTAR

8.1. Início de vigência da cobertura Suplementar

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

8.2. Início de vigência dos riscos individuais

8.2.1. Desde que atendidas as premissas indicadas no item 8.1.1 acima, a cobertura dos riscos individuais previstos no seguro começará a vigorar a partir da caracterização da condição de Filho(s) de acordo com o item 2.1 acima.

9. CESSAÇÃO DE DESTA COBERTURA SUPLEMENTAR

9.1. Além das hipóteses previstas nos itens 13, 14 e 22 das Condições Gerais, e no item "Cessação de desta cobertura" de cada uma das coberturas contratadas para o(s) Filho(s), a(s) cobertura (s) do risco a que se refere(m) esta cobertura Suplementar cessa(m) simultaneamente com o cancelamento da Apólice Coletiva, das coberturas contratadas ou da presente cobertura Suplementar e/ou da cobertura Suplementar de Cônjuge, observado o disposto no item 1.3 acima.

9.2. A cobertura individual cessa em caso de extinção da condição de Filho(s) definida no item 2.1 acima.

10. PRÊMIO

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

11. ÂMBITO TERRITORIAL DE COBERTURA

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

12. CARÊNCIA

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

12.2.O período de Carência poderá, a critério da Seguradora, ser reduzido ou substituído por Declaração Pessoal de Saúde e/ou por Exame Médico.

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

13. PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO

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

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 a comprovação da condição de Filho, por meio dos seguintes documentos:

- Cópia da Certidão de Nascimento ou RG (carteira de identidade), CPF (Cadastro de Pessoa Física) e Comprovante de Residência.
- No caso de enteado ou menor dependente, deve ser comprovada a referida condição.

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

14. DISPOSIÇÕES GERAIS

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

CLÁUSULA DE DISTRIBUIÇÃO DE EXCEDENTES TÉCNICOS

1. DEFINIÇÕES

1.1.Excedente Técnico: para fins desta cobertura prevalece o conceito indicado no item "DEFINIÇÕES" das Condições Gerais deste seguro.

2. APURAÇÃO DO RESULTADO

2.1.A periodicidade da apuração será anual, salvo disposições contrárias estabelecida contratualmente.

2.2. Para fins de apuração de resultado técnico consideram-se como RECEITAS:

a)Prêmios de competência correspondentes ao período de apuração da Apólice, efetivamente pagos, líquidos de Imposto Sobre Operações Financeiras - IOF;
b)estornos de Sinistros computados em períodos anteriores e definitivamente não devidos;
c)saldo da provisão de Sinistros Ocorridos e não Avisados - IBNR do período anterior;
d)recuperação de Sinistros do ressegurador.

2.3. Para fins de apuração de resultado técnico consideram-se como **DESPESAS**:
a)comissões de corretagem pagas durante o período de apuração;
b)comissões de administração (pró-labore) pagas durante o período de apuração;
c)comissões de agenciamento pagas durante o período de apuração;
d)Prêmios de resseguro;
e)valor total dos Sinistros **avisados** e despesas de Sinistro, compreendendo, mas não se limitando, a despesas de regulação, investigação, assistências em geral, perícias etc., ocorridos em qualquer época e ainda não considerados até o fim do período de apuração, computando-se, de uma só vez, os Sinistros com pagamento parcelado;
f)alterações dos valores de Sinistros já considerados em apurações anteriores;
g)saldo da provisão de IBNR do período;
h)saldo negativo de períodos anteriores, ainda não compensados;
i) despesas efetivas de administração da Seguradora, acordadas com o Estipulante incluindo impostos e/ou quaisquer outras contribuições recolhidas sobre os Prêmios efetivamente pagos durante o período.

2.4. Eventuais novos itens de receita e despesas poderão ser incluídos na apuração de Excedente Técnico mediante prévio acordo entre Seguradora e Estipulante.

2.5. A provisão de IBNR será calculada através da aplicação de um percentual estabelecido contratualmente, sobre os Prêmios definidos no item **2.2 (a)** menos os Prêmios definidos no item **2.3 (d)** referentes ao período de apuração.

2.5.1. Como saldo da provisão de IBNR do período anterior entende-se o valor debitado a este título, no período anterior ao da atual apuração.

2.6. Todos os encargos incidentes sobre Prêmios pagos em atraso não serão considerados como receita, para fins de cálculo do Excedente Técnico. Os encargos contratuais incidentes sobre Sinistros pagos em atraso que não tenha

sido causado pelo Estipulante, serão desconsiderados como despesas, correndo à conta da Seguradora.

3. INÍCIO DE VIGÊNCIA

3.1. O início de vigência desta cobertura será sempre equivalente ao início de vigência ou da data do aniversário da Apólice.

4. ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA

4.1. O resultado técnico será apurado em Reais (R$), levando-se em conta a atualização monetária dos valores pela variação do IPCA/IBGE (Índice de Preços ao Consumidor Amplo do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística).

4.2. As receitas e despesas serão atualizadas monetariamente até a data da distribuição do Excedente Técnico, desde o mês:

a) do pagamento dos Prêmios e comissões (corretagem, agenciamento e pró-labore);
b) do aviso dos Sinistros à Seguradora;
c) da última apuração, para os saldos negativos de períodos anteriores e saldo de IBNR de período anterior;
d) de competência para as despesas de administração da Seguradora.

5. CONDIÇÕES PARA DISTRIBUIÇÃO DO EXCEDENTE TÉCNICO

5.1. A distribuição do Excedente Técnico será realizada após o término do período de apuração, depois de pagas todas as faturas do período e no prazo máximo de 60 (sessenta) dias, a contar da quitação da última fatura, vedado qualquer adiantamento a título de resultados técnicos.

5.1.1.Em caso de não renovação da Apólice, a distribuição do Excedente Técnico será recalculada após 12 (doze) meses contados do prazo máximo estabelecido no item 5.1. acima e, somente a partir de então, o pagamento se devido, será realizado.

5.2. Somente será distribuído o Excedente Técnico quando, durante o período de apuração, a Apólice tiver média mensal mínima de 500 (quinhentos) segurados, exceto se houver Disposição Contratual em contrário.

Não será distribuído Excedente Técnico em caso de cancelamento da Apólice.

6. DISTRIBUIÇÃO DO EXCEDENTE TÉCNICO

6.1. Será distribuído ao Estipulante um percentual do saldo positivo obtido, livremente convencionado entre as partes e estabelecido contratualmente.

6.2. Nos seguros contributários, o Excedente Técnico a ser distribuído deverá ser destinado aos Segurados, na proporção do seu percentual de contribuição sobre o Prêmio Individual. Esta condição constará do Certificado Individual do Seguro quando o seguro for contributário. Caberá ao Estipulante definir a forma com que distribuirá o Excedente Técnico aos componentes do Grupo Segurado, em conformidade com os Contratos/acordos que possua com os Segurados.

COBERTURA DE DOENÇA TERMINAL – (DT)

1. OBJETIVO

1.1. Esta Cobertura, desde que contratada, garante ao Segurado, após o período de Carência, o pagamento de uma Indenização, em caso de diagnóstico de Doença em Estágio Terminal, a antecipação do Capital Segurado de Morte, **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 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.DEFINIÇÃO

2.1 Entende-se por **Doença em Estágio Terminal**, aquela que atingiu estágio no qual não há qualquer alternativa terapêutica médica disponível e não há perspectiva de reversibilidade, sendo o paciente considerado definitivamente sem perspectiva de sobrevivência, com expectativa de morte eminente conforme atestado pelo médico assistente do segurado e desde que reconhecido pela Seguradora.
2.2 Para fins desta garantia, considera-se **"paciente em estágio terminal"** o portador de **Doença em Estágio Terminal.**

3.RISCOS EXCLUÍDOS

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

a) Doenças e acidentes preexistentes 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.

b) eventos decorrentes, diretamente ou indiretamente, de acidentes
c) doenças agravadas por traumatismos;
d) Toda e qualquer outra condição médica que não se enquadre nos critérios definidos no âmbito dos riscos cobertos

4 CAPITAL SEGURADO

4.2. O Capital Segurado para esta Cobertura será estabelecido contratualmente e deverá constar nos respectivos Certificados Individuais do Seguro.
4.3. Para fins desta Cobertura, considera-se como data do evento, para efeito de determinação do Capital Segurado, a data da constatação médica do estágio terminal comprovando que o quadro clínico indica estado grave e de comprometimento irreversível, sem possibilidade de recuperação com os recursos médicos/terapêuticos disponíveis, atestado pelo médico assistente do segurado e reconhecido pela seguradora.

5 INÍCIO DE VIGÊNCIA

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

6. CESSAÇÃO DE COBERTURA

6.1. Para fins desta cobertura se aplicam as hipóteses previstas nos itens 13, 14 e 22 das Condições Gerais.

7. PRÊMIO

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

8. 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 2 (dois) anos ou metade do prazo de vigência do certificado, o que for menor.

9.2. O período de Carência poderá, a critério da Seguradora, ser reduzido ou substituído por Declaração Pessoal de Saúde e/ou por Exame Médico.

10. PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO

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

(i)o aviso de sinistro totalmente preenchido e

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

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

- Aviso de sinistro preenchido e assinado (formulário padrão MetLife);
- Formulário “Autorização para Crédito de Indenização” (formulário padrão MetLife), devidamente preenchido e assinado por cada um dos Beneficiários
- cópias do RG ,CPF e comprovante de residência do Segurado;
- cópia da Ficha de Registro do empregado, quando se tratar de Apólice Coletiva, cujo Vínculo prévio seja empregatício.
- cópia dos 3 (três) últimos comprovantes de salário, quando se tratar de Apólice Coletiva, cujo Vínculo prévio seja empregatício;
- cópia do Certificado Individual do Seguro;
- cópia da Conta da Concessionária com vencimento imediatamente anterior à ocorrência do Sinistro, quando tratar-se de Apólice cuja cobrança seja efetuada por intermédio de Conta de Concessionária;
- cópia do comprovante de quitação da Conta da Concessionária indicada no item anterior.

• Declaração Médica expedida pelo médico que atendia regularmente o segurado registrando o diagnóstico, tratamento realizado e o quadro clínico, estabelecendo data a partir da qual a evolução da doença justifica o enquadramento em estado terminal
• Resultados de exames complementares realizados que comprovam o estágio terminal do quadro clínico e de comprometimento irreversível sem possibilidade de recuperação com os recursos terapêuticos disponíveis.
• Caso o segurado apresente alienação mental total incurável deverá apresentar ainda o Termo de Curatela, RG, CPF e comprovante de residência do Curador nomeado.

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

11. DISPOSIÇÕES GERAIS

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

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

COBERTURA DE PAGAMENTO ANTECIPADO ESPECIAL EM CASO DE INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL EM DECORRÊNCIA DE DOENÇA PROFISSIONAL (PAED)

1. OBJETIVO

1.1. Esta Cobertura, desde que contratada, em caso de risco coberto, garante ao Segurado o pagamento de 100% (cem por cento), **de forma antecipada, do capital segurado básico da cobertura de Morte**, quando da caracterização de 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 item 5 das Condições Gerais, estão também excluídos da presente cobertura, as despesas decorrentes de:

a)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.

b) Casos de invalidez permanente total gerada por doenças adquiridas fora do período de atividade profissional;

c)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;

d)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 próprio Segurado.

5. INÍCIO DE VIGÊNCIA DESTA COBERTURA

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

6. CESSAÇÃO DE COBERTURA

6.1. Para fins desta cobertura se aplicam as hipóteses previstas nos itens 13, 14 e 22 das Condições Gerais.

7. PRÊMIO

7.1. O Prêmio referente a esta Cobertura estará previsto contratualmente

8. 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.A Invalidez Permanente Total por Doença Profissional deve ser comprovada por relatório médico detalhado pelo médico-assistente do Segurado justificando seu estado de invalidez, acompanhado dos laudos e resultados de exames clínicos e laboratoriais a que o Segurado tiver se submetido e que também comprovem sua invalidez.

9.2. A aposentadoria por invalidez concedida por instituições oficiais de previdência social, assim como por órgãos do poder público e por outras instituições público-privadas, precede a avaliação do sinistro, mas não caracteriza, por si só, a Invalidez Permanente Total por Doença Profissional.

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

(i)o aviso de sinistro totalmente preenchido e

(ii) A entrega dos documentos associados à Cobertura pleiteada, conforme abaixo: Para a análise do pagamento da Indenização, respeitado o disposto nas Condições Gerais item 20., além do aviso de sinistro devidamente preenchido, deverão ser apresentados os seguintes documentos:

- Aviso de sinistro preenchido e assinado (formulário padrão MetLife);
- Formulário "Autorização para Crédito de Indenização" (formulário padrão MetLife), devidamente preenchido e assinado por cada um dos Beneficiários;
- Relatório médico informando o(s) diagnóstico(s) da(s) doença(s) profissional, com sua(s) data(s), tratamento realizado, prescrições futuras, se foram esgotadas todas as possibilidades terapêuticas para o caso e a data da caracterização da invalidez como total e definitiva;
- Exames comprobatórios do diagnóstico, para posterior devolução;
- Carta de Concessão de Auxílio-Doença ou de Aposentadoria, expedidas pelo INSS, caso existam
- Cópias do RG., CPF e comprovante de residência do Segurado;
- Quando o vínculo for empregatício: Cópia da Ficha de Registro do empregado;
- Quando o vínculo for de prestação de serviços: Cópia do Contrato;

- Cópia dos 03 (três) últimos comprovantes de salário, quando o vínculo for empregatício;
- Cópia dos 03 (três) últimos demonstrativos de pagamentos ou nota fiscal, quando o vínculo for de prestação de serviços.

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 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.

COBERTURA AUXÍLIO NATALIDADE (AN)

1. OBJETIVO

1.1. Esta Cobertura, desde que contratada, tem o objetivo de auxiliar nas despesas iniciais decorrentes do nascimento.

1.2. Garante ao Segurado o pagamento de uma Indenização, a título de auxílio natalidade, em caso de filho(s) nascidos vivos **exceto se decorrente de Riscos Excluídos, observados os demais termos desta Cobertura, das Condições Gerais e as demais Disposições Contratuais.**

1.3. Será considerado para efeito de indenização desta cobertura o valor estabelecido em contrato multiplicado pelo número de filhos nascidos vivos no mesmo parto.

2. DEFINIÇÃO

2.1. Nascidos Vivos: quando o recém-nascido respira ou mostra qualquer outra evidência vital, tais como: batimento do coração, pulsação do cordão umbilical ou movimento efetivo dos músculos da contração voluntária.

2.2.Natimorto: É a designação dada ao feto que morre ainda dentro do ventre da mãe ou durante o parto.

3. RISCOS EXCLUÍDOS

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

a) Nascimentos fora da vigência do Seguro;
b) Natimorto;
c) Adoção.

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 nascimento do filho do Segurado.

5. INÍCIO DE VIGÊNCIA DESTA COBERTURA

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

6.CESSAÇÃO DE COBERTURA

6.1. Para fins desta cobertura se aplicam as hipóteses previstas nos itens 13, 14 e 22 das Condições Gerais.

7. PRÊMIO

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

8. ÂMBITO TERRITORIAL DE COBERTURA

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

9. PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO

9.1 Os elementos essenciais para aferição e decisão sobre a existência de Cobertura, referentes à presente Cobertura são:
(iii) o aviso de sinistro totalmente preenchido e

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

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

- Aviso de sinistro preenchido e assinado (formulário padrão MetLife);
- Formulário "Autorização para Crédito de Indenização" (formulário padrão MetLife), devidamente preenchido e assinado por cada um dos Beneficiários;
- cópias do RG, CPF e comprovantes de residência do Segurado;
- cópia da Certidão de Nascimento;
- cópia dos 3 (três) últimos comprovantes de salário, quando se tratar de Apólice Coletiva, cujo Vínculo prévio seja empregatício;

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

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

COBERTURA AUXÍLIO NATALIDADE REEMBOLSO (ANR)

1. OBJETIVO

1.1. Esta Cobertura, desde que contratada, tem o objetivo de auxiliar nas despesas iniciais decorrentes do nascimento do(s) filho(s) do Segurado.

1.2. Garante ao Segurado o **reembolso** das despesas diretamente vinculadas ao nascimento do(s) filho(s) do Segurado, a título de auxílio natalidade, em caso de filho(s) nascidos vivos, **exceto se decorrente de Riscos Excluídos, observado o limite contrato para esta cobertura e os demais termos desta Cobertura, das Condições Gerais e as demais Disposições Contratuais.**

1.3. Será considerado para efeito de indenização desta cobertura o valor estabelecido em contrato multiplicado pelo número de filhos nascidos vivos no mesmo parto.

2. DEFINIÇÃO

2.1. Despesas Vinculadas ao Nascimento: serão consideradas despesas vinculadas ao nascimento: fraldas, vacinas, exames, consultas pediátricas, medicamentos e suplementos alimentares. Todas as despesas deverão ser devidamente comprovadas conforme descrito no item 10 desta cobertura.

2.2. Nascidos Vivos: quando o recém-nascido respira ou mostra qualquer outra evidência vital, tais como: batimento do coração, pulsação do cordão umbilical ou movimento efetivo dos músculos da contração voluntária.

2.3. Natimorto: É a designação dada ao feto que morre ainda dentro do ventre da mãe ou durante o parto.

3. RISCOS EXCLUIDOS

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

a) Nascimentos fora da vigência do Seguro;
b) Natimorto;
c)Adoção.

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 nascimento do(s) filho(s) do Segurado.

5. INÍCIO DE VIGÊNCIA

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

Cobertura for contratada após entrada em vigor da Apólice.

6. CESSAÇÃO DE COBERTURA

6.1. Para fins desta cobertura se aplicam as hipóteses previstas nos itens 13, 14 e 22 das Condições Gerais.

7. PRÊMIO

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

8. ÂMBITO TERRITORIAL DE COBERTURA

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

9. PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO

9.1. Os elementos essenciais para aferição e decisão sobre a existência de Cobertura, referentes à presente Cobertura são:
(v) o aviso de sinistro totalmente preenchido e
(vi)a entrega dos documentos associados à Cobertura pleiteada, conforme abaixo:
Para a análise do pagamento da Indenização, respeitado o disposto nas Condições Gerais item 20., além do aviso de sinistro devidamente preenchido, deverão ser apresentados os seguintes documentos:

- Aviso de sinistro preenchido e assinado (formulário padrão MetLife);
- Formulário "Autorização para Crédito de Indenização" (formulário padrão MetLife), devidamente preenchido e assinado por cada um dos Beneficiários;
- cópias do RG, CPF e comprovantes de residência do Segurado;
- cópia da Certidão de Nascimento;
- cópia dos 3 (três) últimos comprovantes de salário, quando se tratar de Apólice Coletiva, cujo Vínculo prévio seja empregatício;
- Despesas com fraldas, vacinas e exames: nota fiscal original da compra e/ou serviço;
- Despesas com consultas médicas: nota fiscal ou recibo com a razão social da empresa ou o nome completo do profissional, seu CNPJ ou CPF, o endereço do estabelecimento, o serviço realizado, o nome completo do paciente e o valor;
- Despesas com medicamentos e despesas suplementares: cópia da prescrição médica juntamente com a nota fiscal, original, da compra do medicamento.

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. DISPOSIÇOES 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 SUPLEMENTAR DE INCLUSÃO DE ASCENDENTE(S) - (IA)

1. OBJETIVO

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

1.2. Não poderá participar desta cobertura Suplementar, o(s) Ascendente(s) que façam parte do mesmo Grupo Segurado como segurado, ainda que tenha pago o Prêmio, exceto se houver Disposição Contratual em contrário.

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

2. DEFINIÇÃO

2.1. **Ascendente**: para efeito deste seguro, considera-se como ascendente pai e mãe do Segurado(a).

3. COBERTURAS

3.1. As coberturas que poderão ser contratadas para o(s) Ascendente(s) serão estabelecidas contratualmente e obedecerão às mesmas disposições estabelecidas para o

Segurado nestas Condições Gerais e nas respectivas coberturas, eventualmente contratadas, observadas as limitações de Capital Segurado e idade, e eventuais regras aplicáveis exclusivamente ao(s) Ascendente(s).

4. RISCOS EXCLUÍDOS

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

5. CONDIÇÕES DE ACEITAÇÃO

5.1. Somente poderão participar do seguro os Ascendentes que obedeçam às regras de aceitação definidas nesta cobertura, nas Condições Gerais, na(s) cobertura (s)contratada(s) e demais Disposições Contratuais.

6. FORMA DE PARTICIPAÇÃO

6.1. A cobertura para Ascendente poderá ser:
b) automática: quando estarão cobertos automaticamente todos os Ascendentes dos respectivos Segurados, sem necessidade de adesão individual e desde que respeitados os limites de idade e eventuais restrições estabelecidas contratualmente.
c) facultativa: quando serão incluídos os Ascendentes dos Segurados que se manifestarem para a adesão individual e, desde que aceitos previamente pela Seguradora.

7. CAPITAL SEGURADO

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

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

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

8. BENEFICIÁRIO(S)

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

9. INÍCIO DE VIGÊNCIA DESTA COBERTURA SUPLEMENTAR

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

9.2.Início de vigência dos riscos individuais
9.2.1. Desde que atendidas as premissas indicadas no item 9.1.1 acima, a cobertura dos riscos individuais previstos no seguro começará a vigorar:
a) na forma facultativa: na data da inclusão do Cônjuge, desde que aceito previamente pela Seguradora.

10. CESSAÇÃO DA COBERTURA

10.1.Além das hipóteses previstas nos itens 13, 14 e 22 das Condições Gerais, e no item "Cessação de Cobertura" de cada uma das coberturas contratadas para o Ascendente, a(s) cobertura (s) do risco a que se refere(m) esta cobertura Suplementar cessa(m) simultaneamente com o cancelamento da Apólice Coletiva, das coberturas contratadas ou da presente cobertura Suplementar.

10.1.1. Cessação da cobertura individual
a) quando o Segurado solicitar a exclusão de seu(s) Ascendente(s), exclusivamente na hipótese de adesão facultativa;
b) com o falecimento do(s) Ascendente(s), exclusivamente na hipótese de adesão facultativa.

11. PRÊMIO

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

12. ÂMBITO TERRITORIAL DE COBERTURA

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

13. CARÊNCIA

13.1. O período de Carência poderá ser estabelecido contratualmente, respeitado o limite máximo de até 50%

(cinquenta por cento) do período de vigência da Apólice e será contado a partir do início de vigência individual.

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

14. PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO

14.1. Os elementos essenciais para aferição e decisão sobre a existência de Cobertura, referentes à presente Cobertura são:
(i) o aviso de sinistro totalmente preenchido e
(ii) a entrega dos documentos associados à Cobertura pleiteada, conforme abaixo:
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:
A comprovação da condição de Ascendente, por meio de:

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

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

15. DISPOSIÇÕES GERAIS

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

COBERTURA DE REEMBOLSO À EMPRESA DAS DESPESAS COM AFASTAMENTO ACIDENTÁRIO LABORATIVO (REAL)

1. OBJETIVO

1.1. Esta Cobertura, desde que contratada, garante o pagamento de uma indenização, **a título de apoio financeiro ao empregado e/ou ao empregador, em caso de afastamento acidentário laborativo do empregado que estiver em gozo do benefício de auxílio-doença acidentário concedido pelo órgão responsável**, desde que o afastamento seja em consequência de acidente típico ou do trajeto, mediante registro no CAT (comunicação de acidente de trabalho), **exceto se decorrente de Riscos Excluídos, observados os demais termos desta Cobertura, das Condições Gerais e as demais Disposições Contratuais.**

1.2. As indenizações previstas nesta Cobertura serão devidas após decorrido o período de Franquia, limitado ao Capital Segurado Contratado e a distribuição deste Capital entre o empregado e empregador, quando aplicável.

1.3. Caso ocorra o afastamento acidentário laborativo por agravamento do evento coberto já indenizado, não haverá cobertura.

2. DEFINIÇÃO

2.1 Acidente Laborativo: é o acidente ocorrido no exercício da atividade profissional a serviço do Empregador e que provoque lesão corporal ou perturbação funcional que cause a perda ou redução (permanente ou temporária) da capacidade para o trabalho.
2.2. Acidente Típico: acidente que ocorre a serviço da Empresa.
2.3. Acidente do Trajeto: acidente que ocorre no percurso residência ou refeição para o local de trabalho e vice-versa.
2.4 Comunicação de Acidente de Trabalho (CAT): é um documento emitido para reconhecer tanto um acidente de trabalho ou de trajeto bem como uma doença ocupacional.

3.RISCOS EXCLUÍDOS

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

a) acidentes ocorridos anteriormente à contratação do seguro;

b) perturbações e intoxicações alimentares de qualquer espécie;

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

d) eventos em que o período do afastamento acidentário laborativo do Segurado seja inferior a Franquia estabelecida no Contrato e Certificado e que não resultem em benefício de auxílio-doença acidentário da Previdência Social;

e) eventos decorrentes de doença profissional ou do trabalho;

f) os eventos ocorridos anteriores a vigência do seguro, bem como os ocorridos durante a sua vigência, que tenham provocado a necessidade de comunicação da reabertura do CAT ao INSS.

4. CAPITAL SEGURADO

4.1 O Capital Segurado será estabelecido contratualmente e deverá constar na respectiva Apólice de Seguro e, quando aplicável, deverá constar também a distribuição do capital entre o empregado e empregador.

4.2 Para fins desta Cobertura, considera-se como data do evento, o primeiro dia do afastamento do Segurado das atividades laborativas por ele exercidas, em decorrência exclusiva de acidente típico ou de trajeto coberto.

5. REINTEGRAÇÃO DO CAPITAL SEGURADO

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

5.2. Não haverá reintegração de capital para casos de CAT reabertura, ou seja, quando houver reinício de tratamento ou afastamento por agravamento da lesão, acidente comunicado anteriormente ao INSS.

6. INÍCIO DE VIGÊNCIA DESTA COBERTURA

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

7. CESSAÇÃO DE COBERTURA DESTA COBERTURA

7.1. Para fins desta cobertura se aplicam as hipóteses previstas nos itens 13, 14 e 22 das Condições Gerais.

8. PRÊMIO

8.1 O Prêmio referente a esta Cobertura será não contributário, sendo este previsto contratualmente.

9. FRANQUIA

9.1 O período de Franquia será estabelecido contratualmente, respeitado o limite máximo de 30 (trinta) dias ininterruptos por evento, e será contado a partir da data do afastamento das atividades laborativas do Segurado, por determinação médica.

9.2 As Indenizações previstas nesta Cobertura serão devidas a partir do primeiro dia após o término do período de Franquia.

10. ÂMBITO TERRITORIAL DE COBERTURA

10.1. Esta Cobertura abrange os eventos ocorridos em território nacional, salvo Disposições Contratuais em contrário.

11. PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO

11.1 Os elementos essenciais para aferição e decisão sobre a existência de Cobertura, referentes à presente Cobertura são:
(i) o aviso de sinistro totalmente preenchido e

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

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

- Aviso de sinistro preenchido e assinado (formulário padrão MetLife);
- Formulário “Autorização para Crédito de Indenização” (formulário padrão MetLife), devidamente preenchido e assinado por cada um dos Beneficiários;
- cópias do RG e CPF do Segurado;
- cópia do registro da CAT (Comunicação de Acidente do Trabalho), que conste o tipo 1- Típico ou 3-Trajeto;
- Cópia dos documentos de comprovação de vínculo empregatício (Ficha de Registro de Empregado ou CTPS (Carteira de Trabalho e Previdência Social ou GFIP/SEFIP página onde consta o nome do segurado e do totalizador de funcionários)
- Cópia do holerite do mês do afastamento
- Cópia da concessão do benefício de auxílio-doença por incapacidade do Segurado junto a Previdência Social - INSS;
- Declaração com carimbo e assinatura do contador da empresa constando os encargos trabalhistas vinculados ao colaborador no período do afastamento;
- Cópias de nota fiscal e/ou cupom fiscal, com a descrição das despesas oriundas com o afastamento do segurado, se houver.

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

12. DISPOSIÇÕES GERAIS

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

COBERTURA DE ADAPTAÇÃO DE CASA E/OU VEÍCULO (ADPT)

1. OBJETIVO

1.1. Esta Cobertura, desde que contratada, **garante o reembolso das despesas havidas com a adequação da residência habitual do segurado ou em seu veículo particular**, limitado ao valor do capital segurado contratado para esta garantia, caso o **segurado titular** do seguro venha, por determinação de um médico, necessitar desta alteração e/ou modificação, **em virtude de lesão física, causada por acidente pessoal devidamente coberto, exceto se decorrente de Riscos Excluídos, observados os demais termos desta Cobertura, das Condições Gerais e as demais Disposições Contratuais.**

1.2. As despesas com a referida adequação supra devem ter ocorrido em até 18 (dezoito) meses a contar do acidente coberto, ocorrido durante a vigência da apólice.

2. DEFINIÇÃO

2.1. Alteração de Casa: todas as mudanças na residência habitual do Titular do seguro que são necessárias para tornar o local de moradia acessível e habitável para ele diante da ocorrência do Acidente Pessoal coberto.

2.2. Modificação de veículo: todas as alterações no veículo de uso particular do Titular do Seguro que são necessárias para tornar o veículo acessível para que o segurado possa guiá-lo.

2.3. Residência Habitual: residência onde o titular do seguro more de forma habitual. *Não são* consideradas como residência habitual as casas de veraneio do segurado principal.

2.4. Veículo Particular: veículo automotor de 4 (quatro) rodas, com capacidade máxima para 9 (nove) passageiros, fabricado para andar em ruas e rodovias públicas.

3. RISCOS EXCLUÍDOS

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

a) acidentes ocorridos anteriormente à contratação do seguro;

b) perturbações e intoxicações alimentares de qualquer espécie;

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

d) eventos causados exclusivamente pela ausência de habilitação do Segurado para condução de veículo automotor;

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

f) exercícios de atividades a bordo de aeronaves que não sejam as de linhas regulares;

g) as lesões decorrentes, dependentes, predispostas ou facilitadas por esforços repetitivos ou microtraumas cumulativos, ou que tenham relação de causa e efeito com eles, assim como as lesões classificadas sob a nomeclatura de LER - DORT - LTC, ou similares que venham a ser aceitas pela classe médico-científica, bem como as suas consequências pós-tratamentos, inclusive cirúrgicos, em qualquer tempo. Igualmente estão excluídas desta cobertura, as situações reconhecidas por instituições oficiais de previdência ou assemelhadas, como "invalidez acidentária", nas quais o evento causador da lesão não se enquadre integralmente no conceito de Acidente Pessoal.

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. Considera-se como data do evento, para efeito de determinação do Capital Segurado, a data do efetivo dispêndio pelo segurado.

5. INÍCIO DE VIGÊNCIA DESTA COBERTURA

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

6. CESSAÇÃO DE COBERTURA DESTA COBERTURA

6.1 Para fins desta cobertura se aplicam as hipóteses previstas nos itens 13, 14 e 22 das Condições Gerais.

7. ÂMBITO TERRITORIAL DE COBERTURA

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

8. PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO

8.2. 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:
Para a análise do pagamento da Indenização, respeitado o disposto nas Condições Gerais item 20., além do aviso de sinistro devidamente preenchido, deverão ser apresentados os seguintes documentos:

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

- formulário “Autorização para Crédito de Indenização”, devidamente preenchido e assinado pelo Estipulante;

- cópias do RG e CPF do Segurado;
-
cópia da Ficha de Registro de Empregado
- cópia dos 3 (três) últimos comprovantes de salário;

- Relatório médico devidamente preenchido, assinado e carimbado pelo médico assistente, com firma reconhecida, detalhando a natureza da lesão, e a necessidade da adequação de casa ou modificação do veículo de uso particular, informando sempre se o paciente se encontra em alta médica definitiva e anexando os exames realizados pelo Segurado.

- cópia do BO (Boletim de Ocorrência) policial, se houver;

- Comunicado de Acidente do Trabalho (CAT), quando o caso exigir;

- 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);

- Declaração de residência habitual e comprovante de residência do mês anterior ao sinistro;
- Certidão de propriedade do veículo;
- Laudo, emitido pela empresa responsável pelas adequações com o detalhamento dos serviços prestados;
- Notas fiscais originais para comprovação dos gastos.

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

9. DISPOSIÇÕES GERAIS

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

COBERTURA AUXÍLIO ADAPTAÇÃO CASA E/OU VEÍCULO POR INVALIDEZ (ADPTINV)

1. OBJETIVO

1.1. Esta Cobertura, desde que contratada, **garante indenização para a adequação da residência habitual do segurado ou em seu veículo particular,** até o valor do capital segurado contratado para esta garantia, caso o **segurado titular** tenha uma 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. DEFINIÇÃO

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 **6** desta Cobertura, em virtude de lesões físicas exclusivamente decorrentes de Acidente Pessoal coberto, desde que tais lesões sejam insuscetíveis de reabilitação ou recuperação pelos meios terapêuticos disponíveis no momento de sua constatação.

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

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

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

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

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

3. RISCOS EXCLUÍDOS

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

a) acidentes ocorridos anteriormente à contratação do seguro;

b) perturbações e intoxicações alimentares de qualquer espécie;

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

d) eventos causados exclusivamente pela ausência de habilitação do Segurado para condução de veículo automotor;

e) eventos em que o Segurado tenha intencionalmente atentado contra a vida e integridade física de outrem,

consumado ou não, exceto em caso de legítima defesa ou assistência à pessoa em perigo;

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

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

g) as lesões decorrentes, dependentes, predispostas ou facilitadas por esforços repetitivos ou microtraumas cumulativos, ou que tenham relação de causa e efeito com os mesmos, assim como as lesões

classificadas sob a nomenclatura de LER - DORT - LTC, ou similares que venham a ser aceitas pela classe médico-científica, bem como as suas consequências pós-tratamentos, inclusive cirúrgicos, em qualquer tempo. Igualmente estão excluídas desta cobertura, as situações reconhecidas por instituições oficiais de previdência ou assemelhadas, como "invalidez acidentária", nas quais o evento causador da lesão não se enquadre integralmente no conceito de Acidente Pessoal.

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 Considera-se como data do evento, para efeito de determinação do Capital Segurado, a data do acidente pessoal coberto, não prevalecendo qualquer alteração de Capital Segurado efetuada posteriormente ao acidente.

5. REITEGRAÇÃO DO CAPITAL

5.2O Capital Segurado relativo a esta Cobertura será totalmente reintegrado, de forma automática, após ocorrência de cada Evento Coberto, sem cobrança de Prêmio adicional.

6 TABELA PARA CÁLCULO DE PERCENTUAIS DE INDENIZAÇÃO

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

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

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

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

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

7. INÍCIO DE VIGÊNCIA

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

8. CESSAÇÃO DE COBERTURA

8.1. Para fins desta cobertura se aplicam as hipóteses previstas nos itens 13, 14 e 21 das Condições Gerais.

9. ÂMBITO TERRITORIAL DE COBERTURA

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

10.PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO

10.1. Os elementos essenciais para aferição e decisão sobre a existência de Cobertura, referentes à presente Cobertura são:
(iii) o aviso de sinistro totalmente preenchido e
(iv) a entrega dos documentos associados à Cobertura pleiteada, conforme abaixo:
Para a análise do pagamento da Indenização, respeitado o disposto nas Condições Gerais item 20., além do aviso de sinistro devidamente preenchido, deverão ser apresentados os seguintes documentos:

- Aviso de sinistro preenchido e assinado (formulário padrão MetLife);
- Formulário "Autorização para Crédito de Indenização" (formulário padrão MetLife), devidamente preenchido e assinado por cada um dos Beneficiários;
- cópias do RG. CPF e comprovante de residência do Segurado;
- cópia do BO (Boletim de Ocorrência Policial) e/ou CAT (Comunicação de Acidente do Trabalho), se Acidente do Trabalho),;
- cópia da CNH (Carteira Nacional de Habilitação), em caso de acidente com veículo dirigido pelo
- Segurado;
- cópia do Laudo do Exame de Dosagem Alcoólica e/ou Toxicológico, se realizado(s);
- cópia do laudo da perícia técnica realizada no local do acidente, se houver;
- radiografia e resultados de exames realizados;
- cópia da Ficha de Registro do empregado, quando se tratar de Apólice Coletiva, cujo Vínculo prévio seja empregatício;
- cópia dos 3 (três) últimos comprovantes de salário, quando se tratar de Apólice Coletiva, cujo Vínculo prévio seja empregatício;
- cópia do Certificado Individual do Seguro;
- cópia da Conta da Concessionária com vencimento imediatamente anterior à ocorrência do Sinistro,
- quando tratar-se de Apólice cuja cobrança seja efetuada por intermédio de Conta de Concessionária;
- cópia do comprovante de quitação da Conta da Concessionária indicada no item anterior.

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 INDENIZAÇÃO ESPECIAL DE FILHOS PÓSTUMOS (IEFP)

1. OBJETIVO

1.1. Esta cobertura, desde que contratada, garante ao responsável legal pelo nascituro o pagamento de uma indenização, em caso de morte do titular, seja natural ou acidental, ocorrida durante o **período gestacional.**

1.2. Quando o titular for do sexo masculino, a indenização será devida desde que o nascimento do nascituro ocorra até 300 (trezentos) dias corridos a partir da data do óbito do titular.

1.3. Em caso de gestação múltipla, a indenização será dividida igualmente entre o número de filhos, respeitada apresentação da documentação necessária e o limite contratado para esta cobertura.

1.4. A presente cobertura somente poderá ser contratada em conjunto com a cobertura de Morte ou Morte Acidental.

2. DEFINIÇÕES

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

2.2. Nascituros: serão considerados nascituros para fins desta cláusula, filhos nascidos vivos. Quando o recém-nascido respira ou mostra qualquer outra evidência vital, tais como: batimento do coração, pulsação do cordão umbilical ou movimento efetivo dos músculos da contração voluntária.

2.3. Natimorto: É a designação dada ao feto que morre ainda dentro do ventre da mãe ou durante o parto.

2.4. Responsáveis Legais: Mãe/Pai ou responsável legal com poder jurídico comprovado de representar o menor de idade.

2.5. Período Gestacional: período entre a concepção e o momento do parto/nascimento do bebê.

3. RISCOS EXCLUÍDOS

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

a) Nascimentos ocorridos com data anterior à data do óbito do segurado titular;
b) Natimorto;
c) Adoção.

4. CAPITAL SEGURADO

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

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

5. INÍCIO DE VIGÊNCIA

5.1. A garantia compreendida por esta Cláusula começa a vigorar simultaneamente com o início da vigência do Segurado, ou em data posterior, por meio de aditivo, quando contratada(s) após entrada em vigor da(s) cobertura(s) do Segurado.

6. CESSAÇÃO DESTA COBERTURA

6.1. Para fins desta cobertura se aplicam as hipóteses previstas nos itens 13, 14 e 22 das Condições Gerais.

7. PRÊMIO

7.1. O Prêmio devido em função da cobertura referente a esta Cláusula estará previsto contratualmente.

8. ÂMBITO TERRITORIAL DE COBERTURA

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

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

•Formulário "Autorização para Crédito de Indenização" (formulário padrão MetLife), devidamente e assinado pelo Pai/Mãe ou responsável legal;

•cópias do RG, CPF (e Comprovante de residência do Pai/Mãe ou responsável legal;

• Cópia autenticada da Certidão de Nascimento, cuja paternidade ou maternidade pelo segurado titular seja conhecida e registrada;

•Em caso de responsável legal, documento oficial que comprove a detenção da guarda do filho;

• Declaração de únicos herdeiros.

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 Cláusula 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 INDENIZAÇÃO ESPECIAL DE FILHOS PÓSTUMOS (IEFPA)

1. OBJETIVO

1.1. Esta cobertura, desde que contratada, garante ao responsável legal pelo nascituro o pagamento de uma indenização, em caso de morte do titular, seja natural ou acidental, ocorrida durante o **período gestacional.**

1.2. Quando o titular for do sexo masculino, a indenização será devida desde que o nascimento do nascituro ocorra até 300 (trezentos) dias corridos a partir da data do óbito do titular.

1.3. Em caso de gestação múltipla, a indenização será dividida igualmente entre o número de filhos, respeitada apresentação da documentação necessária e o limite contratado para esta cobertura.

1.4. A presente cobertura somente poderá ser contratada em conjunto com a Cláusula de Morte ou Morte Acidental.

2. DEFINIÇÕES

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

2.2. Nascituros: serão considerados nascituros para fins desta cláusula, filhos nascidos vivos. Quando o recém-nascido respira ou mostra qualquer outra evidência vital, tais como: batimento do coração, pulsação do cordão umbilical ou movimento efetivo dos músculos da contração voluntária.

2.3. Natimorto: É a designação dada ao feto que morre ainda dentro do ventre da mãe ou durante o parto.

2.4. Responsáveis Legais: Mãe/Pai ou responsável legal com poder jurídico comprovado de representar o menor de idade.

2.5. Período Gestacional: período entre a concepção e o momento do parto/nascimento do bebê.

3. RISCOS EXCLUÍDOS

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

a) Nascimentos ocorridos com data anterior à data do óbito do segurado titular;

b) Natimorto;

c) Adoção.

4. CAPITAL SEGURADO

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

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

5. INÍCIO DE VIGÊNCIA DESTA COBERTURA

5.1. A garantia compreendida por esta cobertura começa a vigorar simultaneamente com o início da vigência do Segurado, ou em data posterior, por meio de aditivo, quando contratada(s) após entrada em vigor da(s) cobertura(s) do Segurado.

6. CESSAÇÃO DE COBERTURA DESTA COBERTURA

6.1. Para fins desta cobertura se aplicam as hipóteses previstas nos itens 13, 14 e 22 das Condições Gerais.

7. PRÊMIO

7.1. O Prêmio devido em função da cobertura referente a esta Cláusula 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:
Para a análise do pagamento da Indenização, respeitado o disposto nas Condições Gerais item 20., além do aviso de sinistro devidamente preenchido, deverão ser apresentados os seguintes documentos:

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

- Formulário "Autorização para Crédito de Indenização" (formulário padrão MetLife), devidamente preenchido e assinado pelo Pai/Mãe ou responsável legal;

- cópias do RG, CPF (e Comprovante de residência do Pai/Mãe ou responsável legal;

- Cópia autenticada da Certidão de Nascimento, cuja paternidade ou maternidade pelo segurado
- titular seja conhecida e registrada

- Em caso de responsável legal, documento oficial que comprove a detenção da guarda do filho;

- Declaração de únicos herdeiros.

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 Cláusula, têm função subsidiária.

COBERTURADE DESPESAS MÉDICO-HOSPITALARES E ODONTOLÓGICAS POR ACIDENTE DE TRABALHO (DMHOTRAB)

1. OBJETIVO

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

1.2. As Indenizações previstas nesta Cláusula serão devidas quando o Acidente de Trabalho, típico ou de trajeto, ocorrer dentro do período de vigência do seguro contratado e **desde que iniciadas nos 30 (trinta) primeiros dias contados a partir da data do acidente de trabalho.**

1.3. O reembolso será efetuado para o responsável pelo pagamento das despesas descritas e emitidas na Nota Fiscal.

2. DEFINIÇÕES

2.1. Acidente de Trabalho ou "in tinere": acidente pessoal ocorrido no ambiente de trabalho, desde que o evento tenha ocorrido exclusivo e diretamente por causa externa, súbita, involuntária e causadora de lesão física no exercício da profissão dentro do ambiente de trabalho ou que tenha ocorrido no deslocamento residência / trabalho / residência necessário ao exercício da atividade profissional a serviço do empregador.

2.2. Acidente Típico: acidente que pode ocorrer em decorrência do exercício de função do empregado a serviço da Empresa.

3. RISCOS EXCLUÍDOS

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

a) acidentes ocorridos anteriormente à contratação do seguro:
b) perturbações e intoxicações alimentares de qualquer espécie;
c) eventos causados exclusivamente pela não utilização, pelo Segurado, de equipamentos de segurança exigidos por lei;
d) eventos causados exclusivamente pela ausência de habilitação do Segurado para condução de veículo automotor;
c) eventos em que o Segurado tenha intencionalmente atentado contra a vida e integridade física de outrem, consumado ou não, exceto em caso de legítima defesa ou assistência à pessoa em perigo.
d) Todo e qualquer dano estético, ainda que decorrente de acidente coberto;
e) estados de convalescença (após alta médica) e as despesas de acompanhantes;
f) aparelhos que se referem a órteses de qualquer natureza e a próteses, salvo as próteses pela perda de dente(s) natural(is) decorrente de Acidente Pessoal coberto;
g) cirurgias plásticas, exceto aquelas com finalidade comprovadamente restauradoras defunção, diretamente afetadas por Evento Coberto pelo seguro;
h) reposição de lentes, óculos, aparelhos ortodônticos etc.;
i) doenças profissionais ou ocupacionais, inclusive as decorrentes ou não de microtraumas de repetição, ou similares que venham a ser aceitas pela classe médico-científica, bem como as suas consequências pós-tratamentos, inclusive cirúrgicos, em qualquer tempo;
j) doenças, quaisquer que sejam suas causas, ainda que agravadas, direta ou indiretamente por acidente; ressalvadas as infecções, estados septicêmicos e embolias, resultantes de ferimento visível causado por acidente coberto;
k) intercorrências ou complicações em consequência da realização de exames, de tratamentos clínicos ou cirúrgicos, quando não decorrentes 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 de trabalho, não prevalecendo qualquer alteração de Capital Segurado efetuada posteriormente ao acidente.

5. REINTEGRAÇÃO DO CAPITAL SEGURADO

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

6. INÍCIO DE VIGÊNCIA

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

7.CESSAÇÃO DE COBERTURA

7.1 Para fins desta cobertura se aplicam as hipóteses previstas nos itens **13, 14 e 22** das Condições Gerais.

8. PRÊMIO

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

9. FRANQUIA

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

10. ÂMBITO TERRITORIAL DE COBERTURA

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

11.PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO

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

11.2. Os elementos essenciais para aferição e decisão sobre a existência de Cobertura, referentes à presente Cobertura são:
(i)o aviso de sinistro totalmente preenchido e
(ii) a entrega dos documentos associados à Cobertura pleiteada, conforme abaixo:
Para a análise do pagamento da Indenização, respeitado o disposto nas Condições Gerais item 20., além do aviso de sinistro devidamente preenchido, deverão ser apresentados os seguintes documentos:

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

• Formulário "Autorização para Crédito de Indenização" (formulário padrão MetLife), devidamente preenchido e assinado pelo segurado; cópias do RG, CPF e do comprovante de residência do Segurado;

• cópia do BO (Boletim de Ocorrência Policial) e/ou CAT (Comunicação de Acidente de 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;

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

• radiografias e/ou resultados dos exames realizados;

• notas fiscais e recibos originais das despesas médicas, hospitalares e/ou odontológicas. As notas fiscais referentes a despesas com medicamentos devem ser acompanhadas das respectivas prescrições médicas. No caso de retenção das Notas Fiscais originais pela Seguradora garantidora do seguro obrigatório DPVAT, em caso de acidente automobilístico, serão aceitas cópias autenticadas das Notas Fiscais, desde que acompanhadas de declaração emitida pelo responsável da referida seguradora, indicando quais as notas originais retidas, e informando o valor que será reembolsado a título de primeiro risco através do DPVAT;

• cópia da Ficha de Registro de Empregado, quando tratar-se de Apólice Coletiva, cujo Vínculo prévio seja empregatício;

• cópia dos 3 (três) últimos comprovantes de salário, quando tratar-se de Apólice Coletiva, cujo Vínculo prévio seja empregatício;

• cópia do Certificado Individual do Seguro;

• cópia da Conta da Concessionária com vencimento imediatamente anterior à ocorrência do Sinistro, quando tratar-se de Apólice cuja cobrança seja efetuada por intermédio de Conta de Concessionária;

• cópia do comprovante de quitação da Conta da Concessionária indicada no item anterior.

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

12. DISPOSIÇÕES GERAIS

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

COBERTURA DE DIAGNÓSTICO DE CÂNCER – (DC)

1. OBJETIVO

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

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

2. RISCOS EXCLUÍDOS

2.1 Além dos riscos expressamente excluídos na cláusula 5 das Condições Gerais, estão também excluídos desta cobertura, os eventos ocorridos em consequência, direta ou indireta de e/ou relacionados a:
a) Qualquer Câncer não invasivo (in situ), Doença de Hodgkin na fase I, todos o Câncer de pele com exceção do melanoma maligno invasivo (a partir da classificação Clark nível III), qualquer tumor em portadores de vírus da imunodeficiência humana,

carcinoma micropapilar da bexiga e leucemia linfocítica crônica (classificação Rai menor que III);

3. CAPITAL SEGURADO

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

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

4. INÍCIO DE VIGÊNCIA

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

5. CESSAÇÃO DE COBERTURA

5.1 Além das hipóteses previstas nos itens 13 e 14 e 22 das Condições Gerais, a cobertura do risco cessa ainda:
Para o Segurado:
a) simultaneamente, com o cancelamento da Apólice Coletiva ou da presente cobertura;
b) a partir da data em que ocorrer a exclusão do Segurado da Apólice Coletiva;
c) com o falecimento do Segurado;
d) com o pagamento da Indenização, se houver previsão de exclusão do Segurado da Apólice na respectiva cobertura contratada, que gerou a Indenização;

6. PRÊMIO

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

7. ÂMBITO TERRITORIAL DE COBERTURA

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

8. CARÊNCIA

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

9. PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO

9.1. Os elementos essenciais para aferição e decisão sobre a existência de Cobertura, referentes à presente Cobertura são:
(iii) o aviso de sinistro totalmente preenchido e

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

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

- Aviso de sinistro preenchido e assinado (formulário padrão MetLife);
- formulário "Autorização para Crédito de Indenização" (formulário padrão MetLife), devidamente preenchido e assinado pelo Segurado;
- Cópias do RG ,CPF e comprovante de residência do Segurado;
- Relatório médico informando desde quando o segurado recebeu o primeiro diagnóstico das doenças registradas na Declaração/Certidão de Óbito, descrição da evolução clínica e data em que iniciou o tratamento;
- Cópia de todos os documentos médicos e exames realizados;
- Cópia da Ficha de Registro do empregado, quando se tratar de Apólice Coletiva, cujo Vínculo prévio seja empregatício.
- Cópia dos 3 (três) últimos comprovantes de salário, quando se tratar de Apólice Coletiva, cujo Vínculo prévio seja empregatício;
- Cópia do Certificado Individual do Seguro;
- Cópia da Conta da Concessionária com vencimento imediatamente anterior à ocorrência do Sinistro, quando tratar-se de Apólice cuja cobrança seja efetuada por intermédio de Conta de Concessionária;
- Cópia do comprovante de quitação da Conta da Concessionária indicada no item anterior;
- Resultado do exame Anátomo- Patológico, comprovando a malignidade do Câncer;
- Relatório do médico assistente constando: nome do paciente, história clínica, tempo de evolução da doença, estadiamento, diagnóstico (CID-10), tratamento proposto e identificação do médico (nome e nº do CRM-UF);
- Na ausência do exame Anátomo-Patológico, poderão ser solicitados, a critério da seguradora, exames laboratoriais e de imagem que comprovem o diagnóstico.

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

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

14. DISPOSIÇÕES GERAIS

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

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

COBERTURA DE DIAGNÓSTICO DE CÂNCER FEMININO – (DCF)

1. OBJETIVO

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

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

2. RISCOS EXCLUÍDOS

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

3. CAPITAL SEGURADO

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

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

4. INÍCIO DE VIGÊNCIA

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

5. CESSAÇÃO DE COBERTURA

5.1. Além das hipóteses previstas nos itens 13, 14 e 22 das Condições Gerais, a cobertura do risco cessa ainda:
5.1.1 Para o Segurado:
a) simultaneamente, com o cancelamento da Apólice Coletiva ou da presente cobertura ;
b) a partir da data em que ocorrer a exclusão do Segurado da Apólice Coletiva;
c) com o falecimento do Segurado;

6. PRÊMIO

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

7. ÂMBITO TERRITORIAL DE COBERTURA

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

8. CARÊNCIA

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

9.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:
Para a análise do pagamento da Indenização, respeitado o disposto nas Condições Gerais item 20, além do aviso de sinistro devidamente preenchido, deverão ser apresentados os seguintes documentos:

- Aviso de sinistro preenchido e assinado (formulário padrão MetLife);
- formulário "Autorização para Crédito de Indenização" (formulário padrão MetLife), devidamente preenchido e assinado pelo Segurado;
- Cópias do RG CPF e comprovante de residência do Segurado;
- Relatório médico informando desde quando o segurado recebeu o primeiro diagnóstico das doenças registradas na Declaração/Certidão de Óbito, descrição da evolução clínica e data em que iniciou o tratamento;
- Cópia de todos os documentos médicos e exames realizados;
- Cópia da Ficha de Registro do empregado, quando se tratar de Apólice Coletiva, cujo Vínculo prévio seja empregatício.
- Cópia dos 3 (três) últimos comprovantes de salário, quando se tratar de Apólice Coletiva, cujo Vínculo prévio seja empregatício;
- Cópia do Certificado Individual do Seguro;
- Cópia da Conta da Concessionária com vencimento imediatamente anterior à ocorrência do Sinistro, quando tratar-se de Apólice cuja cobrança seja efetuada por intermédio de Conta de Concessionária;
- Cópia do comprovante de quitação da Conta da Concessionária indicada no item anterior;
- Resultado do exame Anátomo- Patológico comprovando a malignidade do Câncer;
- Na ausência do exame Anátomo-Patológico, poderão ser solicitados, a critério da seguradora, exames laboratoriais e de imagem que comprovem o diagnóstico.

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

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

10. DISPOSIÇÕES GERAIS

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

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

COBERTURA DE DIAGNÓSTICO DE CÂNCER FEMININO – (DCF2)

1. OBJETIVO

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

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

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

2. RISCOS EXCLUÍDOS

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

a) melanoma não invasivo, sarcoma de kaposi, queratose actínica, leucoplasia oral, papilomatose oral florida, doença de Bowen, eritroplasia de Queyrat, Corno cutâneo, queratoacantoma, carcinoma basocelular e espinocelular; carcinomas *in situ* (alteração do crescimento de superfícies epiteliais, em que as células normais são substituídas por células anaplásticas sem as características de comportamento da neoplasia, como invasão ou

metástases), qualquer tipo de displasia e outras lesões pré- neoplásticas de qualquer órgão e/ou tecido. Hiperplasia benigna da próstata e qualquer tipo de leucemia. Qualquer tipo de câncer benigno.

3. CAPITAL SEGURADO

3.1 O Capital Segurado para esta cobertura será estabelecido contratualmente e deverá constar nos respectivos Certificados Individuais do Seguro.
3.2. Para fins desta cobertura, considera-se como data do evento, para efeito de determinação do Capital Segurado, a data do diagnóstico comprovado da neoplasia maligna.

4. INÍCIO DE VIGÊNCIA

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

5. CESSAÇÃO DE COBERTURA

5.1 Além das hipóteses previstas nos itens **13, 14 e 22** das Condições Gerais, a cobertura do risco cessa ainda:
Para o Segurado:
a) simultaneamente, com o cancelamento da Apólice Coletiva ou da presente cobertura ;
b) a partir da data em que ocorrer a exclusão do segurado da Apólice Coletiva;
c) com o falecimento do Segurado;

6. PRÊMIO

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

7. ÂMBITO TERRITORIAL DE COBERTURA

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

8. CARÊNCIA

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

9. 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:

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

- Aviso de sinistro preenchido e assinado (formulário padrão MetLife);
- Formulário "Autorização para Crédito de Indenização" (formulário padrão MetLife), devidamente preenchido e assinado pelo Segurado;
- Cópias do RG, CPF e comprovante de residência do Segurado;
- Relatório médico informando desde quando o segurado recebeu o primeiro diagnóstico das doenças registradas na Declaração/Certidão de Óbito, descrição da evolução clínica e data em que iniciou o tratamento;
- Cópia de todos os documentos médicos e exames realizados;
- Cópia da Ficha de Registro do empregado, quando se tratar de Apólice Coletiva, cujo Vínculo prévio seja empregatício.
- Cópia dos 3 (três) últimos comprovantes de salário, quando se tratar de Apólice Coletiva, cujo Vínculo prévio seja empregatício;
- Cópia do Certificado Individual do Seguro;
- Cópia da Conta da Concessionária com vencimento imediatamente anterior à ocorrência do Sinistro, quando tratar-se de Apólice cuja cobrança seja efetuada por intermédio de Conta de Concessionária;
- Cópia do comprovante de quitação da Conta da Concessionária indicada no item anterior;
- Resultado do exame Anátomo- Patológico comprovando a malignidade do Câncer;
- Na ausência do exame Anátomo-Patológico, poderão ser solicitados, a critério da seguradora, exames laboratoriais e de imagem que comprovem o diagnóstico.

.Em caso de falecimento do Segurado entre o período do Diagnóstico de Câncer Feminino e a data do aviso do sinistro, a indenização será paga ao(s) herdeiros legais, conforme a lei.
Os referidos elementos devem ser submetidos pelo Segurado à Seguradora na forma e no prazo previstos nas Condições Gerais, sob pena de negativa de cobertura.

10.DISPOSIÇÕES GERAIS

10.1. Não será paga Indenização com base em diagnóstico feito exclusivamente por um membro da família ou por pessoa que viva na mesma residência

do Segurado, independentemente desta pessoa ser médico habilitado ou profissional de saúde.

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

COBERTURA DE DIAGNÓSTICO DE CÂNCER MASCULINO – (DCM)

1. OBJETIVO

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

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

2. RISCOS EXCLUÍDOS

2.1. Além dos riscos expressamente excluídos na cláusula 5 das Condições Gerais, estão também **excluídos desta cobertura , os eventos ocorridos em consequência, direta ou indireta de e/ou relacionados a:**
a) melanoma não invasivo, sarcoma de kaposi, queratose actínica, leucoplasia oral, papilomatose oral florida, doença de Bowen, eritroplasia de Queyrat, Corno cutâneo, queratoacantoma, carcinoma basocelular e espinocelular; carcinomas *in situ* (alteração do crescimento de superfícies epiteliais, em que as células normais são substituídas por células anaplásticas sem as características de comportamento da neoplasia, como invasão ou metástases), qualquer tipo de displasia e outras lesões pré-neoplásticas de qualquer órgão e/ou tecido. Hiperplasia benigna da próstata e qualquer tipo de leucemia. Qualquer tipo de câncer benigno.

3. CAPITAL SEGURADO

3.1. O Capital Segurado para esta cobertura será estabelecido contratualmente e deverá constar nos respectivos Certificados Individuais do Seguro.

3.2. Para fins desta cobertura, considera-se como data do evento, para efeito de determinação do Capital Segurado, a data do diagnóstico comprovado da neoplasia maligna.

4. INÍCIO DE VIGÊNCIA

4.1. Esta cobertura começa a vigorar, para todos os Segurados da Apólice, simultaneamente com o início de vigência da apólice, ou em data posterior, por meio de aditivo, quando esta cobertura for contratada após entrada em vigor da Apólice.

5. CESSAÇÃO DE COBERTURA

5.1. Além das hipóteses previstas nos itens 13, 14 e 22 das Condições Gerais, a cobertura do risco cessa ainda:
5.1.1. Para o Segurado:
a) simultaneamente, com o cancelamento da Apólice Coletiva ou da presente cobertura ;
b) a partir da data em que ocorrer a exclusão do Segurado da Apólice Coletiva;
c) com o falecimento do Segurado;

6. PRÊMIO

6.1. O Prêmio referente a esta cobertura estará previsto contratualmente.

7. ÂMBITO TERRITORIAL DE COBERTURA

7.1. Esta cobertura abrange os eventos ocorridos em todo o globo terrestre, salvo Disposições Contratuais em contrário.

8. CARÊNCIA

8.1. O período de carência poderá ser estabelecido contratualmente, respeitado o limite máximo de até 50% (cinquenta por cento) do período de vigência da Apólice e será contado a partir do início de vigência individual.

9.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:
Para a análise do pagamento da Indenização, respeitado o disposto nas Condições Gerais item 20.,

além do aviso de sinistro devidamente preenchido, deverão ser apresentados os seguintes documentos:

- Aviso de sinistro preenchido e assinado (formulário padrão MetLife);
- Formulário "Autorização para Crédito de Indenização" (formulário padrão MetLife), devidamente preenchido e assinado pelo Segurado;
- Cópias do RG, CPF e comprovante de residência do Segurado;
- Relatório médico informando desde quando o segurado recebeu o primeiro diagnóstico das doenças registradas na Declaração/Certidão de Óbito, descrição da evolução clínica e data em que iniciou o tratamento;
- Cópia de todos os documentos médicos e exames realizados;
- Cópia da Ficha de Registro do empregado, quando se tratar de Apólice Coletiva, cujo Vínculo prévio seja empregatício.
- Cópia dos 3 (três) últimos comprovantes de salário, quando se tratar de Apólice Coletiva, cujo Vínculo prévio seja empregatício;
- Cópia do Certificado Individual do Seguro;
- Cópia da Conta da Concessionária com vencimento imediatamente anterior à ocorrência do Sinistro, quando tratar-se de Apólice cuja cobrança seja efetuada por intermédio de Conta de Concessionária:
- Cópia do comprovante de quitação da Conta da Concessionária indicada no item anterior;
- Resultado do exame Anátomo- Patológico comprovando a malignidade do Câncer;
- Na ausência do exame Anátomo-Patológico, poderão ser solicitados, a critério da seguradora, exames laboratoriais e de imagem que comprovem o diagnóstico.

9.2. Em caso de falecimento do Segurado entre o período do Diagnóstico de Câncer Masculino e a data do aviso do sinistro, a indenização será paga aos herdeiros legais.

Os referidos elementos devem ser submetidos pelo Segurado à Seguradora na forma e no prazo previstos nas Condições Gerais, sob pena de negativa de cobertura.

10. DISPOSIÇÕES GERAIS

10.1 Não será paga Indenização com base em diagnóstico feito exclusivamente por um membro da família ou por pessoa que viva na mesma residência do Segurado, independentemente desta pessoa ser médico habilitado ou profissional de saúde.

10.2 Esta cobertura faz parte integrante das Condições Gerais da Apólice. As normas constantes desta cobertura, por serem mais específicas, prevalecem sobre quaisquer dispositivos existentes nas Condições Gerais que, em relação a esta cobertura , têm função subsidiária.

COBERTURA DE DIAGNÓSTICO DE CÂNCER MASCULINO – (DCM2)

1. OBJETIVO

1.1. Esta cobertura, exclusiva para o público masculino, desde que contratada, garante ao Segurado o pagamento do respectivo Capital Segurado individual contratado, quando diagnosticada a **neoplasia maligna** por médico habilitado em oncologia e demonstrada por resultado de exame anátomo-patológico, exceto se decorrente dos riscos excluídos.
1.2. As **neoplasias malignas** amparadas por esta cobertura são: **Próstata, Testículo** e **Pênis**.

1.3. Neoplasia Maligna (Câncer): é a doença caracterizada pela presença de um tumor maligno (crescimento descontrolado de células malignas com disseminação e invasão dos tecidos). O diagnóstico de Câncer deve ser confirmado pela evidência histológica de malignidade por oncologista ou patologista.

2. RISCOS EXCLUÍDOS

2.1. Além dos riscos expressamente excluídos na cláusula 5 das Condições Gerais, estão também excluídos desta cobertura , os eventos ocorridos em consequência, direta ou indireta de e/ou relacionados a:
a) melanoma não invasivo, sarcoma de kaposi, queratose actínica, leucoplasia oral, papilomatose oral florida, doença de Bowen, eritroplasia de Queyrat, Corno cutâneo, queratoacantoma, carcinoma basocelular e espinocelular; carcinomas *in situ* (alteração do crescimento de superfícies epiteliais, em que as células normais são substituídas por células anaplásticas sem as características de comportamento da neoplasia, como invasão ou metástases), qualquer tipo de displasia e outras lesões pré-neoplásticas de qualquer órgão e/ou tecido. Hiperplasia benigna da próstata e qualquer tipo de leucemia. Qualquer tipo de câncer benigno.

3. CAPITAL SEGURADO

3.1. O Capital Segurado para esta cobertura será estabelecido contratualmente e deverá constar nos respectivos Certificados Individuais do Seguro.
3.2. Para fins desta cobertura, considera-se como data do evento, para efeito de determinação do Capital Segurado, a data do diagnóstico comprovado da neoplasia maligna.

4. INÍCIO DE VIGÊNCIA

4.1. Esta cobertura começa a vigorar, para todos os Segurados da Apólice, simultaneamente com o início de vigência da apólice, ou em data posterior, por meio de aditivo, quando esta cobertura for contratada após entrada em vigor da Apólice.

5. CESSAÇÃO DE COBERTURA

5.1. Além das hipóteses previstas nos itens 13, 14 e 22 das Condições Gerais, a cobertura do risco cessa ainda:
5.1.1.
Para o Segurado:
a) simultaneamente, com o cancelamento da Apólice Coletiva ou da presente cobertura ;
b) a partir da data em que ocorrer a exclusão do Segurado da Apólice Coletiva;
c) com o falecimento do Segurado;

6. PRÊMIO

6.1. O Prêmio referente a esta cobertura estará previsto contratualmente.

7. ÂMBITO TERRITORIAL DE COBERTURA

7.1. Esta cobertura abrange os eventos ocorridos em todo o globo terrestre, salvo Disposições Contratuais em contrário.

8. CARÊNCIA

8.1. O período de carência poderá ser estabelecido contratualmente, respeitado o limite máximo de até 50% (cinquenta por cento) do período de vigência da Apólice e será contado a partir do início de vigência individual.

9. PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO

9.1. Os elementos essenciais para aferição e decisão sobre a existência de Cobertura, referentes à presente Cobertura são:
(iii) o aviso de sinistro totalmente preenchido e
(iv) a entrega dos documentos associados à Cobertura pleiteada, conforme abaixo:
Para a análise do pagamento da Indenização, respeitado o disposto nas Condições Gerais item 20., além do aviso de sinistro devidamente preenchido, deverão ser apresentados os seguintes documentos:

- Aviso de sinistro preenchido e assinado (formulário padrão MetLife);
- Formulário “Autorização para Crédito de Indenização” (formulário padrão MetLife), devidamente preenchido e assinado pelo Segurado;
- Cópias do RG (,CPF (e comprovante de residência do Segurado;
- Relatório médico informando desde quando o segurado recebeu o primeiro diagnóstico das doenças registradas na Declaração/Certidão de Óbito, descrição da evolução clínica e data em que iniciou o tratamento;
- Cópia de todos os documentos médicos e exames realizados;
- Cópia da Ficha de Registro do empregado, quando se tratar de Apólice Coletiva, cujo Vínculo prévio seja empregatício.
- Cópia dos 3 (três) últimos comprovantes de salário, quando se tratar de Apólice Coletiva, cujo Vínculo prévio seja empregatício;
- Cópia do Certificado Individual do Seguro;
- Cópia da Conta da Concessionária com vencimento imediatamente anterior à ocorrência do Sinistro, quando tratar-se de Apólice cuja cobrança seja efetuada por intermédio de Conta de Concessionária;
- Cópia do comprovante de quitação da Conta da Concessionária indicada no item anterior;
- Resultado do exame Anátomo- Patológico comprovando a malignidade do Câncer;
- Na ausência do exame Anátomo-Patológico, poderão ser solicitados, a critério da seguradora, exames laboratoriais e de imagem que comprovem o diagnóstico.

9.2. Em caso de falecimento do Segurado entre o período do Diagnóstico de Câncer Masculino e a data do aviso do sinistro, a indenização será paga aos herdeiros legais, conforme a lei.

Os referidos elementos devem ser submetidos pelo Segurado à Seguradora na forma e no prazo previstos nas Condições Gerais, sob pena de negativa de cobertura.

10. DISPOSIÇÕES GERAIS

10.1. Não será paga Indenização com base em diagnóstico feito exclusivamente por um membro da família ou por pessoa que viva na mesma residência do Segurado, independentemente desta pessoa ser médico habilitado ou profissional de saúde.

10.2. Esta cobertura faz parte integrante das Condições Gerais da Apólice. As normas constantes desta cobertura, por serem mais específicas, prevalecem sobre quaisquer dispositivos existentes nas Condições Gerais que, em relação a esta cobertura , têm função subsidiária.

COBERTURA DE DIAGNÓSTICO DE METASTASE– (DM)

1. OBJETIVO

1.1. Esta cobertura, desde que contratada, Garante ao Segurado o pagamento de uma **indenização quando diagnosticada a metástase** por médico habilitado com especialidade em oncologia e caracterizada por resultado de exame anátomo-patológico, exceto se decorrente dos riscos excluídos, observadas as demai cobertuas destas Condições Gerais e, se houver, do Contrato.

1.2. Câncer Metastásico: é a designação genérica de tumor maligno, caracterizado pelo desenvolvimento de células ditas malignas, no corpo humano e o aparecimento das mesmas em outros locais do organismo diferente do sitio primário.

1.3. O pagamento da Indenização relativa a esta Cláusula extingue, imediata e automaticamente, a cobertura integral do seguro, independentemente da cobrança do Prêmio.

2. RISCOS EXCLUÍDOS

2.1.Além dos riscos expressamente excluídos na cláusula 5 das Condições Gerais, estão também excluídos desta cobertura , os eventos ocorridos em consequência, direta ou indireta de e/ou relacionados a:
a) qualquer tumor em portadores de vírus da imunodeficiência humana;
b) Recidiva do câncer no mesmo órgão;
c) Metástase do câncer em linfonodos.

3. CAPITAL SEGURADO

3.1. O Capital Segurado para esta cobertura será estabelecido contratualmente e deverá constar nos respectivos Certificados Individuais do Seguro.

3.2. Para fins desta cobertura, considera-se como data do evento, para efeito de determinação do Capital Segurado, a data do diagnóstico comprovado da neoplasia maligna.

4. INÍCIO DE VIGÊNCIA

4.1. Esta cobertura começa a vigorar, para todos os Segurados da Apólice, simultaneamente com o início de vigência da apólice, ou em data posterior, por meio de aditivo, quando esta cobertura for contratada após entrada em vigor da Apólice.

5. CESSAÇÃO DE COBERTURA

5.1 Além das hipóteses previstas nos itens 13,14 e 22 das Condições Gerais, a cobertura do risco cessa ainda:

Para o Segurado:
a) simultaneamente, com o cancelamento da Apólice Coletiva ou da presente cobertura ;
b) a partir da data em que ocorrer a exclusão do Segurado da Apólice Coletiva;
c) com o falecimento do Segurado;

6.PRÊMIO

6.1. O Prêmio referente a esta cobertura estará previsto contratualmente.

7. ÂMBITO TERRITORIAL DE COBERTURA

7.1. Esta cobertura abrange os eventos ocorridos em todo o globo terrestre, salvo Disposições Contratuais em contrário.

8. CARÊNCIA

8.1.O período de carência poderá ser estabelecido contratualmente, respeitado o limite máximo de até 50% (cinquenta por cento) do período de vigência da Apólice e será contado a partir do início de vigência individual.

9. PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO

9.1. Os elementos essenciais para aferição e decisão sobre a existência de Cobertura, referentes à presente Cobertura são:
(v) o aviso de sinistro totalmente preenchido e
(vi) a entrega dos documentos associados à Cobertura pleiteada, conforme abaixo:
Para a análise do pagamento da Indenização, respeitado o disposto nas Condições Gerais item 20., além do aviso de sinistro devidamente preenchido, deverão ser apresentados os seguintes documentos:

- Aviso de sinistro preenchido e assinado (formulário padrão MetLife);
- Formulário “Autorização para Crédito de Indenização” (formulário padrão MetLife), devidamente preenchido e assinado pelo Segurado;
- Relatório médico informando desde quando o segurado recebeu o primeiro diagnóstico das doenças registradas na Declaração/Certidão de Óbito, descrição da evolução clínica e data em que iniciou o tratamento;
- Cópia de todos os documentos médicos e exames realizados;

- Cópia da Ficha de Registro do empregado, quando se tratar de Apólice Coletiva, cujo Vínculo prévio seja empregatício.
- Cópia dos 3 (três) últimos comprovantes de salário, quando se tratar de Apólice Coletiva, cujo Vínculo prévio seja empregatício;
- Cópia do Certificado Individual do Seguro;
- Cópia da Conta da Concessionária com vencimento imediatamente anterior à ocorrência do Sinistro, quando tratar-se de Apólice cuja cobrança seja efetuada por intermédio de Conta de Concessionária;
- Cópia do comprovante de quitação da Conta da Concessionária indicada no item anterior;
- Resultado do exame Anátomo-Patológico;
- Relatório do médico assistente constando: nome do paciente, história clínica, tempo de evolução da doença, estadiamento, diagnóstico (CID-10), tratamento proposto e identificação do médico (nome e nº do CRMUF);
- Exames laboratoriais e/ou endoscópicos e/ou radiológicos que comprovem o diagnóstico da metástase.

9.2. Em caso de falecimento do Segurado entre o período do Diagnóstico da Metástase e a data do aviso do sinistro, a indenização será paga ao(s) herdeiros legais.

Os referidos elementos devem ser submetidos pelo Segurado à Seguradora na forma e no prazo previstos nas Condições Gerais, sob pena de negativa de cobertura.

10. DISPOSIÇÕES GERAIS

10.1. Não será considerado válido para efeito de caracterização da cobertura e pagamento da respectiva indenização qualquer diagnóstico feito exclusivamente por um membro que tenha qualquer nível de parentesco sanguíneo ou por afinidade com Segurado ou por pessoa que viva na mesmaresidência do Segurado, independentemente desta pessoa ser médico habilitado ou profissional de saúde.

10.2. Esta cobertura faz parte integrante das Condições Gerais da Apólice. As normas constantes desta cobertura, por serem mais específicas, prevalecem sobre quaisquer dispositivos existentes nas Condições Gerais que, em relação a esta cobertura , têm função subsidiária.

COBERTURA PERDA DE RENDA PARCIAL (PRP)

1. OBJETIVO

1.1. Esta Cobertura, desde que contratada, **garante ao segurado o pagamento do valor determinado e limitado na apólice e certificado individual, em caso de Perda de Renda Parcial, para Profissionais Registrados, caracterizada por redução salarial, decorrente de redução da jornada de trabalho** prevista em programa governamental de proteção ao emprego, ao qual obrigatoriamente deve ter aderido a Empresa, ocorrida durante a vigência do seguro**, exceto se decorrente de Riscos Excluídos, observados os termos destas Condições Especiais, das Condições Gerais e as demais Disposições Contratuais.**

2. ELEGIBILIDADE

2.1. Somente será elegível ao recebimento da Indenização, o Segurado que, na data da redução salarial decorrente de redução da jornada de trabalho prevista em programa governamental de proteção ao emprego, comprovadamente possuir vínculo empregatício com a Empresa pelo período mínimo estabelecido na proposta de adesão ao seguro, desde que o seguro não esteja cancelado, a Cobertura suspensa ou o evento prescrito como risco excluído na data do evento.

2.1.1. O vínculo empregatício do Segurado deve ser mantido com uma pessoa física ou jurídica, através de Contrato de trabalho e a formalização na Carteira de Trabalho e Previdência Social (CTPS) e que receba pagamentos periódicos consecutivos, na data do evento.

2.1.2. Em caso de prorrogação, aprovada, para continuidade no Programa de Proteção ao Emprego, haverá cobertura considerando o limite contratado.

3. RISCOS EXCLUÍDOS

3.1. Além dos riscos expressamente excluídos na cláusula 5 das Condições Gerais, estão também excluídos desta cobertura , os eventos ocorridos em consequência, direta ou indireta de e/ou relacionados a:

a) Reduções salariais por quaisquer motivos que não sejam o PPE (Programa de Proteção ao Emprego);
b) Adesão do empregado a programas de demissão voluntária (PDV) de qualquer natureza ou incentivada e/ou por acordo coletivo de trabalho;
c) Extinção automática ou término do Contrato de trabalho, quando o Contrato tiver prazo determinado (Contrato a termo);
d) Quando o Segurado for profissional liberal, temporário ou terceiro;
e) quando o Segurado for membro do conselho de administração da empresa;
f) Quaisquer valores que não sejam contemplados no Programa de Proteção ao Emprego;

g) Segurados não considerados elegíveis a Indenização, conforme item 2.

4. CAPITAL SEGURADO

4.1. O Capital Segurado para esta cobertura será estabelecido contratualmente e deverá constar nos respectivos Certificados Individuais do Seguro.

4.1.1. O capital segurado será calculado considerando a redução do salário base do Titular do seguro (diferença entre o salário inicial e o salário após o programa do governo), multiplicado pelo percentual estabelecido na proposta de seguro e pela quantidade de meses que a empresa aderiu ao programa governamental de proteção ao emprego.

4.1.2. Esta indenização será paga em parcela única, observado o percentual e limite informados na proposta de adesão e no certificado individual.

5. REINTEGRAÇAO DO CAPITAL SEGURADO

5.1. Não haverá reintegração de capital.

6. CESSAÇÃO DE COBERTURA

6.1. Além das hipóteses previstas nos itens 13, 14 e 22 das Condições Gerais, a cobertura do risco cessa ainda:

Para o Segurado:

a) simultaneamente, com o cancelamento da Apólice Coletiva ou da presente cobertura ;
b) a partir da data em que ocorrer a exclusão do Segurado da Apólice Coletiva;
c) com o falecimento do Segurado;
d) com o pagamento da Indenização, se houver previsão de exclusão do Segurado da Apólice na respectiva cobertura contratada, que gerou a Indenização;
e) quando o segurado se aposentar

7. CARÊNCIA

7.1.O período de carência poderá ser estabelecido contratualmente, respeitado o limite máximo de até 50% (cinquenta por cento) do período de vigência da Apólice e será contado a partir do início de vigência individual.

8. ÂMBITO TERRITORIAL DE COBERTURA

8.1. Esta cobertura abrange os eventos ocorridos em todo o globo terrestre, salvo Disposições Contratuais em contrário.

9. DATA DO EVENTO

9.1. Para fins desta cobertura considera-se data do evento a data em que houver início a perda parcial da renda (redução salarial) do Segurado, desde que a Empresa, na data do evento, tenha comprovadamente aderido ao programa governamental de proteção ao emprego.

10. PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO

10.1 Os elementos essenciais para aferição e decisão sobre a existência de Cobertura, referentes à presente Cobertura são:
(vii)o aviso de sinistro totalmente preenchido e
(viii)a entrega dos documentos associados à Cobertura pleiteada, conforme abaixo:
Para a análise do pagamento da Indenização, respeitado o disposto nas Condições Gerais item 20., além do aviso de sinistro devidamente preenchido, deverão ser apresentados os seguintes documentos:

- Aviso de sinistro preenchido e assinado (formulário padrão MetLife);
- Formulário “Autorização para Crédito de Indenização” (formulário padrão MetLife), devidamente preenchido e assinado pelo Segurado;
- Cópia do RG (carteira de identidade), CPF (Cadastro de Pessoa Física) e do comprovante de residência do Segurado;
- Documento que comprove aprovação da Secretaria Executiva do Comitê do Programa de Proteção ao Emprego (SE-CPPE) para empresa aderir ao Programa De Proteção Ao Emprego (PPE);

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 SUSTENTABILIDADE ECONOMICA TEMPORARIA POR AFASTAMENTO ACIDENTÁRIO (SETA)

1. OBJETIVO

1.1. Esta Cobertura, desde que contratada **garante ao segurado o pagamento de valor determinado e limitado ao descrito na apólice, em caso de Perda de Renda, para Profissionais Liberais ou Autônomos, em consequência de acidente**, ocorrido durante a vigência do seguro, **exceto se decorrente de Riscos Excluídos, observados os termos destas Condições Especiais, das Condições Gerais e as demais Disposições Contratuais.**

2. ELEGIBILIDADE

2.1 Segurado Profissional Liberal ou Autônomo Vinculado a um Único Estipulante.
2.1.1. O segurado Profissional Liberal ou Autônomo regulamente inscrito junto ao INSS e estando adimplente com os devidos recolhimentos será considerado elegível ao recebimento da Indenização, em caso de afastamento ocorrido em virtude de acidente coberto que gere comprovada interrupção temporária e involuntária de exercer todas as suas atividades profissionais, mediante comprovação por laudo médico devidamente reconhecido pela Seguradora.

2.1.2 Somente terá direito a esta Cobertura o Segurado, profissional liberal ou autônomo em atividade profissional, que possua Contrato de trabalho devidamente reconhecido e homologado pelo Sindicato Patronal de sua base de vinculação com a Estipulante **pelo período mínimo de um mês de vínculo com o Estipulante a partir da data de homologação do contrato devidamente comprovado** .

2.2.3 Após um evento indenizado, o Segurado somente estará elegível à Indenização de um segundo evento da mesma Cobertura, **após 6 (seis)** meses, contados a partir da data do retorno a toda e qualquer atividade laborativa.

3. RISCOS EXCLUÍDOS

3.1.Além dos riscos expressamente excluídos na cláusula 5 das Condições Gerais, estão também excluídos desta cobertura , os eventos ocorridos em consequência, direta ou indireta de e/ou relacionados a:

3.1.1. Segurado Profissional Liberal ou Autônomo

a) gravidez;

b) procedimentos e/ou tratamentos, clínicos ou cirúrgicos, para esterilidade, infertilidade, inseminação artificial, impotência sexual, controle de natalidade, e, bem como suas consequências, inclusive períodos de convalescença a eles relacionados;

c) tratamentos clínicos ou cirúrgicos com finalidade estética, salvo quando necessárias à restauração das funções alteradas em razão de Sinistro ocorrido na vigência do seguro;

d) cirurgias plásticas (estéticas ou não) e períodos de convalescença a elas relacionados;

e) tratamentos para obesidade, em qualquer modalidade, inclusive gastroplastia redutora;

f) tratamentos para senilidade, geriatria, rejuvenescimento, repouso, convalescença e suas consequências;

g) tratamentos odontológicos e ortodônticos de quaisquer espécies, salvo quando decorrentes de acidente pessoal, ocorridos dentro do período de vigência do seguro;

h) doenças degenerativas da coluna vertebral, com exceção de tratamento cirúrgico;

i) doenças crônicas, mesmo em fase aguda, entendendo-se como tal aquelas caracterizadas por sua evolução longa e insidiosa, com período de melhora e piora, não respondendo satisfatoriamente a procedimentos terapêuticos;

j) doenças de características reconhecidamente progressivas, tais como fibromialgia, artrite reumatoide, osteoartrose, dor miofascial, esclerose múltipla, doença de Alzheimer, Doença de Parkinson, entre outras;

l) eventos causados exclusivamente pela não utilização, pelo Segurado, de equipamentos de segurança exigidos por lei;

m) eventos causados exclusivamente pela ausência de habilitação do Segurado para condução de veículo automotor;

n) eventos em que o Segurado tenha intencionalmente atentado contra a vida e integridade física de outrem consumado ou não, exceto em caso de legítima defesa ou assistência à pessoa em perigo.

o) Contrato de trabalho sem homologação Sindical.

p) Segurados não considerados elegíveis a Indenização, conforme item 2.

4. CAPITAL SEGURADO

4.1 O Capital Segurado para esta Cobertura será estabelecido contratualmente e deverá constar no respectivo Certificado.

4.1.1. valor máximo de cada parcela e a quantidade máxima de parcelas indenizáveis, serão estabelecidos na Apólice de Seguro.

• A indenização está limitada ao máximo de 6(seis) meses de afastamento e cessará, automaticamente, a partir do mês de caracterização de seu retorno, comprovado pelo INSS.

4.1.2 Saldos em atraso, assim como respectivas multas e juros, não estão cobertos, conforme estabelecido no Certificado .

4.2. Para fins desta cobertura considera-se data do evento, a data da Perda de Renda, sendo esta a data do primeiro dia do afastamento, conforme documentação comprobatória.

5. REINTEGRAÇÃO DO CAPITAL SEGURADO

5.1 O capital Segurado relativo a esta Cobertura está condicionado a 1(hum) evento/Ano., observado o disposto nos itens 2.1.

6. CESSAÇÃO DE COBERTURA

6.1. Além das hipóteses previstas nos itens 13, 14 e 22 das Condições Gerais, a cobertura do risco cessa ainda:
Para o Segurado:
a) simultaneamente, com o cancelamento da Apólice Coletiva ou da presente cobertura;
b) com o falecimento do Segurado

7. CARÊNCIA

7.1. Para os eventos decorrentes de Acidentes Pessoais não haverá Carência.

8. FRANQUIA

8.1 A franquia é de 15 (quinze) dias ininterruptos, por evento, conforme definido no Contrato de Seguro e/ou Certificado Individual do Seguro, contados a partir da data do início da incapacidade total e temporária do Segurado que o impeça de realizar toda e qualquer atividade laborativa.

9. AMBITO TERRITORIAL DE COBERTURA

9.1. Esta cobertura abrange os eventos ocorridos em todo o globo terrestre, salvo Disposições Contratuais em contrário.

10. DATA DO EVENTO

10.1 Considera-se data do evento, a data da perda de renda, sendo esta a data do primeiro dia do afastamento, conforme documentação comprobatória.

11. PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO

11.1 Os elementos essenciais para aferição e decisão sobre a existência de Cobertura, referentes à presente Cobertura são:
(i) o aviso de sinistro totalmente preenchido e
(ii) a entrega dos documentos associados à Cobertura pleiteada, conforme abaixo:
Para a análise do pagamento da Indenização, respeitado o disposto nas Condições Gerais item 20., além do aviso de sinistro devidamente preenchido, deverão ser apresentados os seguintes documentos:

• Aviso de sinistro preenchido e assinado (formulário padrão MetLife);
• formulário "Autorização para Crédito de Indenização" (formulário padrão MetLife), devidamente preenchido e assinado pelo Segurado;
• Cópias do RG, CPF e comprovante de residência do Segurado;
• Relatório médico informando desde quando o segurado recebeu o primeiro diagnóstico do quadro médico apresentado, bem como descrição da evolução clínica e data em que iniciou o tratamento, bem como o início e término definido pelo médico como afastamento de trabalho. No caso de acidente, deverá conter a data do acidente, o percentual do déficit funcional apresentado por segmento, a data de confirmação da alta médica e, obrigatoriamente, da reabilitação;
• Exames médicos complementares realizados;
• Comprovante de recolhimento do INSS - os três últimos anteriores ao afastamento;
• Cópia do Contrato de trabalho devidamente reconhecido firma e homologado pelo Sindicato Patronal de sua base de vinculação com 1 (mês) que antecedem ao afastamento.

Os referidos elementos devem ser submetidos pelo Segurado à Seguradora na forma e no prazo previstos

nas Condições Gerais, sob pena de negativa de cobertura.

12. DISPOSIÇÕES GERAIS

12.1 Esta cobertura faz parte integrante das Condições Gerais da Apólice. As normas constantes desta cobertura, por serem mais específicas, prevalecem sobre quaisquer dispositivos existentes nas Condições Gerais que, em relação a esta cobertura , têm função subsidiária.

COBERTURA DE AUXÍLIO MEDICAMENTO POR ACIDENTE SETA (AMASETA)

1. OBJETIVO

1.1. Esta Cobertura, desde que contratada, garante ao Segurado o **pagamento das despesas com medicamentos ocorrido em caso de Perda de Renda, para Profissionais Liberais ou Autônomos (SETA), causada exclusivamente por Acidente Pessoal** coberto por período superior ao estabelecido contratualmente, **exceto se decorrente de Riscos Excluídos, observados os demais termos desta** Cobertura**, das Condições Gerais e as demais Disposições Contratuais.**

1.2.A presente Cobertura **somente poderá ser contratada desde que contratada a Cobertura de Sustentabilidade Econômica Temporária por Afastamento Acidentário (SETA).**

2. DEFINIÇÕES

2.1. Para fins desta Cobertura **prevalecem as disposições previstas no item "Definições" da** Cobertura **de Sustentabilidade Econômica Temporária por Afastamento Acidentário (SETA).**

3. RISCOS EXCLUÍDOS

3.1. Além dos riscos expressamente excluídos na cláusula 5 das Condições Gerais, estão também excluídos desta cobertura , os eventos ocorridos em consequência, direta ou indireta de e/ou relacionados a:

a) acidentes ocorridos anteriormente à contratação do seguro;

b) perturbações e intoxicações alimentares de qualquer espécie;

c) eventos causados exclusivamente pela não utilização, pelo Segurado, de equipamentos de segurança exigidos por lei;

d) eventos causados exclusivamente pela ausência de habilitação do Segurado para condução de veículo automotor;

e) eventos em que o Segurado tenha intencionalmente atentado contra a vida e integridade física de outrem, consumado ou não, exceto em caso de legítima defesa ou assistência à pessoa em perigo.

f) tratamentos clínicos ou cirúrgicos experimentais e/ou não previstos no Código Brasileiro de Ética Médica e/ou não reconhecidos pelo Ministério da Saúde;

g) tratamento odontológico de qualquer espécie e suas conseqüências;

h) tratamentos clínicos ou cirúrgicos com finalidade estética;

i) cirurgias plásticas (estéticas ou não);

j) diárias de internação não necessárias para o efetivo tratamento médico, tais como, mas não se limitando a, espera para a realização de cirurgia; disponibilidade para exames;internação com a finalidade exclusiva de realização de exames de qualquer natureza para fins de avaliação do estado de saúde, inclusive check-up.

4. CAPITAL SEGURADO

4.1. O Capital Segurado para esta cobertura será estabelecido contratualmente e deverá constar nos respectivos Certificados Individuais do Seguro.

4.2. Para fins desta Cobertura, considera-se como data do evento, a data da Perda de Renda, sendo esta data do primeiro dia do afastamento, conforme documentação comprobatória

5. REINTEGRAÇÃO DO CAPITAL SEGURADO

5.1. O Capital Segurado relativo a esta cobertura será totalmente reintegrado de forma automática, após cada Indenização por Evento Coberto, sem cobrança de Prêmio adicional.

6. INÍCIO DE VIGÊNCIA

6.1. A garantia compreendida por esta Cobertura começa a vigorar, para todos os Segurados da Apólice, simultaneamente com o início da vigência da Apólice, ou

em data posterior, por meio de aditivo, quando esta Cobertura for contratada após entrada em vigor da Apólice.

7. CESSAÇÃO DE COBERTURA

7.1. Além das hipóteses previstas nos itens 13, 14 e 22 das Condições Gerais, a cobertura do risco cessa ainda:

Para o Segurado:

a) simultaneamente, com o cancelamento da Apólice Coletiva ou da presente cobertura ;

b) a partir da data em que ocorrer a exclusão do Segurado da Apólice Coletiva;

c) com o falecimento do Segurado;

d) com o pagamento da Indenização, se houver previsão de exclusão do Segurado da Apólice na respectiva cobertura contratada, que gerou a Indenização.

8. PRÊMIO

8.1. O Prêmio referente a esta cobertura estará previsto contratualmente.

9. ÂMBITO TERRITORIAL DE COBERTURA

9.1. Esta cobertura abrange os eventos ocorridos em todo o globo terrestre, salvo Disposições Contratuais em contrário.

10. PAGAMENTO DE AUXÍLIO MEDICAMENTO

10.1. Em caso de falecimento do Segurado durante o Período de Hospitalização Indenizável, a(s) diária(s) devida(s) e eventualmente não ndenizada(s) será(ão) paga(s) de acordo com o que estabelece a lei.:

10.1. Os elementos essenciais para aferição e decisão sobre a existência de Cobertura, referentes à presente Cobertura são:

(i) o aviso de sinistro totalmente preenchido e

(ii) a entrega dos documentos associados à Cobertura pleiteada, conforme abaixo:

Para a análise do pagamento da Indenização, respeitado o disposto nas Condições Gerais item 20., além do aviso de sinistro devidamente preenchido, deverão ser apresentados os seguintes documentos:

- Aviso de sinistro preenchido e assinado (formulário padrão MetLife);
- formulário “Autorização para Crédito de Indenização” (formulário padrão MetLife), devidamente preenchido e assinado pelo Segurado;
- cópias do RG, CPF e comprovantes de residência do Segurado e, quando for o caso, de cada um dos Beneficiários;
- cópia do Prontuário Hospitalar completo;

declaração original assinada e carimbada por representante do Hospital indicando data e hora de entrada e de alta hospitalar, mencionando períodos de enfermaria e UTI;

- cópia do BO (Boletim de Ocorrência Policial) e/ou CAT (Comunicação de Acidente do Trabalho), se Acidente do Trabalho),;
- cópia da CNH (Carteira Nacional de Habilitação), em caso de acidente com veículo dirigido pelo Segurado;
- cópia do Laudo do Exame de Dosagem Alcoólica e/ou Toxicológico, se realizado(s);
- cópia do laudo da perícia técnica realizada no local do acidente, se houver;
- cópia do resultado de exames complementares realizados;
- cópia da Ficha de Registro de Empregado, quando tratar-se de Apólice Coletiva, cujo Vínculo prévio seja empregatício;
- cópia dos 3 (três) últimos comprovantes de salário, quando tratar-se de Apólice Coletiva, cujo vínculo prévio seja empregatício;
- cópia do Certificado Individual do Seguro;
- cópia da Conta da Concessionária com vencimento imediatamente anterior à ocorrência do Sinistro, quando tratar-se de Apólice cuja cobrança seja efetuada por intermédio de Conta de Concessionária;
- cópia do comprovante de quitação da Conta da Concessionária indicada no item anterior.

Os referidos elementos devem ser submetidos pelo Segurado à Seguradora na forma e no prazo previstos nas Condições Gerais, sob pena de negativa de cobertura.

11. DISPOSIÇÕES GERAIS

11.1. Esta cobertura faz parte integrante das Condições Gerais da Apólice. As normas constantes desta cobertura, por serem mais específicas, prevalecem sobre quaisquer dispositivos existentes nas Condições Gerais que, em relação a esta cobertura , têm função subsidiária.

COBERTURA DE AUXÍLIO INVALIDEZ POR APOSENTADORIA

1. OBJETIVO

1.1. Esta Cobertura, desde que contratada, garante ao segurado o pagamento de uma Indenização correspondente a 01 (um) salário nominal, respeitados os limites estabelecidos contratualmente, em consequência da concessão do benefício de aposentadoria decorrente a Invalidez junto ao INSS, pago de uma única vez, após o INSS declarar a concessão da aposentadoria, **exceto se decorrente de Riscos Excluídos, observados os demais termos desta** Cobertura**, das Condições Gerais e as demais Disposições Contratuais.**

2. DEFINIÇÃO

2.1 Salário nominal: é o valor pago como contraprestação dos serviços prestados pelo empregado.

3. RISCOS EXCLUÍDOS

3.1.Além dos riscos expressamente excluídos na cláusula 5 das Condições Gerais, estão também excluídos desta cobertura , os eventos ocorridos em consequência, direta ou indireta de e/ou relacionados a: Tratamento endovascular de aneurisma da artéria aorta (endoprótese);

a) doenças e acidentes preexistentes, assim entendido: estados mórbidos e doenças contraídas anteriormente à contratação do seguro, de conhecimento do Segurado e não declaradas no ato da contratação, bem como os acidentes sofridos pelo Segurado antes da contratação do seguro.
b)eventos causados exclusivamente pela não utilização, pelo Segurado, de equipamentos de segurança exigidos por lei;
b) eventos causados exclusivamente pela ausência de habilitação do Segurado para condução de veículo automotor;
c) eventos em que o Segurado tenha intencionalmente atentado contra a vida e integridade física de outrem, consumado ou não, exceto em caso de legítima defesa ou assistência à pessoa em perigo;
d) todo e qualquer dano estético, ainda que decorrente de acidente coberto;
e) perda de dentes, ainda que decorrente de acidente coberto
f) quadros clínicos incapacitantes, com repercussões clínicas parciais que não impliquem em perda da existência independente do Segurado;
g) doenças agravadas por traumatismos;
h) invalidez que limite total ou parcialmente a capacidade laborativa do Segurado;
i) quaisquer valores referentes a débitos do empregado junto ao empregador, tais como, mas não se limitando a empréstimos contraídos, quaisquer convênios (farmácias,academias, entre outros), associações com grêmios, aquisição de bens da empresa, mesmo que lançados nas verbas rescisórias como outros descontos.
j) eventos decorrentes, diretamente ou indiretamente, de acidentes;
k) quadros clínicos incapacitantes, com repercussões clínicas parciais que não impliquem em perda da existência independente do Segurado;
l) doenças agravadas por traumatismos;
m) invalidez que limite total ou parcialmente a capacidade laborativa do Segurado.

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 de concessão da Aposentadoria pelo INSS.

5. INÍCIO DE VIGÊNCIA

5.1. A garantia compreendida por esta Cobertura começa a vigorar, para todos os Segurados da Apólice, simultaneamente com o início de vigência da Apólice, ou em data posterior, por meio de aditivo, quando esta Cobertura for contratada após entrada em vigor da Apólice.

6. CESSAÇÃO DE COBERTURA

6.1. Além das hipóteses previstas nos itens 13, 14 e 22 das Condições Gerais, a cobertura do risco cessa ainda:

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 será não contributário, sendo este previsto contratualmente.

8. ÂMBITO TERRITORIAL DE COBERTURA

8.1. Esta Cobertura abrange os eventos ocorridos em território nacional, 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:
Para a análise do pagamento da Indenização, respeitado o disposto nas Condições Gerais item 20., além do aviso de sinistro devidamente preenchido, deverão ser apresentados os seguintes documentos:

- Aviso de sinistro preenchido e assinado (formulário padrão MetLife);
- Formulário "Autorização para Crédito de Indenização" (formulário padrão MetLife), devidamente preenchido e assinado pelo Segurado;
- cópias do RG, CPF e comprovante de residência do Segurado;
- Carta de Concessão da Aposentadoria por Invalidez
- cópia da Ficha de Registro de empregado, quando tratar-se de Apólice Coletiva, cujo Vínculo prévio seja empregatício;
- cópia dos 3 (três) últimos comprovantes de salário, quando tratar-se de Apólice Coletiva, cujo vínculo prévio seja empregatício;
- cópia do BO (Boletim de Ocorrência Policial) e/ou CAT (Comunicação de Acidente do Trabalho), se Acidente do Trabalho),;
- cópia da CNH (Carteira Nacional de Habilitação), em caso de acidente com veículo dirigido pelo Segurado; se acidente;
- cópia do Laudo do Exame de Dosagem Alcoólica e/ou Toxicológico, se realizado(s); se acidente;
- cópia do laudo da perícia técnica realizada no local do acidente, se houver;

Os referidos elementos devem ser submetidos pelo Segurado à Seguradora na forma e no prazo previstos nas Condições Gerais, sob pena de negativa de cobertura.

10. DISPOSIÇÕES GERAIS

10.1. Esta cobertura faz parte integrante das Condições Gerais da Apólice. As normas constantes desta cobertura, por serem mais específicas, prevalecem sobre quaisquer dispositivos existentes nas Condições Gerais que, em relação a esta cobertura , têm função subsidiária.

COBERTURA DE VERBAS RESCISÓRIAS POR INCAPACITAÇÃO PERMANENTE (VRI)

1. OBJETIVO

1.1. Esta cobertura, desde que contratada, garante ao Estipulante/ Subestipulante o pagamento de uma Indenização, a título de reembolso das despesas com pagamento de verbas rescisórias, respeitados os limites estabelecidos contratualmente, em consequência exclusiva de **Incapacitação Permanente o segurado seja decorrente de causa de Invalidez por Doença – Funcional ou Invalidez Permanente Total por Acidente.** As verbas rescisórias serão devidas ao empregado aposentado por invalidez que, seja dispensado pelo empregador ou que requeira a rescisão do Contrato de Trabalho, **exceto se decorrente de Riscos Excluídos, observados os demais termos desta Cláusula, das Condições Gerais e as demais Disposições Contratuais**.

2. DEFINIÇÕES

2.1. Agravo Mórbido: piora de uma doença.
2.2. Alienação Mental: distúrbio mental ou neuromental em que haja alteração completa da personalidade, comprometendo em definitivo o pensamento lógico (juízo de valor), a 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 a vida civil.
2.3. Aparelho Locomotor: conjunto de estruturas destinadas ao deslocamento do corpo humano.
2.4. Atividade Laborativa: qualquer ação ou trabalho por meio do qual o Segurado obtenha maior renda.
2.5. Auxílio: a ajuda através de recurso humano e ou de utilização de estruturas ou equipamentos de apoio físico.
2.6. Ato Médico: procedimento técnico-profissional praticado por médico legalmente habilitado e regido por Resolução específica do Conselho Federal de Medicina.
2.7. Cardiopatia Grave: doença do coração assim classificada segundo os critérios constantes do "Consenso Nacional de Cardiopatia Grave".
2.8. Cognição: conjunto de processos mentais usados no pensamento, na memória, na percepção, na classificação, no reconhecimento etc.
2.9. Conectividade com a Vida: capacidade do ser humano de se relacionar com o meio externo que o cerca.
2.10. Consumpção: definhamento progressivo e lento do organismo humano produzido por doença.

2.11. Dados Antropométricos: no caso da Garantia de Invalidez por Doença - Funcional, o peso e a altura do Segurado.
2.12. Deambular: ato de andar livremente.
2.13. 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.
2.14. 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.
2.15. Disfunção Imunológica: incapacidade do organismo de produzir elementos de defesa contra agentes estranhos causadores de doença.
2.16. Doença Crônica: doença com período de evolução que ultrapassa a fase inicial, persistindo ativa por tempo indeterminado.
2.17. Doença Crônica em Atividade: doença crônica que se mantém ativa apesar do tratamento.
2.18. Doença Crônica de Caráter Progressivo: doença crônica que se mantém evolutiva em curso de piora, apesar do tratamento.
2.19. 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.
2.20. Doença Neoplásica Maligna Ativa: crescimento celular desordenado, provocado por alterações genéticas 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.
2.21. Doença Profissional: aquela que decorre especificamente do exercício de determinada profissão.
2.22. Estados Conexos: representa o relacionamento consciente e normal do Segurado com o meio externo.
2.23. Etiologia: causa de cada doença.
2.24. Fatores de Risco e Morbidade: aquilo que favorece ou facilita o aparecimento ou a manutenção de uma doença, ou que com ela interage.
2.25. Hígidez: estado saudável.
2.26. Médico Assistente: médico que está assistindo ao Segurado ou que já lhe tenha prestado assistência continuada.
2.27. Prognóstico: juízo médico baseado no diagnóstico e nas possibilidades terapêuticas acerca da duração, evolução e termo de uma doença.
2.28. Quadro Clínico: conjunto das manifestações mórbidas objetivas e subjetivas apresentadas por um doente.
2.29. Recidiva: reaparecimento de uma doença algum tempo depois de um acometimento.
2.30. Refratariedade Terapêutica: incapacidade do organismo humano em responder positivamente ao tratamento instituído.
2.31. 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.
2.32. Relações Existenciais: aquelas que capacitam a autonomia existencial do ser humano em suas relações de conectividade com a vida.
2.33. Sentido de Orientação: faculdade do indivíduo se identificar, relacionar e se deslocar livremente,sem qualquer auxílio, como o meio ambiente externo que o cerca.
2.34. Seqüela: qualquer lesão anatômica ou funcional que permaneça depois de encerrada a evolução clínica de uma doença.
2.35. Transferência Corporal: capacidade do Segurado se deslocar de um local para outro, sem qualquerauxílio.
2.36. Acidente Pessoal: para fins desta Cláusula prevalece o conceito indicado no item “Definições” das Condições Gerais deste seguro.
2.37. Invalidez Permanente Total por Acidente: para fins desta Cláusula é a perda, redução ou impotência funcional definitiva e total prevista na Tabela para Cálculo de Percentuais de Indenização em caso de Invalidez Permanente Total por Acidente, conforme item 6 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.
2.37.1. 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.
2.37.2. A invalidez de um membro ou órgão já defeituoso antes do acidente não dá direito a Indenização total.
2.37.3. 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 COBERTOS

3.1. Considera-se como Risco Coberto a Invalidez por Doença – Funcional , em consequência de doença que cause 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 seqüelas encefálicas e/ou medulares que acarretem repercussões deficitárias na totalidade de algum órgão vital e/ou sentido de orientação e/ou das funções de dois membros, em grau máximo;
f) doenças do aparelho locomotor, de caráter degenerativo com total e definitivo impedimento da capacidade de transferência corporal;
g) deficiência visual:
• cegueira, na qual a acuidade visual é igual ou menor que 0,05 no melhor olho, com a melhor
correção óptica;
• baixa visão, que significa acuidade visual entre 0,3 e 0,05 no melhor olho, com a melhor
correção óptica;
• casos nos quais a somatória da medida do campo visual em ambos os olhos for igual ou menor
que 60º;
• ocorrência simultânea de quaisquer das condições anteriores.

h) doença evoluída sob um estágio clínico que possa ser considerado como terminal (doença em estágio terminal), desde que atestado por profissional legalmente habilitado;

i) estados mórbidos, a seguir relacionados:
• perda completa e definitiva da totalidade das funções de dois membros; ou

• perda completa e definitiva da totalidade das funções das duas mãos ou de dois pés; ou
• perda completa e definitiva da totalidade das funções de uma das mãos associada à de um dos pés.

3.2. Outros quadros clínicos serão reconhecidos como riscos cobertos desde que, avaliados através de Instrumento de Avaliação de Invalidez Funcional - IAIF (anexo), e que o Segurado atinja a marca mínima exigida de 60 (sessenta) pontos, em um total de 80 (oitenta) pontos previstos como possíveis.

3.2.1. O IAIF é composto por dois documentos. O primeiro (Tabela de Relações Existenciais, Condições Médicas e Estruturais e de Estados Conexos) avalia, através de escalas, compreendendo 3 graduações cada, as condições médicas e de conectividade com a vida (Atributos).

3.2.1.1 O 1º (primeiro) grau de cada atributo descreve situações que caracterizam independência do Segurado na realização de tarefas, ainda que com alguma dificuldade ou desconforto. O quadro clínico será classificado neste grau apenas quando todas as situações ali previstas forem reconhecidas.

3.2.1.2. Para a classificação no 2º (segundo) ou no 3º (terceiro) Grau, basta que ocorra uma das situações ali descritas.

3.2.1.3. Todos os Atributos constantes no primeiro documento serão, obrigatoriamente, avaliados e pontuados.

3.2.2. O segundo documento (Tabela de Dados Antropométricos, Fatores de Risco e de Morbidade) valoriza cada uma das situações ali previstas.

3.2.2.1. Os itens da tabela deverão ser pontuados sempre que haja o reconhecimento da situação descrita.

3.3. Considera-se como Risco Coberto da Invalidez Permanente Total por Acidente 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.

4. RISCOS EXCLUÍDOS

4.1. Além dos riscos expressamente excluídos na cláusula 5 das Condições Gerais, estão também excluídos desta cobertura , 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) doenças agravadas por traumatismos;

c) invalidez que limite total ou parcialmente a capacidade laborativa do Segurado.

b) quadros clínicos incapacitantes, com repercussões clínicas parciais que não impliquem em perda da existência independente do Segurado;

c) doenças agravadas por traumatismos;

4.2. Além dos riscos expressamente excluídos apresentados no Conceito de Acidente Pessoal, estão também excluídos da presente Cláusula, os eventos ocorridos em consequência, direta ou indireta de e/ou relacionados a:

a) acidentes ocorridos anteriormente à contratação do seguro;

b) perturbações e intoxicações alimentares de qualquer espécie;

c) eventos causados exclusivamente pela não utilização, pelo Segurado, de equipamentos de segurança exigidos por lei;

d) eventos causados exclusivamente pela ausência de habilitação do Segurado para condução de veículo automotor;

e) eventos em que o Segurado tenha intencionalmente atentado contra a vida e integridade física de outrem, consumado ou não, exceto em caso de legítima defesa ou assistência à pessoa em perigo;

f) todo e qualquer dano estético, ainda que decorrente de acidente coberto;

g) perda de dentes, ainda que decorrente de acidente coberto.

5. CAPITAL SEGURADO

5.1 Reconhecida a Invalidez por Doença do tipo Funcional ou Invalidez Permanente Total por Acidente pela Seguradora, o pagamento do Capital Segurado para esta Cláusula será estabelecido contratualmente e deverá constar nos respectivos Certificados Individuais do Seguro.

5.2 Para fins desta Cláusula, considera-se como data do evento, para efeito de determinação do Capital Segurado, a data da Rescisão do Contrato de Trabalho.

6. TABELA PARA CÁLCULO DE PERCENTUAIS DE INDENIZAÇÃO EM CASO DE INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL POR ACIDENTE

INVALIDEZ PERMANENTE	DISCRIMINAÇÃO	% SOBRE O CAPITAL
TOTAL	Perda total da visão de ambos os olhos	100
	Perda total do uso de ambos os membros superiores	100
	Perda total do uso de ambos os membros inferiores	100
	Perda total do uso de ambas as mãos	100
	Perda total do uso de um membro superior e um membro inferior	100
	Perda total do uso de uma das mãos e de um dos pés	100
	Perda total do uso de ambos os pés	100
	Alienação mental total e incurável	100
	Nefrectomia bilateral	100

7. COMPROVAÇÃO DA INVALIDEZ

7.1 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.

7.2. 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.

7.3. 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.

8. INÍCIO DE VIGÊNCIA

8.1. A garantia compreendida por esta Cláusula 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 Cláusula for contratada após entrada em vigor da Apólice.

9. CESSAÇÃO DE COBERTURA

9.1. Além das hipóteses previstas nos itens 13, 14 e 22 das Condições Gerais, a cobertura do risco cessa ainda:

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 Cláusula será não contributário, sendo este previsto contratualmente.

11. ÂMBITO TERRITORIAL DE COBERTURA

11.1 Esta Cláusula abrange os eventos ocorridos em território nacional, salvo Disposições Contratuais em contrário.

12. PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO

12.1 Os elementos essenciais para aferição e decisão sobre a existência de Cobertura, referentes à presente Cobertura são:
(i) o aviso de sinistro totalmente preenchido e
(ii) a entrega dos documentos associados à Cobertura pleiteada, conforme abaixo:
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:

a) Invalidez por Doença – Funcional (IPD-F)

• Aviso de sinistro preenchido e assinado (formulário padrão MetLife);
• Formulário "Autorização para Crédito de Indenização" (formulário padrão MetLife), devidamente preenchido e assinado pelo Segurado;
• cópias do RG, CPF e comprovante de residência do Segurado;
• relatórios médicos e resultados de exames complementares realizados, que comprovem satisfatoriamente a incapacidade do Segurado;
• Documentos que comprove a alta medica do INSS;
• cópia da Ficha de Registro de empregado, quando tratar-se de Apólice Coletiva, cujo Vínculo prévio seja empregatício;
• cópia dos 3 (três) últimos comprovantes de salário, quando tratar-se de Apólice Coletiva, cujo Vínculo prévio seja empregatício;
• cópia do Termo de Rescisão do Contrato de Trabalho, devidamente assinado pelo empregador e pelo representante do empregado, quando se tratar de Apólice Coletiva, cujo Vínculo prévio seja empregatício;

b) Invalidez Permanente Total por Acidente (IPTA)

• formulário "Aviso de Sinistro", devidamente preenchido e assinado pelo Segurado e pelo médico que atendeu o Segurado por ocasião do acidente, com indicação da especialidade e CRM;
• formulário "Autorização para Crédito de Indenização", devidamente preenchido e assinado pelo Segurado;
• cópias do RG, CPF e comprovante de residência do Segurado;
• cópia do BO (Boletim de Ocorrência Policial) e/ou CAT (Comunicação de Acidente do Trabalho), se Acidente do Trabalho),;
• cópia da CNH (Carteira Nacional de Habilitação), em caso de acidente com veículo dirigido pelo Segurado;
• cópia do Laudo do Exame de Dosagem Alcoólica e/ou Toxicológico, se realizado(s);
• cópia do laudo da perícia técnica realizada no local do acidente, se houver;
• radiografia e resultados de exames realizados;
• Documentos que comprove a alta medica do INSS;
• cópia da Ficha de Registro do empregado, quando se tratar de Apólice Coletiva, cujo Vínculo prévio seja empregatício;
• cópia dos 3 (três) últimos comprovantes de salário, quando se tratar de Apólice Coletiva, cujo Vínculo prévio seja empregatício;
• cópia do Termo de Rescisão do Contrato de Trabalho, devidamente assinado pelo empregador e pelo representante do empregado, quando se tratar de Apólice Coletiva, cujo Vínculo prévio seja empregatício;

Os referidos elementos devem ser submetidos pelo Segurado à Seguradora na forma e no prazo previstos nas Condições Gerais, sob pena de negativa de cobertura.

13. DISPOSIÇÕES GERAIS

13.1. Esta cobertura faz parte integrante das Condições Gerais da Apólice. As normas constantes desta cobertura, por serem mais específicas, prevalecem sobre quaisquer dispositivos existentes nas Condições Gerais que, em relação a esta cobertura , têm função subsidiária.

ANEXO
INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DE INVALIDEZ FUNCIONAL – IAIF

DOCUMENTO 01-
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.	00
	2º GRAU: o Segurado apresenta desorientação; necessita de auxílio à locomoção e ou para sair à rua; comunica-secom dificuldade; realiza parcialmente as atividades do cotidiano; possui restrições médicas de ordem relativas ou prejuízo intelectual e ou de cognição.	10
	3º GRAU: o Segurado apresenta-se retido ao lar; tem perda na mobilidade ou na fala; não realiza atividades do cotidiano; possui restrições médicas impeditivas de ordem totalitária ou apresenta algum grau de alienação mental.	20
CONDIÇÕES CLÍNICAS E ESTRUTURAIS DO SEGURADO	1° GRAU: o Segurado apresenta-se hígido; capaz de livre movimentação; não apresenta evidência de disfunção e ou insuficiência de órgãos, aparelhos ou sistemas, possuindo visão em grau que lhe permita desempenhar suas tarefas normais.	00
	2° GRAU: o Segurado apresenta disfunção(ões) e ou insuficiência(s) comprovadas como repercussões secundárias de doenças agudas ou crônicas, em estágio que o obrigue a depender de suporte médico constante (assistido) e desempenhar suas tarefas normais diárias com alguma restrição.	10
	3° GRAU: o Segurado apresenta quadro clínico anormal, evolutivamente avançado, descompensado ou instável, cursando com disfunções e ou insuficiências em órgãos vitais, que se encontre em estágio que demande suporte médico mantido (controlado), que acarrete restrição ampla a esforços físicos e que comprometa a vida cotidiana, mesmo que com interação de auxílio humano e ou técnico.	20

CONECTIVIDADE DO SEGURADO COM A VIDA	**1° GRAU:** o Segurado realiza, sem auxílio, as atividades de vestir-se e despir-se; dirigir-se ao banheiro; lavar o rosto; escovar seus dentes; pentear-se; barbear-se; banhar-se; enxugar-se, mantendo os atos de higiene íntima e de asseio pessoal, sendo capaz de manter a autossuficiência alimentar com condições de suprir suas necessidades de preparo, serviço, consumo e ingestão de alimentos.	**00**
	2° GRAU: o Segurado necessita de auxílio para trocar de roupa; entrar e sair do chuveiro; para realizar atos de higiene e de asseio pessoal; para manter suas necessidades alimentares (misturar ou cortar o alimento, descascar fruta, abrir uma embalagem, consumir os alimentos com uso de copo, prato e talheres).	**10**
	3° GRAU: o Segurado necessita de auxílio às atividades de higiene e asseio pessoal diários, assim como aquelas relacionadas à sua alimentação, não sendo capaz de realizar sozinho suas necessidades fisiológicas e de subsistência alimentar diárias.	**20**

DOCUMENTO 02
TABELA DE DADOS ANTROPOMÉTRICOS, FATORES DE RISCO E DE MORBIDADE

DADOS ANTROPOMÉTRICOS, RISCOS INTERAGENTES E AGRAVOS MÓRBIDOS	PONTOS
A idade do Segurado interfere na análise da morbidade do caso e ou há imc – índice de massa corporal superior a 40.	02
Há risco de sangramentos, rupturas e/ou quaisquer outras ocorrências iminentes que possam agravar a morbidade do caso.	02
Há ou houve recidiva, progressão em doença tratada e ou agravo mantido associado ou não à disfunção imunológica.	04
Existem mais de 2 fatores de risco e ou há repercussão vital decorrente da associação de duas ou mais doenças crônicas em atividade.	04
Certifica-se existir risco de morte súbita, tratamento paliativo e ou de suporte à sobrevida e ou refratariedade terapêutica.	08

COBERTURA DE AUXÍLIO MEDICAMENTOS POR ACIDENTE (AUXMA)

1. OBJETIVO

1.1. Esta Cobertura, desde que contratada, possibilita o reembolso ao contratante das despesas com medicamentos, efetuadas para o tratamento do segurado, sob orientação médica em caso de afastamento, desde que decorrente exclusivamente, de acidente pessoal coberto, limitado ao valor do capital segurado contratado para esta garantia, **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.

3. RISCOS EXCLUÍDOS

3.1. Além dos riscos expressamente excluídos na cláusula 5 das Condições Gerais, estão também excluídos desta cobertura , os eventos ocorridos em consequência, direta ou indireta de e/ou relacionados a: Tratamento endovascular de aneurisma da artéria aorta (endoprótese);

a) acidentes ocorridos anteriormente à contratação do seguro;
b) perturbações e intoxicações alimentares de qualquer espécie;
c) eventos em que o Segurado tenha itencionalmente atentado contra a vida e integridade física de outrem, consumado ou não, exceto em caso de legítima defesa ou assistência à pessoa em perigo;
d) eventos decorrentes de doença profissional ou do trabalho;
e) estado de convalescença (após a alta médica);
f) todo e qualquer dano estético, ainda que decorrente de acidente coberto;
g) perda de dentes, ainda que decorrente de acidente coberto.
h) eventos causados exclusivamente pela ausência de habilitação do Segurado para condução de veículo automotor;

4. CAPITAL SEGURADO

4.1 O Capital Segurado será estabelecido contratualmente e deverá constar na respectiva Apólice de Seguro e, quando aplicável, deverá constar também a distribuição do capital entre o empregado e empregador.

4.2 Para fins desta Cláusula, considera-se como data do evento, o primeiro dia do afastamento do Segurado das atividades laborativas por ele exercidas, observando a franquia, em decorrência exclusiva de acidente típico ou de trajeto coberto.

5. REINTEGRAÇÃO DO CAPITAL SEGURADO

5.1 O Capital Segurado relativo a esta Cláusula será totalmente reintegrado, de forma automática, após ocorrência de cada Evento Coberto, sem cobrança de Prêmio adicional.

6. INÍCIO DE VIGÊNCIA

6.1. A garantia compreendida por esta Cláusula começa a vigorar, para todos os Segurados da Apólice, simultaneamente com o início da vigência da Apólice, ou em data posterior, por meio de aditivo, quando esta Cláusula for contratada após entrada em vigor da Apólice.

7. CESSAÇÃO DE COBERTURA

7.1.Além das hipóteses previstas nos itens 13, 14 e 22 das Condições Gerais, a cobertura do risco cessa ainda:
Para o Segurado:
a) simultaneamente, com o cancelamento da Apólice Coletiva ou da presente cobertura ;
b) a partir da data em que ocorrer a exclusão do Segurado da Apólice Coletiva;
c) com o falecimento do Segurado;
d) com o pagamento da Indenização, se houver previsão de exclusão do Segurado da Apólice na respectiva cobertura contratada, que gerou a Indenização.

8.PRÊMIO

8.1. O Prêmio referente a esta cobertura estará previsto contratualmente.

9.FRANQUIA

9.1. O período de Franquia será estabelecido contratualmente, respeitado o limite máximo de 15 (quinze) dias ininterruptos por evento, e será contado a partir da data do afastamento das atividades laborativas do Segurado, por determinação médica. As Indenizações previstas nesta Cláusula serão devidas a partir do primeiro dia após o término do período de Franquia e se estenderão até o final do período de afastamento do Segurado.

10. ÂMBITO TERRITORIAL DE COBERTURA

10.1. Esta Cláusula abrange os eventos ocorridos em território nacional, salvo Disposições Contratuais em contrário.

11. PAGAMENTO DO AUXÍLIO MEDICAMENTO

11.1 Os elementos essenciais para aferição e decisão sobre a existência de Cobertura, referentes à presente Cobertura são:
(i) o aviso de sinistro totalmente preenchido e
(ii) a entrega dos documentos associados à Cobertura pleiteada, conforme abaixo:
Para a análise do pagamento da Indenização, respeitado o disposto nas Condições Gerais item 20., além do aviso de sinistro devidamente preenchido, deverão ser apresentados os seguintes documentos:

• Aviso de sinistro preenchido e assinado (formulário padrão MetLife);
• Formulário “Autorização para Crédito de Indenização” (formulário padrão MetLife), devidamente preenchido e assinado pelo Segurado;
• cópias do RG, CPF e comprovante de residência do Segurado;
• cópia do BO (Boletim de Ocorrência Policial) e/ou CAT (Comunicação de Acidente do Trabalho), se
Acidente do Trabalho), ;
• cópia da CNH (Carteira Nacional de Habilitação), em caso de acidente com veículo dirigido pelo Segurado;
• cópia do Laudo do Exame de Dosagem Alcoólica e/ou Toxicológico, se realizado(s);
• cópia do laudo da perícia técnica realizada no local do acidente, se houver;
• radiografia e resultados de exames realizados;
• Cópia dos documentos de comprovação de vínculo empregatício (Ficha de Registro de Empregado ou CTPS (Carteira de Trabalho e Previdência Social ou GFIP/SEFIP página onde consta o nome do segurado e do totalizador de funcionários)
• Cópia do holerite do mês do afastamento
• Cópia da concessão do benefício para o Segurado junto a Previdência Social - INSS;
• Cópias de nota fiscal e/ou cupom fiscal, com a descrição das despesas com os medicamentos.

Os referidos elementos devem ser submetidos pelo Segurado à Seguradora na forma e no prazo previstos nas Condições Gerais, sob pena de negativa de cobertura.

12.DISPOSIÇÕES GERAIS

12.1. Esta cobertura faz parte integrante das Condições Gerais da Apólice. As normas constantes desta cobertura, por serem mais específicas, prevalecem sobre quaisquer dispositivos existentes nas Condições Gerais que, em relação a esta cobertura , têm função subsidiária.

COBERTURA DE CIRURGIA DECORRENTE DE ACIDENTE PESSOAL (CDA)

1. OBJETIVO

1.1. Esta cobertura, desde que contratada, garante ao segurado o reembolso, respeitados os limites estabelecidos contratualmente, das despesas médicas e hospitalares, em caso de gastos com eventos de Cirurgia decorrentes de Acidente Pessoal coberto, **exceto se decorrente de Riscos Excluídos, observados os demais termos desta Cláusula, das Condições Gerais e as demais Disposições Contratuais.**

As Indenizações previstas nesta Cláusula serão devidas quando o Acidente Pessoal ocorrer dentro do período de vigência do seguro contratado a partir da data do Acidente Pessoal.

2. DEFINIÇÕES

2.1. Acidente Pessoal: para fins desta Cláusula prevalece o conceito indicado no item “Definições” das Condições Gerais deste seguro.

3. RISCOS EXCLUÍDOS

3.1. Além dos riscos expressamente excluídos na cláusula 5 das Condições Gerais, estão também excluídos desta cobertura , os eventos ocorridos em consequência, direta ou indireta de e/ou relacionados a:

a) acidentes ocorridos anteriormente à contratação do seguro;
b) perturbações e intoxicações alimentares de qualquer espécie
c) eventos causados exclusivamente pela não utilização, pelo Segurado, de equipamentos de segurança exigidos por lei;
d) eventos causados exclusivamente pela ausência de habilitação do Segurado para condução de veículo automotor;
e) eventos em que o Segurado tenha intencionalmente atentado contra a vida e integridadefísica de outrem, consumado ou não, exceto em caso de legítima defesa ou assistência à pessoa em perigo.
f) Todo e qualquer dano estético, ainda que decorrente de acidente coberto;
g) estados de convalescença (após alta médica) e as despesas de acompanhantes;
h) aparelhos que se referem a órteses de qualquer natureza e a próteses, salvo as próteses pela perda de dente(s) natural(is) decorrente de Acidente Pessoal coberto;
i) cirurgias plásticas, exceto aquelas com finalidade comprovadamente restauradoras defunção, diretamente afetadas por Evento Coberto pelo seguro;

4. CAPITAL SEGURADO

4.1. O Capital Segurado para esta cobertura será estabelecido contratualmente e deverá constar nos respectivos Certificados Individuais do Seguro.

4.2. Para fins desta cobertura, considera-se como data do evento, para efeito de determinação do Capital Segurado, a data do diagnóstico comprovado da doença grave.

5. REINTEGRAÇÃO DO CAPITAL SEGURADO

5.1 O Capital Segurado relativo a esta Cobertura será totalmente reintegrado, de forma automática, após ocorrência de cada Evento Coberto, sem cobrança de Prêmio adicional.

6. INÍCIO DE VIGÊNCIA

6.1. A garantia compreendida por esta Cobertura começa a vigorar, para todos os Segurados da Apólice, simultaneamente com o início da vigência da Apólice, ou em data posterior, por meio de aditivo, quando esta Cláusula for contratada após entrada em vigor da Apólice.

7. CESSAÇÃO DE COBERTURA

7.1. Além das hipóteses previstas nos itens 13, 14 e 22 das Condições Gerais, a cobertura do risco cessa ainda:
Para o Segurado:
a) simultaneamente, com o cancelamento da Apólice Coletiva ou da presente cobertura ;
b) a partir da data em que ocorrer a exclusão do Segurado da Apólice Coletiva;
c) com o falecimento do Segurado;
d) com o pagamento da Indenização, se houver previsão de exclusão do Segurado da Apólice na respectiva cobertura contratada, que gerou a Indenização.

8. PRÊMIO

8.1.O Prêmio referente a esta cobertura estará previsto contratualmente.

9. ÂMBITO TERRITORIAL DE COBERTURA

9.1. Esta cobertura abrange os eventos ocorridos em todo o globo terrestre, salvo Disposições Contratuais em contrário.

10. PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO

10.1 Os elementos essenciais para aferição e decisão sobre a existência de Cobertura, referentes à presente Cobertura são:
(i) o aviso de sinistro totalmente preenchido e

(ii) a entrega dos documentos associados à Cobertura pleiteada, conforme abaixo:

Para a análise do pagamento da Indenização, respeitado o disposto nas Condições Gerais item 20., além do aviso de sinistro devidamente preenchido, deverão ser apresentados os seguintes documentos:

- Aviso de sinistro preenchido e assinado (formulário padrão MetLife);
- Formulário "Autorização para Crédito de Indenização" (formulário padrão MetLife) , devidamente preenchido e assinado pelo Segurado;
- Cópias do RG, CPF e comprovante de residência do Segurado;
- cópia do BO (Boletim de Ocorrência Policial) e/ou CAT (Comunicação de Acidente de 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;
- cópia do Laudo da Perícia Técnica realizado no local do acidente, se houver;
- radiografias e/ou resultados dos exames realizados;
- notas fiscais e recibos originais das despesas medicas e hospitalares, resultadas no tratamento.

Todas as notas fiscais devem estar acompanhadas dos seus respectivos comprovantes das despesas, tais como receituários, cópia de exames, prontuários de internação, etc. No caso de retenção das Notas Fiscais originais pela Seguradora garantidora do seguro obrigatório DPVAT,em caso de acidente automobilístico, serão aceitas cópias autenticadas das Notas Fiscais, desde que acompanhadas de declaração emitida pelo responsável da referida seguradora, indicando quais as notas originais retidas, e informando o valor que será reembolsado a título de primeiro risco através do DPVAT;

- cópia da Ficha de Registro de Empregado, quando tratar-se de Apólice Coletiva, cujo Vínculo prévio seja empregatício;
- cópia dos 3 (três) últimos comprovantes de salário, quando tratar-se de Apólice Coletiva, cujo Vínculo prévio seja empregatício;
- cópia do Certificado Individual do Seguro;
- cópia da Conta da Concessionária com vencimento imediatamente anterior à ocorrência do sinistro, quando tratar-se de Apólice cuja cobrança seja efetuada por intermédio de Conta de Concessionária;
- cópia do comprovante de quitação da Conta da Concessionária indicada no item anterior.

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.

CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA DE PERDA DE RENDA (PR)

1. OBJETIVO

1.1 Esta Cobertura, desde que contratada garante ao segurado o pagamento de valor determinado e limitado ao descrito na apólice, em caso de Perda de Renda, para Profissionais Registrados e Profissionais Liberais ou Autônomos, em consequência de evento coberto, ocorrido durante a vigência do seguro, **exceto se decorrente de Riscos Excluídos, observados os termos destas Condições Especiais, das Condições Gerais e as demais Disposições Contratuais.**

2. ELEGIBILIDADE

2.1. Segurado sob Regime da Consolidação das Leis do Trabalho (CLT)
2.1.1. Em caso de Segurado que trabalhe sob regime exclusivo da CLT somente será considerado elegível ao recebimento da Indenização, o Segurado que na data da

rescisão involuntária do contrato de trabalho demonstrar vínculo empregatício **pelo período mínimo de 12 (doze) meses consecutivos e ininterruptos de trabalho para o atual empregador** e desde que o seguro não esteja cancelado, a Cobertura suspensa ou o evento prescrito como risco excluído na data do evento.

2.1.2 O vínculo empregatício do Segurado deve ser mantido com uma pessoa física ou jurídica,através de Contrato de trabalho e a formalização na Carteira de Trabalho e Previdência Social (CTPS) e que receba pagamentos periódicos consecutivos, com uma jornada mínima de 30 (trinta) horas semanais, na data do evento.

2.1.3 Após um evento de Perda de Renda indenizado, o Segurado deverá comprovar novo período de 12 (doze) meses de trabalho contínuo e ininterruptos para um mesmo empregador para que venha a ser elegível à Indenização de um segundo evento de perda de renda por desemprego involuntário.

2.1.4 Não serão elegíveis a indenização as pessoas que contratarem o seguro no período de aviso prévio, cumprido ou indenizado.

2.2 Segurado Profissional Liberal ou Autônomo

2.2.1 Em caso de Profissional Liberal ou Autônomo será considerado elegível ao recebimento da Indenização, o Segurado que em caso de afastamento ocorrido em virtude de acidente ou doença gere comprovada interrupção temporária e involuntária de exercer todas as suas atividades profissionais, mediante comprovação por laudo médico reconhecido pela Seguradora.

2.2.2 Somente terá direito a esta Cobertura o Segurado, profissional liberal ou autônomo em atividade profissional, que possua documento contábil/fiscal comprobatório da atividade exercida.

2.2.3 Após um evento de Perda de Renda indenizado, o Segurado somente estará elegível à Indenização de um segundo evento da mesma Cobertura , após 6 (seis) meses, contados a partir da data do retorno a toda e qualquer atividade laborativa.

2.3 O segurado é elegível a cobertura mesmo que mude sua condição empregatícia ao longo da vigência.

3. RISCOS EXCLUÍDOS

3.1. Além dos riscos expressamente excluídos apresentados no item 5 das Condições Gerais, estão também excluídos da presente Cobertura, as despesas decorrentes de:

3.1.1. Segurado sob Regime da Consolidação das Leis do Trabalho (CLT)

a) abandono de emprego ou pedido voluntário de demissão pelo empregado;
b) adesão do empregado a programas de demissão voluntária (PDV) de qualquer natureza ou incentivada e/ou por acordo coletivo de trabalho;
c) demissão quando o segurado é funcionário direto de parente, consanguíneo ou afim;
d) acordo entre empregado e empregador;
e) dispensa do empregado por justa causa;
f) jubilação, exoneração, pensão ou aposentadoria por qualquer causa;
g) perda de emprego decorrente da falência, concordata e recuperação judicial ou extrajudicial do empregador;
h) prestação de Serviço Militar;
i) campanhas de demissões em massa. Para fins de aplicação deste seguro, considera-se demissão em massa empresas que demitam mais de 10% (dez por cento) de seu quadro de pessoal no prazo de seis meses contados a partir do primeiro Sinistro avisado;
j) extinção automática ou término do Contrato de trabalho, quando o Contrato tiver prazo determinado (Contrato a termo);
k) quando o Segurado for profissional liberal;
l) Demissão motivada por guerra, revolução ou assemelhados;
m) quando o Segurado for membro do conselho de administração da empresa
n) dispensa com imediata admissão em outra empresa seja ela ou não, do mesmo grupo econômico, coligada, filiada, associada, subsidiária e/ou acionista.
o) Segurados não considerados elegíveis a Indenização, conforme item 2.

3.1.2. Segurado Profissional Liberal ou Autônomo
a) gravidez;
b) procedimentos e/ou tratamentos, clínicos ou cirúrgicos, para esterilidade, infertilidade, inseminação artificial, impotência sexual, controle de natalidade, e bem como suas consequências, inclusive períodos de convalescença a eles relacionados;
c) tratamentos clínicos ou cirúrgicos com finalidade estética, salvo quando necessárias à restauração das funções alteradas em razão de Sinistro ocorrido na vigência do seguro;
d) cirurgias plásticas (estéticas ou não) e períodos de convalescença a elas relacionados;
e) tratamentos para obesidade, em qualquer modalidade, inclusive gastroplastia redutora;
f) tratamentos para senilidade, geriatria, rejuvenescimento, repouso, convalescença e suas consequências;

g) tratamentos odontológicos e ortodônticos de quaisquer espécies, salvo quando decorrentes de acidente pessoal, ocorridos dentro do período de vigência do seguro;
h) doenças degenerativas da coluna vertebral, com exceção de tratamento cirúrgico;
i) doenças crônicas, mesmo em fase aguda, entendendo-se como tal aquelas caracterizadas por sua evolução longa e insidiosa, com período de melhora e piora, não respondendo satisfatoriamente a procedimentos terapêuticos;
j) doenças de características reconhecidamente progressivas, tais como fibromialgia, artrite reumatoide, osteoartrose, dor miofascial, esclerose múltipla, doença de Alzheimer, Doença de Parkinson, entre outras;
k) eventos causados exclusivamente pela não utilização, pelo Segurado, de equipamentos de segurança exigidos por lei;
l) eventos causados exclusivamente pela ausência de habilitação do Segurado para condução de veículo automotor;
m) 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.
n) Segurados não considerados elegíveis a Indenização, conforme item 2.
r) cirurgia para correção de fimose;
s) tratamentos para obesidade em qualquer modalidade, inclusive gastroplastia redutora; tratamentos para senilidade, geriatria, rejuvenescimento e suas consequências;
t) doenças mentais e/ou psiquiátricas inclusive o "stress".

4. CAPITAL SEGURADO

4.1. O Capital Segurado para esta Cobertura será estabelecido contratualmente e deverá constar na respectiva Apólice de Seguro.

4.1.1. O valor máximo de cada parcela e a quantidade máxima de parcelas indenizáveis, serão estabelecidos na Apólice de Seguro.

4.1.2. Saldos em atraso, assim como respectivas multas e juros, não estão cobertos, conforme estabelecido na Apólice de Seguro.

4.2. Para fins desta Cobertura em caso de **Segurado que trabalhe sob regime CLT**, considera-se data do evento, para efeito de determinação do Capital Segurado, a data da Perda de Renda, sendo está a data do desligamento indicada no Termo de Rescisão do Contrato de Trabalho, independentemente de o aviso prévio ser cumprido ou indenizado, conforme documentação comprobatória.

4.3. Para fins desta cobertura em caso de **Segurado que trabalhe como Profissional Liberal ou Autônomo Regulamentado** considera-se data do evento, a data da Perda de Renda, sendo está a data do afastamento, conforme documentação comprobatória.

5. REINTEGRAÇÃO DO CAPITAL SEGURADO

5.1. O Capital Segurado relativo a esta Cobertura será totalmente reintegrado, de forma automática, sem cobrança de Prêmio adicional, observado o disposto nos itens **2.1.3. Segurado que trabalhe sob regime CLT e 2.2.3. para Segurado que trabalhe como Profissional Liberal ou Autônomo** conforme disposto acima.

6. CESSAÇÃO DE COBERTURA

6.1. Além das hipóteses previstas nos itens 13, 14 e 22 das Condições Gerais, a Cobertura do risco cessa ainda:

Para o Segurado:
a) simultaneamente, com o cancelamento da Apólice de Seguro ou da presente Cobertura;
b) com o falecimento do Segurado;
c) quando o segurado se aposentar

7. CARÊNCIA

7.1.O período de Carência poderá ser estabelecido contratualmente, respeitado o limite máximo de até 50% (cinquenta por cento) do período de vigência da Apólice e será contado a partir do início de vigência individual.

7.2. Para os eventos decorrentes de Acidentes Pessoais não haverá Carência.

8. FRANQUIA

8.1. Em caso de Segurado que trabalhe sob regime CLT a franquia é de 30 (trinta) dias ininterruptos, por evento, conforme definido no Contrato de Seguro e/ou Certificado Individual, contados a partir da data do desligamento do Segurado junto ao empregador.

8.2 Em caso de Segurado que trabalhe como profissional liberal ou autônomo a franquia é de 15 (quinze) dias ininterruptos, por evento, conforme definido no Contrato de Seguro e/ou Certificado Individual do Seguro, contados a partir da data do início da incapacidade total e temporária do segurado que o impeça de realizar toda e qualquer atividade laborativa

9. ÂMBITO TERRITORIAL DE COBERTURA

9.1. Esta cláusula abrange os eventos ocorridos em território nacional.

10. DATA DO EVENTO

10.1. Para fins desta cobertura em caso de **Segurado que trabalhe sob regime CLT, considera-se data do evento, a data da perda de renda sendo está a data do desligamento indicada no Termo de Rescisão do Contrato de Trabalho, independentemente de o aviso prévio ser cumprido ou indenizado, conforme documentação comprobatória.**

10.2 Para fins desta cláusula em caso de Segurado que trabalhe como Profissional Liberal ou Autônomo, considera-se data do evento, a data da perda de renda sendo está a data do afastamento, conforme documentação comprobatória.

11. PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO

11.1.Os elementos essenciais para aferição e decisão sobre a existência de Cobertura do Segurado que trabalhe sob regime CLT, referentes à presente Cobertura são:

(i) o aviso de sinistro totalmente preenchido e
(ii) a entrega dos documentos associados à Cobertura pleiteada, conforme abaixo:
Para a análise do pagamento da Indenização, respeitado o disposto nas Condições Gerais item 20., além do aviso de sinistro devidamente preenchido, deverão ser apresentados os seguintes documentos:

- Aviso de sinistro preenchido e assinado (formulário padrão MetLife);
- Cópia autenticada da Carteira de Trabalho, página da foto e qualificação civil, página do último Contrato de Trabalho, folha posterior ao Contrato (a autenticação deverá ocorrer 31 dias após a data da demissão) e da página que comprove o recebimento do Seguro Desemprego, quando houver; (*)
- Cópia do RG (carteira de identidade), CPF (Cadastro de Pessoa Física) e do comprovante de residência do Segurado;
- Cópia autenticada do Termo de Rescisão do Contrato de Trabalho homologado no TRT ou Sindicato;
- Cópia autenticada da Autorização de Movimento do Fundo de Cobertura por Tempo de Serviço (FGTS);
- Cópia autenticada do último extrato do Fundo de Garantia por Tempo de Serviço caso tenha sido fornecido pela empresa.

(*) Importante: a Seguradora poderá solicitar a atualização mensal destas informações ao Segurado. Nesta hipótese, a não apresentação poderá ensejar a suspensão do pagamento da Indenização.

Para a análise do pagamento da Indenização em caso de Segurado que trabalhe como Profissional Liberal ou Autônomo respeitado o disposto nas Condições Gerais item 18., deverão ser apresentados os respectivos documentos básicos, a seguir relacionados:

- Aviso de Sinistro preenchido e assinado (formulário padrão MetLife);
- Relatório médico informando desde quando o segurado recebeu o primeiro diagnóstico do quadro médico apresentado, bem como descrição da evolução clínica e data em que iniciou o tratamento. No caso de acidente, deverá conter a data do acidente, o percentual do déficit funcional apresentado por segmento, a data de confirmação da alta médica e, obrigatoriamente, da reabilitação;
- Exames médicos complementares realizados;
- Cópia do RG (carteira de identidade), CPF (Cadastro de Pessoa Física) e do comprovante de residência do Segurado;
- Exames médicos complementares realizados;
- Comprovante de recolhimento do INSS ou Recibo de Pagamento Autônomo (RPA) - os três últimos anteriores ao afastamento - ou Declaração do imposto de renda ou Carnê leão – último;
- Cópia da comprovação contábil/fiscal da atividade profissional nos 3 (três) meses que antecedem ao afastamento.

Os referidos elementos devem ser submetidos pelo Segurado à Seguradora na forma e no prazo previstos nas Condições Gerais, sob pena de negativa de cobertura.

12.DISPOSIÇÕES GERAIS

12.1 Esta Cobertura faz parte integrante das Condições Gerais do Seguro contratado. As normas constantes desta Cobertura, por serem mais específicas, prevalecem sobre quaisquer dispositivos existentes nas Condições Gerais que, em relação a esta Cobertura, têm função subsidiária.

COBERTURA AUXÍLIO MEDICAMENTO POR ACIDENTE DE TRABALHO (AMAT)

1. OBJETIVO

1.1. Esta Cobertura, desde que contratada, possibilita ao Segurado o reembolso das despesas com medicamentos, efetuadas para o tratamento do segurado, sob orientação médica em caso de afastamento, necessárias ao restabelecimento do Segurado, **em consequência exclusiva de Acidente de**

Trabalho, típico ou de trajeto, coberto, limitado ao valor do capital segurado contratado para esta garantia, **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 de Trabalho ou "in tinere": acidente pessoal, de acordo com a definição constante no item 3.1. "Definições" destas Condições, desde que ocorrido durante o exercício do trabalho a serviço da empresa ou durante o percurso entre a residência do trabalhador e o local de trabalho ou vice-versa.

2.2. Acidente Típico: acidente que pode ocorrer em decorrência do exercício da função profissional do empregado a serviço da Empresa.

2.3. Comunicação de Acidente de Trabalho (CAT): é um documento emitido para reconhecer tanto um acidente de trabalho ou durante o trajeto bem como uma doença ocupacional.

3. RISCOS EXCLUÍDOS

3.1. Além dos riscos expressamente excluídos na cláusula 5 das Condições Gerais, estão também excluídos desta cobertura, os eventos ocorridos em consequência, direta ou indireta de e/ou relacionados a:

a) Tratamento endovascular de aneurisma da artéria aorta (endoprótese);

b) acidentes ocorridos anteriormente à contratação do seguro;

c) perturbações e intoxicações alimentares de qualquer espécie;

d) eventos em que o Segurado tenha intencionalmente atentado contra a vida e integridade física de outrem, consumado ou não, exceto em caso de legítima defesa ou assistência à pessoa em perigo;

e) eventos decorrentes de doença profissional ou do trabalho;

f) estado de convalescença (após a alta médica);

g) todo e qualquer dano estético, ainda que decorrente de acidente coberto;

h) perda de dentes, ainda que decorrente de acidente coberto.

i) eventos causados exclusivamente pela ausência de habilitação do Segurado para condução de veículo automotor;

4. CAPITAL SEGURADO

4.1. O Capital Segurado será estabelecido contratualmente e deverá constar na respectiva Apólice de 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 de trabalho, não prevalecendo qualquer alteração de Capital Segurado efetuada posteriormente ao acidente.

5. REINTEGRAÇÃO DO CAPITAL SEGURADO

5.1 O Capital Segurado relativo a esta Cobertura será totalmente reintegrado, de forma automática, após ocorrência de cada Evento Coberto, sem cobrança de Prêmio adicional.

6. INÍCIO DE VIGÊNCIA

6.1. A garantia compreendida por esta Cobertura começa a vigorar, para todos os Segurados da Apólice, simultaneamente com o início da vigência da Apólice, ou em data posterior, por meio de aditivo, quando esta Cobertura for contratada após entrada em vigor da Apólice.

7. CESSAÇÃO DE COBERTURA

7.1. Além das hipóteses previstas nos itens 13, 14 e 22 das Condições Gerais, a Cobertura do risco cessa ainda:

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;

8.PRÊMIO

8.1. O Prêmio referente a esta cobertura estará previsto contratualmente.

9. ÂMBITO TERRITORIAL DE COBERTURA

9.1. Esta cobertura abrange os eventos ocorridos em território nacional, salvo Disposições Contratuais em contrário.

10. PAGAMENTO DO AUXÍLIO MEDICAMENTO

10.1 Os elementos essenciais para aferição e decisão sobre a existência de Cobertura, referentes à presente Cobertura são:

(i) o aviso de sinistro totalmente preenchido e

(ii) a entrega dos documentos associados à Cobertura pleiteada, conforme abaixo:

Para a análise do pagamento da Indenização, respeitado o disposto nas Condições Gerais item 20., além do aviso de sinistro devidamente preenchido, deverão ser apresentados os seguintes documentos:

• Aviso de sinistro preenchido e assinado (formulário padrão MetLife);

• Formulário "Autorização para Crédito de Indenização" (formulário padrão MetLife), devidamente preenchido e assinado pelo Segurado;

• cópias do RG ,CPF e comprovante de residência do Segurado;

• cópia do BO (Boletim de Ocorrência Policial), se houver;

• cópia do CAT (Comunicação de Acidente do Trabalho);

• cópia da CNH (Carteira Nacional de Habilitação), em caso de acidente com veículo dirigido pelo Segurado;

• cópia do Laudo do Exame de Dosagem Alcoólica e/ou Toxicológico, se realizado(s);

• cópia do laudo da perícia técnica realizada no local do acidente, se houver;

• receita médica dos medicamentos e CID.;

• Cópia dos documentos de comprovação de vínculo empregatício (Ficha de Registro de Empregado ou CTPS (Carteira de Trabalho e Previdência Social ou GFIP/SEFIP página onde consta o nome do segurado e do totalizador de funcionários)

• Cópia do holerite do mês do afastamento

• Cópia da concessão do benefício para o Segurado junto a Previdência Social - INSS;

• Cópias de nota fiscal e/ou cupom fiscal, com a descrição das despesas com os medicamentos.

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 AUXÍLIO CRECHE E EDUCAÇÃO EM CASO DE MORTE (AUXC)

1. OBJETIVO

1.1. Esta Cobertura, desde que contratada, garante ao(s) Beneficiário(s) o pagamento de uma Indenização limitado ao Capital Segurado contratado em consequência exclusiva de morte do Segurado,seja decorrente de causa natural ou acidental, **exceto se decorrente de Riscos Excluídos, observados os demais termos desta cobertura, das Condições Gerais e as demais Disposições Contratuais.**

1.2. Quando o pai e a mãe trabalharem na mesma empresa, a cobertura não se acumula.

2. DEFINIÇÕES

2.1. Acidente Pessoal: para fins desta cobertura prevalece o conceito indicado no item "Definições" das Condições Gerais deste seguro.

2.1.1. Creche/Escola: Escola ou creche devidamente regularizada junto aos órgãos competentes.

2.1.2. Enteado: filho biológico somente do cônjuge ou companheiro(a) do Titular.

3. RISCOS COBERTOS

3.1. Considera-se risco coberto a matrícula e permanência, mínima de 2 (dois) meses, do(s) filho(s) de até 12 doze anos (11 anos, 11 meses e 29 dias) do segurado titular em creche/escola.

4. RISCOS EXCLUÍDOS

4.1. Além das exclusões previstas nas Condições Gerais do seguro, consideram-se também como riscos excluídos:

a) Matrícula e mensalidade de Filhos com idade superior a 12 doze anos.

b) Matrículas e mensalidades de Enteados do Segurado.

5. CAPITAL SEGURADO

5.1. O Capital Segurado individual para esta Cobertura é apurado segundo os critérios previstos no item "Capital Segurado" das Condições Gerais deste seguro e corresponde a importância máxima a ser paga pela Seguradora, vigente na data do evento, a título de Indenização para auxílio creche e educação, de acordo com as condições contratuais acordadas entre o Estipulante e a Seguradora.

5.2. Para fins desta Cobertura, considera-se como data do evento, para efeito de determinação do Capital Segurado, a data do falecimento do Segurado.

5.3. Caracterizado o sinistro, o pagamento do Capital Segurado será feito em parcela única.

6. PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO

6.1 Os elementos essenciais para aferição e decisão sobre a existência de Cobertura, referentes à presente Cobertura são:

(i) o aviso de sinistro totalmente preenchido e

(ii) a entrega dos documentos associados à Cobertura pleiteada, conforme abaixo:

Para a análise do pagamento da Indenização, respeitado o disposto nas Condições Gerais item 20., além do aviso de sinistro devidamente preenchido, deverão ser apresentados os seguintes documentos:

a) Morte decorrente de doença

- Aviso de sinistro preenchido e assinado (formulário padrão MetLife);
- Formulário "Autorização para Crédito de Indenização" (formulário padrão MetLife), devidamente preenchido e assinado por cada um dos Beneficiários;
- Cópias do RG, CPF e comprovantes de residência do Segurado e do(s) Beneficiário(s);
- Certidão de nascimento do filho;
- Matrícula do filho na creche/escola
- Cópia da Certidão de Óbito do Segurado;
- Cópia do Termo de Rescisão do Contrato de Trabalho, devidamente assinado pelo empregador e pelo representante do empregado, quando se tratar de Apólice Coletiva, cujo Vínculo prévio seja empregatício;
- Cópia dos 3 (três) últimos comprovantes de salário, quando se tratar de Apólice Coletiva cujo Vínculo prévio seja empregatício;
- Cópia do Certificado Individual do Seguro;
- Comprovante de indicação de Beneficiário(s) assinado pelo Segurado;
- Comprovante de pagamento da matrícula e da 2 (duas) primeiras mensalidades, com nota ou cupom fiscal e somente após esta comprovação a parcela será liberada.
- Cópia da Conta da Concessionária com vencimento imediatamente anterior à ocorrência do Sinistro, quando tratar-se de Apólice cuja cobrança seja efetuada por intermédio de Conta de Concessionária; nominal ao segurado sinistrado (cópia simples);
- Ficha de Registro do empregado (cópia simples);
- Cópia do comprovante de quitação da Conta da Concessionária indicada no item anterior.

b) Morte decorrente de acidente

Além dos documentos relacionados acima para o caso de Morte decorrente de doença, providenciar:

- Cópia do BO (Boletim de Ocorrência Policial) e/ou CAT (Comunicação de Acidente do Trabalho), se houver;
- Cópia do Laudo do Necroscópico - IML (Instituto Médico-Legal), se realizado;
- Cópia da CNH (Carteira Nacional de Habilitação), em caso de acidente com veículo dirigido pelo Segurado;
- Cópia do Laudo do Exame de Dosagem Alcoólica e/ou Toxicológico, se realizado(s);
- Cópia do laudo da perícia técnica realizada no local do acidente, se houver.

Os referidos elementos devem ser submetidos pelo Segurado à Seguradora na forma e no prazo previstos nas Condições Gerais, sob pena de negativa de cobertura.

7. DISPOSIÇÕES GERAIS

7.1 Esta cobertura faz parte integrante das Condições Gerais da Apólice. As normas constantes desta cobertura, por serem mais específicas, prevalecem sobre quaisquer dispositivos existentes nas Condições Gerais que, em relação a esta cobertura, têm função subsidiária.

COBERTURA AUXÍLIO BENEFÍCIO CASAMENTO- (BC)

1. OBJETIVO

1.1. Esta Cobertura, desde que contratada garante ao Segurado o pagamento de uma Indenização, em caso do seu casamento no civil, devidamente especificados no item Riscos Cobertos, **exceto se decorrente de Riscos Excluídos, observados os demais termos desta Cobertura, das Condições Gerais e as demais Disposições Contratuais.**

1.2. Quando o casal trabalhar na mesma empresa, a cobertura será paga a ambos.

2. DEFINIÇÃO

2.2. Para efeito desta Condição Especial, consideram-se as definições do item 3 das Condições Gerais.

3. RISCOS COBERTOS

3.1. Considera-se risco coberto o **casamento no civil** do segurado titular, desde que o casamento ocorra durante a vigência da apólice.

4. RISCOS EXCLUÍDOS

4.1 Além das exclusões previstas nas Condições Gerais do seguro, consideram-se também como riscos excluídos:

a) Casamento religioso, mesmo que comprovado por certidão;

b) União estável, ainda que reconhecida e comprovada;

5. CAPITAL SEGURADO

5.1 O capital segurado individual para esta cobertura é apurado segundo os critérios previstos no item "Capital Segurado" das Condições Gerais deste seguro e corresponde a importância máxima a ser paga pela seguradora, vigente na data do evento, a título de Indenização, de acordo com as condições contratuais acordadas entre o estipulante e a seguradora.

5.2 Para efeito de determinação do capital segurado, considera-se como data do evento, quando da liquidação do sinistro, a **data do casamento civil.**

5.3 Caracterizado o evento, o pagamento do Capital Segurado será feito em parcela única.

6. INÍCIO DE VIGÊNCIA

6.1. Esta cobertura começa a vigorar, para todos os Segurados da Apólice, simultaneamente com o início de vigência da Apólice, ou em data posterior, por meio de aditivo, quando esta cobertura for contratada após entrada em vigor da Apólice.

7. CESSAÇÃO DE COBERTURA

7.1. Além das hipóteses previstas nos itens 13, 14 e 22 das Condições Gerais, a cobertura do risco a que se refere esta cobertura cessa ainda:

7.1.1. Para o Segurado:

a) simultaneamente, com o cancelamento da Apólice Coletiva ou da presente cobertura;

b) a partir da data em que ocorrer a exclusão do Segurado da Apólice Coletiva;

8. PRÊMIO

8.1. O Prêmio referente a esta cobertura estará previsto contratualmente.

9. CARÊNCIA

9.1. O período de Carência poderá ser estabelecido contratualmente, respeitado o limite máximo de até 50% (cinquenta por cento) do período de vigência da Apólice contratada.

10. PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO

10.1. Os elementos essenciais para aferição e decisão sobre a existência de Cobertura, referentes à presente Cobertura são:

(i) o aviso de sinistro totalmente preenchido e

(ii) a entrega dos documentos associados à Cobertura pleiteada, conforme abaixo:

Para a análise do pagamento da Indenização, respeitado o disposto nas Condições Gerais item 20., além do aviso de sinistro devidamente preenchido, deverão ser apresentados os seguintes documentos:

- Aviso de sinistro preenchido e assinado (formulário padrão MetLife);
- Formulário "Autorização para Crédito de Indenização" (Formulário padrão MetLife), devidamente preenchido e assinado pelo Segurado;
- Cópias do RG, CPF e comprovante de residência do Segurado
- Certidão de casamento expedida pelo cartório:

Ficha de Registro do empregado (cópia simples);
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 INVALIDEZ LABORATIVA TOTAL PERMANENTE POR DOENÇA PROFISSIONAL (ILTP-D)

1. OBJETIVO

1.1 Esta Cobertura, desde que contratada, em caso de risco coberto, garante ao Segurado, a **antecipação** do pagamento de 100% (cem por cento) do Capital Segurado Individual da garantia de Morte, caso se 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 3.1.2. Aplicam-se os riscos excluídos do item 5 das Condições Gerais, estão também excluídos os eventos ocorridos em consequência, direta ou indireta de e/ou relacionados a:

a) 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 única vez.

5. ACUMULAÇÃO DE INDENIZAÇÕES

5.1. As Indenizações decorrentes de eventos de invalidez Laborativa total permanente por doença profissional (ILTP-D) não se acumula com Invalidez Permanente e Total por Doença Funcional (IPD-F).

5.2. Não estando comprovada a invalidez laborativa permanente e total por doença profissional, o seguro continuará em vigor, observadas as condições contratuais.

6. VIGÊNCIA

6.1. Esta cobertura começa a vigorar, para todos os Segurados da Apólice, simultaneamente com o início de vigência da Apólice, ou em data posterior, por meio de aditivo, quando esta cobertura for contratada após entrada em vigor da Apólice.

7. CESSAÇÃO DE COBERTURA

7.1. Além das hipóteses previstas nos itens 13, 14 e 22 das Condições Gerais, a cobertura do risco a que se refere esta cobertura cessa ainda:

7.1.1. Para o Segurado:

a) simultaneamente, com o cancelamento da Apólice Coletiva ou da presente cobertura;

b) a partir da data em que ocorrer a exclusão do Segurado da Apólice Coletiva;

8. PRÊMIO

8.1. O Prêmio referente a esta cobertura estará previsto contratualmente.

9. CARÊNCIA

9.1. O período de Carência poderá ser estabelecido contratualmente, respeitado o limite máximo de até 50% (cinquenta por cento) do período de vigência da Apólice e será contado.

10. PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO

10.1. Os elementos essenciais para aferição e decisão sobre a existência de Cobertura, referentes à presente Cobertura são:

(i) o aviso de sinistro totalmente preenchido e

(ii) a entrega dos documentos associados à Cobertura pleiteada, conforme abaixo:

Para a análise do pagamento da Indenização, respeitado o disposto nas Condições Gerais item 20, além do aviso de sinistro devidamente preenchido, deverão ser apresentados os seguintes documentos:

- Aviso de sinistro preenchido e assinado (formulário padrão MetLife);
- Formulário "Autorização para Crédito de Indenização" (formulário padrão MetLife), devidamente preenchido e assinado pelo Segurado ou, quando for o caso, por cada um dos Beneficiários;
- Cópias do RG, CPF (e comprovantes de residência do Segurado e, quando for o caso, de cada um dos Beneficiários;
- Cópia do Prontuário Hospitalar completo;
- Declaração 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 Acidente do Trabalho),;
- Cópia da CNH (Carteira Nacional de Habilitação), em caso de acidente com veículo dirigido pelo Segurado;
- Cópia do Laudo do Exame de Dosagem Alcoólica e/ou Toxicológico, se realizado(s);
- Cópia do laudo da perícia técnica realizada no local do acidente, se houver;
- Cópia do resultado de exames complementares realizados;
- Cópia da Ficha de Registro de Empregado, quando tratar- se de Apólice Coletiva, cujo Vínculo prévio seja empregatício;
- Cópia dos 3 (três) últimos comprovantes de salário, quando tratar-se de Apólice Coletiva, cujo Vínculo prévio seja empregatício;
- Cópia do Certificado Individual do Seguro;
- Cópia da Conta da Concessionária com vencimento imediatamente anterior à ocorrência do Sinistro, quando tratar-se de Apólice cuja cobrança seja efetuada por intermédio de Conta de Concessionária;
- Cópia do comprovante de quitação da Conta da Concessionária indicada no item anterior.
- Todos os resultados de exames comprobatórios do acidente ou doença, de Clínicas, Consultórios e Hospitais, exames laboratoriais, laudo do médico-assistente e quaisquer outros documentos referentes ao evento.
- Laudo de Exame de Corpo Delito (IML) quando realizado no caso de Segurado Dependente, além dos documentos exigidos acima, serão exigidos os seguintes documentos:

a) cópia autenticada do comprovante da condição de dependente, caso seja:

b) cônjuge: RG / CPF e comprovante de residência e certidão de casamento atualizada;

c) companheira(o): cópia autenticada do RG, CPF e comprovação de união estável por ocasião da ocorrência do sinistro e Comprovante de residência;

d) filhos: cópia autenticada da certidão de nascimento ou RG e CPF;

e) enteados: cópia autenticada do RG, comprovante de casamento dos pais e CPF.

Os referidos elementos devem ser submetidos pelo Segurado à Seguradora na forma e no prazo previstos nas Condições Gerais, sob pena de negativa de cobertura.

11. ÂMBITO TERRITORIAL DE COBERTURA

11.1. Esta Cobertura abrange os eventos ocorridos em todo o globo terrestre, salvo Disposições Contratuais em contrário.

12. DISPOSIÇÕES GERAIS

12.1 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 subsidiaria.

COBERTURA BENEFÍCIO PRÉ-INVENTÁRIO POR MORTE (BPI)

1. OBJETIVO

1.1. Esta cobertura, desde que contratada, garante ao(s) Beneficiário(s) o pagamento de uma Indenização, **para minimizar as despesas com as documentações e procedimentos preliminares ao inventário do segurado, em consequência exclusiva de morte do Segurado**, seja decorrente de causa natural ou acidental, **exceto se decorrente de Riscos Excluídos, observados os demais termos desta cobertura, das Condições Gerais e as demais Disposições Contratuais.**

1.2. A presente cobertura somente poderá ser contratada em conjunto com a cobertura de Morte ou Morte Acidental e a ela se vincula, de forma que somente será devida, se caracterizada a cobertura relativa à cobertura de Morte ou Morte Acidental.

2. DEFINIÇÃO

2.1. Acidente Pessoal: para fins desta cobertura prevalece o conceito indicado no item "Definições" das Condições Gerais deste seguro.

3. RISCOS EXCLUÍDOS

3.1. Além dos riscos expressamente excluídos apresentados no item 5 das Condições Gerais, estão também excluídos da presente cobertura, os eventos ocorridos em consequência, direta ou indireta de e/ou relacionados a:

a) acidentes ocorridos anteriormente à contratação do seguro;

b) doenças e acidentes preexistentes, assim entendidos: estados mórbidos e doenças contraídas anteriormente à contratação do seguro, de conhecimento do Segurado e não declaradas no ato da contratação, bem como os acidentes sofridos pelo Segurado antes da contratação do seguro;

3.1.1. Na hipótese, da contratação da cobertura Benefício Pré-Inventário por Morte conjuntamente com a cobertura de Morte Acidental, além dos riscos expressamente excluídos da cobertura apresentados acima e dos apresentados no Conceito de Acidente Pessoal das Condições Gerais, estão também excluídos os eventos ocorridos em consequência, direta ou indireta de e/ou relacionados a:

a) perturbações e intoxicações alimentares de qualquer espécie;

b) eventos causados exclusivamente pela não utilização, pelo Segurado, de equipamentos de segurança exigidos por lei;

c) eventos causados exclusivamente pela ausência de habilitação do Segurado para condução de veículo automotor;

d) eventos em que o Segurado tenha intencionalmente atentado contra a vida e integridade física de outrem, consumado ou não, exceto em caso de legítima defesa ou assistência à pessoa em perigo.

4. CAPITAL SEGURADO

4.1. O Capital Segurado para esta cobertura será estabelecido contratualmente e deverá constar nos respectivos Certificados Individuais do Seguro.

4.2. Para fins desta cobertura, considera-se como data do evento, para efeito de determinação do Capital Segurado, a data do falecimento do Segurado.

5. INÍCIO DE VIGÊNCIA

5.1. Esta cobertura começa a vigorar, para todos os Segurados da Apólice, simultaneamente com o início da vigência da Apólice, ou em data posterior, por meio de aditivo, quando esta cobertura for contratada após entrada em vigor da Apólice.

6. CESSAÇÃO DE COBERTURA

6.1. Além das hipóteses previstas nos itens 13, 14 e 22 das Condições Gerais, a cobertura do risco cessa ainda:

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;

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. O período de Carência poderá, a critério da Seguradora, ser reduzido ou substituído por Declaração Pessoal de Saúde e/ou por Exame Médico.

9.3. 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) entrega dos documentos associados à Cobertura pleiteada, conforme abaixo:

Para a análise do pagamento da Indenização, respeitado o disposto nas Condições Gerais item 20, além do aviso de sinistro devidamente preenchido, deverão ser apresentados os seguintes documentos:

a) Morte decorrente de doença

• Aviso de sinistro preenchido e assinado (formulário padrão MetLife);

• Formulário “Autorização para Crédito de Indenização” (formulário padrão MetLife), devidamente preenchido e assinado por cada um dos Beneficiários;

• Cópias do RG, CPF (e comprovantes de residência do Segurado e do(s) Beneficiário(s);

• Cópia da Certidão de Óbito do Segurado;

• Cópia do Termo de Rescisão do Contrato de Trabalho, devidamente assinado pelo empregador e pelo representante do empregado, quando se tratar de Apólice Coletiva, cujo Vínculo prévio seja empregatício;

• Cópia dos 3 (três) últimos comprovantes de salário, quando se tratar de Apólice Coletiva, cujo Vínculo prévio seja empregatício;

• Comprovante de indicação de Beneficiário(s) assinado pelo Segurado;

• Cópia do Certificado Individual do Seguro;

• Cópia da Conta da Concessionária com vencimento imediatamente anterior à ocorrência do Sinistro, quando tratar-se de Apólice cuja cobrança seja efetuada por intermédio de Conta de Concessionária;

• Cópia do comprovante de quitação da Conta da Concessionária indicada no item anterior.

b) Morte decorrente de acidente

Além dos documentos relacionados acima para o caso de Morte decorrente de doença, providenciar:

• Cópia do BO (Boletim de Ocorrência Policial) e/ou CAT (Comunicação de Acidente do

Trabalho), se houver;

• Cópia do Laudo do Necroscópico - IML (Instituto Médico-Legal), se realizado;

• Cópia da CNH (Carteira Nacional de Habilitação), em caso de acidente com veículo

dirigido pelo Segurado;

• Cópia do Laudo do Exame de Dosagem Alcoólica e/ou Toxicológico, se realizado(s);

• Cópia do laudo da perícia técnica realizada no local do acidente, se houver.

Os referidos elementos devem ser submetidos pelo Segurado à Seguradora na forma e no prazo previstos nas Condições Gerais, sob pena de negativa de cobertura.

11. DISPOSIÇÕES GERAIS

11.1. Esta cobertura faz parte integrante das Condições Gerais da Apólice. As normas constantes desta cobertura, por serem mais específicas, prevalecem sobre quaisquer dispositivos existentes nas Condições Gerais que, em relação a esta cobertura, têm função subsidiária.

COBERTURA BENEFÍCIO CAPACITAÇÃO POR MORTE OU INCAPACIDADE PERMANENTE DO TRABALHADOR (BCMIPT)

1.Objetivo

1.1 Esta cobertura, desde que contratada, garante ao(s) Beneficiário(s) o pagamento de uma Indenização, com o objetivo de capacita-lo profissionalmente, na ocorrência de **morte do Segurado** decorrente de **causas naturais** ou **acidentais,** ou **Incapacidade Permanente e total do segurado,** seja decorrente de **Invalidez Total e Permanente por Doença – Funcional** ou **Invalidez Permanente Total por Acidente, exceto se decorrente de Riscos Excluídos, observados os demais termos desta Cobertura, das Condições Gerais e as demais Disposições Contratuais.**

A presente Cobertura somente poderá ser contratada em conjunto com a cobertura de Morte, Morte Acidental, Invalidez Total e Permanente por Doença – Funcional ou Invalidez Permanente Total por Acidente, e a elas se vinculam, de forma que somente será devida, se caracterizada a cobertura relativa à cobertura de Morte, Morte Acidental, Invalidez Total e Permanente por Doença – Funcional ou Invalidez Permanente Total por Acidente.

2. DEFINIÇÃO

2.1. Acidente Pessoal: para fins desta cobertura prevalece o conceito indicado no item "Definições" das Condições

3. INÍCIO DE VIGÊNCIA

3.1. A garantia compreendida por esta Cobertura começa a vigorar, para todos os Segurados da Apólice, simultaneamente com o início de vigência da Apólice, ou em data posterior, por meio de aditivo, quando esta Cobertura for contratada após entrada em vigor da Apólice.

4. CESSAÇÃO DE COBERTURA

4.1. Além das hipóteses previstas nos itens 13, 14 e 22 das Condições Gerais, a cobertura do risco cessa ainda:

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;

5 PRÊMIO

5.1 O Prêmio referente a esta Cobertura será não contributário, sendo este previsto contratualmente.

6. ÂMBITO TERRITORIAL DE COBERTURA

6.1 Esta Cobertura abrange os eventos ocorridos em território nacional, salvo Disposições Contratuais em contrário.

7. CARÊNCIA

7.1. O período de Carência poderá ser estabelecido contratualmente, respeitado o limite máximo de até 50% (cinquenta por cento) do período de vigência da Apólice e será contado a partir do início de vigência individual.

7.2. Para os eventos decorrentes de Acidentes Pessoais não haverá carência.

8. PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO

8.1 Os elementos essenciais para aferição e decisão sobre a existência de Cobertura, referentes à presente Cobertura são:

(i) o aviso de sinistro totalmente preenchido e

(ii) a entrega dos documentos associados à Cobertura pleiteada, conforme abaixo:

Para a análise do pagamento da Indenização, respeitado o disposto nas Condições Gerais item 20., além do aviso de sinistro devidamente preenchido, deverão ser apresentados os seguintes documentos:

a) Morte decorrente de doença

• Aviso de sinistro preenchido e assinado (formulário padrão MetLife);

• Formulário "Autorização para Crédito de Indenização" (formulário padrão MetLife), devidamente preenchido e assinado por cada um dos Beneficiários;

• Cópias do RG , e comprovantes de residência do Segurado e do(s) Beneficiário(s);

• cópia da Certidão de Óbito do Segurado;

• cópia do Termo de Rescisão do Contrato de Trabalho, devidamente assinado pelo empregador e pelo representante do empregado, quando se tratar de Apólice Coletiva, cujo Vínculo prévio seja empregatício;

• cópia dos 3 (três) últimos comprovantes de salário, quando se tratar de Apólice Coletiva, cujo Vínculo prévio seja empregatício;

• comprovante de indicação de Beneficiário(s) assinado pelo Segurado;

• cópia do Certificado Individual do Seguro;

• cópia da Conta da Concessionária com vencimento imediatamente anterior à ocorrência do Sinistro, quando tratar-se de Apólice cuja cobrança seja efetuada por intermédio de Conta de Concessionária;

b) Morte decorrente de acidente

Além dos documentos relacionados acima para o caso de Morte decorrente de doença,

providenciar:

• cópia do BO. (Boletim de Ocorrência Policial) e/ou CAT (Comunicação de Acidente do Trabalho), se houver;

• cópia do Laudo do Necroscópico - IML. (Instituto Médico-Legal), se realizado;

• cópia da CNH (Carteira Nacional de Habilitação), em caso de acidente com veículo dirigido pelo Segurado;

• cópia do Laudo do Exame de Dosagem Alcoólica e/ou Toxicológico, se realizado(s);

• cópia do laudo da perícia técnica realizada no local do acidente, se houver.

c) Invalidez Permanente por Doença – Funcional (IPD-F)

• Aviso de sinistro preenchido e assinado (formulário padrão MetLife);

• Formulário “Autorização para Crédito de Indenização” (formulário padrão MetLife), devidamente preenchido e assinado pelo Segurado;

• cópias do RG, CPF (e comprovante de residência do Segurado;

• relatórios médicos e resultados de exames complementares realizados, que comprovem satisfatoriamente a incapacidade do Segurado;

• Documentos que comprove a alta médica do INSS;

• cópia da Ficha de Registro de empregado, quando tratar-se de Apólice Coletiva, cujo Vínculo prévio seja empregatício;

• cópia dos 3 (três) últimos comprovantes de salário, quando tratar-se de Apólice Coletiva, cujo Vínculo prévio seja empregatício;

• cópia do Termo de Rescisão do Contrato de Trabalho, devidamente assinado pelo empregador e pelo representante do empregado, quando se tratar de Apólice Coletiva, cujo Vínculo prévio seja empregatício;

d) Invalidez Permanente Total por Acidente (IPTA)

• formulário “Aviso de Sinistro”, devidamente preenchido e assinado pelo Segurado e pelo médico que atendeu o Segurado por ocasião do acidente, com indicação da especialidade e CRM;

• formulário “Autorização para Crédito de Indenização”, devidamente preenchido e assinado pelo Segurado;

• cópias do RG, CPF e comprovante de residência do Segurado;

• cópia do BO (Boletim de Ocorrência Policial) e/ou CAT (Comunicação de Acidente do Trabalho), se Acidente do Trabalho),;

• cópia da CNH (Carteira Nacional de Habilitação), em caso de acidente com veículo dirigido pelo Segurado;

• cópia do Laudo do Exame de Dosagem Alcoólica e/ou Toxicológico, se realizado(s);

• cópia do laudo da perícia técnica realizada no local do acidente, se houver;

• radiografia e resultados de exames realizados;

• Documentos que comprove a alta médica do INSS;

• cópia da Ficha de Registro do empregado, quando se tratar de Apólice Coletiva, cujo Vínculo prévio seja empregatício;

• cópia dos 3 (três) últimos comprovantes de salário, quando se tratar de Apólice Coletiva, cujo Vínculo prévio seja empregatício;

• cópia do Termo de Rescisão do Contrato de Trabalho, devidamente assinado pelo empregador e pelo representante do empregado, quando se tratar de Apólice Coletiva, cujo Vínculo prévio seja empregatício;

Os referidos elementos devem ser submetidos pelo Segurado à Seguradora na forma e no prazo previstos nas Condições Gerais, sob pena de negativa de cobertura.

9. DISPOSIÇÕES GERAIS

9.1. Esta cobertura faz parte integrante das Condições Gerais da Apólice. As normas constantes desta cobertura, por serem mais específicas, prevalecem sobre quaisquer dispositivos existentes nas Condições Gerais que, em relação a esta cobertura, têm função subsidiária.

ANEXOS

ANEXO 1 - 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

ANEXO 2

TABELA DE RELAÇÕES EXISTENCIAIS, CONDIÇÕES MÉDICAS E ESTRUTURAIS E DE ESTADOS CONEXOS PARA INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DE INVALIDEZ PERMANENTE POR DOENÇA FUNCIONAL

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.	00
	2º GRAU: o Segurado apresenta desorientação; necessita de auxílio à locomoção e ou para sair à rua; comunica-se com dificuldade; realiza parcialmente as atividades do cotidiano; possui restrições médicas de ordem relativas ou prejuízo intelectual e ou de cognição.	10
	3º GRAU: o Segurado apresenta-se retido ao lar; tem perda na mobilidade ou na fala; não realiza atividades do cotidiano; possui restrições médicas impeditivas de ordem totalitária ou apresenta algum grau de alienação mental.	20
CONDIÇÕES CLÍNICAS E ESTRUTURAIS DO SEGURADO	**1º GRAU:** o Segurado apresenta-se hígido; capaz de livre movimentação; não apresenta evidência de disfunção e ou insuficiência de órgãos, aparelhos ou sistemas, possuindo visão em grau que lhe permita desempenhar suas tarefas normais.	00
	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

	3° GRAU: o Segurado apresenta quadro clínico anormal, evolutivamente avançado, descompensado ou instável, cursando com disfunções e ou insuficiências em órgãos vitais, que se encontre em estágio que demande suporte médico mantido (controlado), que acarrete restrição ampla a esforços físicos e que comprometa a vida cotidiana, mesmo que com interação de auxílio humano e ou técnico.	**20**
CONECTIVIDADE DO SEGURADO COM A VIDA	**1° GRAU:** o Segurado realiza, sem auxílio, as atividades de vestir-se e despir-se; dirigir-se ao banheiro; lavar o rosto; escovar seus dentes; pentear-se; barbear-se; banhar-se; enxugar-se, mantendo os atos de higiene íntima e de asseio pessoal, sendo capaz de manter a autosuficiência alimentar com condições de suprir suas necessidades de preparo, serviço, consumo e ingestão de alimentos.	**00**
	2° GRAU: o Segurado necessita de auxílio para trocar de roupa; entrar e sair do chuveiro; para realizar atos de higiene e de asseio pessoal; para manter suas necessidades alimentares (misturar ou cortar o alimento, descascar fruta, abrir uma embalagem, consumir os alimentos com uso de copo, prato e talheres).	**10**
	3° GRAU: o Segurado necessita de auxílio às atividades de higiene e asseio pessoal diários, assim como aquelas relacionadas à sua alimentação, não sendo capaz de realizar sozinho suas necessidades fisiológicas e de subsistência alimentar diárias.	**20**

TABELA DE DADOS ANTROPOMÉTRICOS, FATORES DE RISCO DE MORBIDADE

DADOS ANTROPOMÉTRICOS, RISCOS INTERAGENTES E AGRAVOS MÓRBIDOS	PONTOS
A idade do Segurado interfere na análise da morbidade do caso e ou há imc - índice de massa corporal superior a 40.	02
Há risco de sangramentos, rupturas e/ou quaisquer outras ocorrências iminentes que possam agravar a morbidade do caso.	02
Há ou houve recidiva, progressão em doença tratada e ou agravo mantido associado ou não à disfunção imunológica.	04
Existem mais de 2 fatores de risco e ou há repercussão vital decorrente da associação de duas ou mais doenças crônicas em atividade.	04
Certifica-se existir risco de morte súbita, tratamento paliativo e ou de suporte à sobrevida e ou refratariedade terapêutica.	08

COBERTURA DE INDENIZAÇÃO ESPECIAL AO EMPREGADOR POR AFASTAMENTO POR ACIDENTE LABORAL (IEAAL)

1. OBJETIVO

1.1. Esta Cobertura, desde que contratada, garante o pagamento de uma indenização, a título de apoio financeiro ao empregador, em caso de afastamento por acidente laboral do empregado que estiver em gozo do benefício de auxílio doença acidentário concedido pelo órgão responsável, desde que o afastamento seja em consequência de acidente típico ou do trajeto, mediante registro no CAT (comunicação de acidente de trabalho), **exceto se decorrente de Riscos Excluídos, observados os demais termos desta Cobertura, das Condições Gerais e as demais Disposições Contratuais.**

1.2. As indenizações previstas nesta Cobertura serão devidas após decorrido o período de Franquia, limitado ao Capital Segurado Contratado.

1.3. Caso ocorra o afastamento acidentário laborativo por agravamento do evento coberto já indenizado, não haverá cobertura.

2. DEFINIÇÃO

2.1 Acidente Laborativo: é o acidente ocorrido no exercício da atividade profissional a serviço do Empregador e que provoque lesão corporal ou perturbação funcional que cause a perda ou redução (permanente ou temporária) da capacidade para o trabalho.

2.2. Acidente Típico: acidente que ocorre a serviço da Empresa.

2.3. Acidente do Trajeto: acidente que ocorre no percurso residência ou refeição para o local de trabalho e vice-versa.

2.4 Comunicação de Acidente de Trabalho (CAT): é um documento emitido para reconhecer tanto um acidente de trabalho ou de trajeto bem como uma doença ocupacional.

3. RISCOS EXCLUÍDOS

3.1. Além dos riscos expressamente excluídos na cláusula 5 das Condições Gerais, estão também excluídos desta cobertura, os eventos ocorridos em consequência, direta ou indireta de e/ou relacionados a:

a) acidentes ocorridos anteriormente à contratação do seguro;

b) perturbações e intoxicações alimentares de qualquer espécie;

c) eventos em que o Segurado tenha intencionalmente atentado contra a vida e integridade física de outrem, consumado ou não, exceto em caso de legítima defesa ou assistência à pessoa em perigo;

d) eventos em que o período do afastamento acidentário laborativo do Segurado seja inferior a Franquia estabelecida no Contrato e Certificado e que não resultem em benefício de auxílio-doença acidentário da Previdência Social;

e) eventos decorrentes de doença profissional ou do trabalho;

f) os eventos ocorridos anteriores a vigência do seguro, bem como os ocorridos durante a sua vigência, que tenham provocado a necessidade de comunicação da reabertura do CAT ao INSS.

4. CAPITAL SEGURADO

4.1 O Capital Segurado será estabelecido contratualmente e deverá constar na respectiva Apólice de Seguro e, quando aplicável, deverá constar também a distribuição do capital entre o empregado e empregador.

4.2 Para fins desta Cobertura, considera-se como data do evento, o primeiro dia do afastamento do Segurado das atividades laborativas por ele exercidas, em decorrência exclusiva de acidente típico ou de trajeto coberto.

5. REINTEGRAÇÃO DO CAPITAL SEGURADO

5.1. O Capital Segurado relativo a esta Cobertura será totalmente reintegrado, de forma automática, após ocorrência de cada Evento Coberto, sem cobrança de Prêmio adicional.

5.2. Não haverá reintegração de capital para casos de CAT reabertura, ou seja, quando houver reinício de tratamento ou afastamento por agravamento da lesão, acidente comunicado anteriormente ao INSS.

6. INÍCIO DE VIGÊNCIA DESTA COBERTURA

6.1. A garantia compreendida por esta Cobertura começa a vigorar, para todos os Segurados da Apólice, simultaneamente com o início de vigência da Apólice, ou em data posterior, por meio de aditivo, quando esta Cobertura for contratada após entrada em vigor da Apólice.

7. CESSAÇÃO DESTA COBERTURA

7.1. Para fins desta cobertura se aplicam as hipóteses previstas nos itens 13, 14 e 22 das Condições Gerais.

8. PRÊMIO

8.1. O Prêmio referente a esta Cobertura será não contributário, sendo este previsto contratualmente.

9. FRANQUIA

9.1. O período de Franquia será estabelecido contratualmente, respeitado o limite máximo de 30 (trinta) dias ininterruptos por evento, e será contado a partir da data do afastamento das atividades laborativas do Segurado, por determinação médica.

9.2. As Indenizações previstas nesta Cobertura serão devidas a partir do primeiro dia após o término do período de Franquia.

10.ÂMBITO TERRITORIAL DE COBERTURA

10.1. Esta Cobertura abrange os eventos ocorridos em território nacional, salvo Disposições Contratuais em contrário.

11. PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO

11.1. Os elementos essenciais para aferição e decisão sobre a existência de Cobertura, referentes à presente Cobertura são:

(i) o aviso de sinistro totalmente preenchido e

(ii) a entrega dos documentos associados à Cobertura pleiteada, conforme abaixo:

Para a análise do pagamento da Indenização, respeitado o disposto nas Condições Gerais item 20., além do aviso de sinistro devidamente preenchido, deverão ser apresentados os seguintes documentos:

• Aviso de sinistro preenchido e assinado (formulário padrão MetLife);

• Formulário "Autorização para Crédito de Indenização" (formulário padrão MetLife), devidamente preenchido e assinado por cada um dos Beneficiários;

• cópias do RG e CPF do Segurado;

• cópia do registro da CAT (Comunicação de Acidente do Trabalho), que conste o tipo 1- Típico ou 3-Trajeto;

• Cópia dos documentos de comprovação de vínculo empregatício (Ficha de Registro de Empregado ou CTPS (Carteira de Trabalho e Previdência Social ou GFIP/SEFIP página onde consta o nome do segurado e do totalizador de funcionários)

• Cópia do holerite do mês do afastamento

• Cópia da concessão do benefício de auxílio-doença por incapacidade do Segurado junto a Previdência Social - INSS;

• Declaração com carimbo e assinatura do contador da empresa constando os encargos trabalhistas vinculados ao colaborador no período do afastamento;

• Cópias de nota fiscal e/ou cupom fiscal, com a descrição das despesas oriundas com o afastamento do segurado, se houver.

Os referidos elementos devem ser submetidos pelo Segurado à Seguradora na forma e no prazo previstos nas Condições Gerais, sob pena de negativa de cobertura.

12. DISPOSIÇÕES GERAIS

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 INDENIZAÇÃO COMPLEMENTAR AO EMPREGADO POR AFASTAMENTO POR ACIDENTE LABORAL (ICAAL)

1. OBJETIVO

1.1. Esta Cobertura, desde que contratada, garante o pagamento de uma indenização ao empregado que estiver em gozo do benefício de auxílio-doença acidentário concedido pelo órgão responsável, a título de complemento salarial do valor da diferença entre o auxílio-doença acidentário e o valor da remuneração que receberia se estivesse trabalhando, desde que o afastamento seja em consequência exclusiva de acidente laborativo, típico de trabalho ou do trajeto, mediante registro no CAT (comunicação de acidente de trabalho), **exceto se decorrente de Riscos Excluídos, observados os demais termos desta Cobertura, das Condições Gerais e as demais Disposições Contratuais.**

1.2. As indenizações previstas nesta Cobertura serão devidas após decorrido o período de Franquia, limitado ao Capital Segurado Contratado.

1.3. Caso ocorra o afastamento acidentário laborativo por agravamento do evento coberto já indenizado, não haverá cobertura.

2. DEFINIÇÃO

2.1 Acidente Laborativo: é o acidente ocorrido no exercício da atividade profissional a serviço do Empregador e que provoque lesão corporal ou perturbação funcional que cause a perda ou redução

(permanente ou temporária) da capacidade para o trabalho.

2.2. Acidente Típico: acidente que ocorre a serviço da Empresa.

2.3. Acidente do Trajeto: acidente que ocorre no percurso residência ou refeição para o local de trabalho e vice-versa.

2.4 Comunicação de Acidente de Trabalho (CAT): é um documento emitido para reconhecer tanto um acidente de trabalho ou de trajeto bem como uma doença ocupacional.

3. RISCOS EXCLUÍDOS

3.1. Além dos riscos expressamente excluídos na cláusula 5 das Condições Gerais, **estão também excluídos desta cobertura, os eventos ocorridos em consequência, direta ou indireta de e/ou relacionados a:**

a) acidentes ocorridos anteriormente à contratação do seguro;

b) perturbações e intoxicações alimentares de qualquer espécie;

c) eventos em que o Segurado tenha intencionalmente atentado contra a vida e integridade física de outrem, consumado ou não, exceto em caso de legítima defesa ou assistência à pessoa em perigo;

d) eventos em que o período do afastamento acidentário laborativo do Segurado seja inferior a Franquia estabelecida no Contrato e Certificado e que não resultem em benefício de auxílio-doença acidentário da Previdência Social;

e) eventos decorrentes de doença profissional ou do trabalho;

f) os eventos ocorridos anteriores a vigência do seguro, bem como os ocorridos durante a sua vigência, que tenham provocado a necessidade de comunicação da reabertura do CAT ao INSS.

4. CAPITAL SEGURADO

4.1. O Capital Segurado será estabelecido contratualmente e deverá constar na respectiva Apólice de Seguro.

4.2. Para fins desta Cobertura, considera-se como data do evento, o primeiro dia do afastamento do Segurado das atividades laborativas por ele exercidas, em decorrência exclusiva de acidente típico ou de trajeto coberto.

5. REINTEGRAÇÃO DO CAPITAL SEGURADO

5.1. O Capital Segurado relativo a esta Cobertura será totalmente reintegrado, de forma automática, após ocorrência de cada Evento Coberto, sem cobrança de Prêmio adicional.

5.2. Não haverá reintegração de capital para casos de CAT reabertura, ou seja, quando houver reinício de tratamento ou afastamento por agravamento da lesão, acidente comunicado anteriormente ao INSS.

6. INÍCIO DE VIGÊNCIA DESTA COBERTURA

6.1. A garantia compreendida por esta Cobertura começa a vigorar, para todos os Segurados da Apólice, simultaneamente com o início de vigência da Apólice, ou em data posterior, por meio de aditivo, quando esta Cobertura for contratada após entrada em vigor da Apólice.

7. CESSAÇÃO DESTA COBERTURA

7.1. Para fins desta cobertura se aplicam as hipóteses previstas nos itens 13, 14 e 22 das Condições Gerais.

8. PRÊMIO

8.1. O Prêmio referente a esta Cobertura será não contributário, sendo este previsto contratualmente.

9. FRANQUIA

9.1. O período de Franquia será estabelecido contratualmente, respeitado o limite máximo de 30 (trinta) dias ininterruptos por evento, e será contado a partir da data do afastamento das atividades laborativas do Segurado, por determinação médica.

9.2. As Indenizações previstas nesta Cobertura serão devidas a partir do primeiro dia após o término do período de Franquia.

10. ÂMBITO TERRITORIAL DE COBERTURA

10.1. Esta Cobertura abrange os eventos ocorridos em território nacional, salvo Disposições Contratuais em contrário.

11. PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO

11.1. Os elementos essenciais para aferição e decisão sobre a existência de Cobertura, referentes à presente Cobertura são:

(i) o aviso de sinistro totalmente preenchido e

(ii) a entrega dos documentos associados à Cobertura pleiteada, conforme abaixo:

Para a análise do pagamento da Indenização, respeitado o disposto nas Condições Gerais item 20, além do aviso de sinistro devidamente preenchido, deverão ser apresentados os seguintes documentos:

• Aviso de sinistro preenchido e assinado (formulário padrão MetLife);

• Formulário "Autorização para Crédito de Indenização" (formulário padrão MetLife), devidamente preenchido e assinado por cada um dos Beneficiários;

• cópias do RG e CPF do Segurado;

• cópia do registro da CAT (Comunicação de Acidente do Trabalho), que conste o tipo 1- Típico ou 3-Trajeto;

• Cópia dos documentos de comprovação de vínculo empregatício (Ficha de Registro de Empregado ou CTPS (Carteira de Trabalho e Previdência Social ou GFIP/SEFIP página onde consta o nome do segurado e do totalizador de funcionários)

• Cópia do holerite do mês do afastamento

• Cópia da concessão do benefício de auxílio-doença por incapacidade do Segurado junto a Previdência Social - INSS;

• Declaração com carimbo e assinatura do contador da empresa constando os encargos trabalhistas vinculados ao colaborador no período do afastamento;

• Cópias de nota fiscal e/ou cupom fiscal, com a descrição das despesas oriundas com o afastamento do segurado, se houver.

Os referidos elementos devem ser submetidos pelo Segurado à Seguradora na forma e no prazo previstos nas Condições Gerais, sob pena de negativa de cobertura.

12. DISPOSIÇÕES GERAIS

12.1. Esta Cobertura faz parte integrante das Condições Gerais da Apólice. As normas constantes desta Cobertura, por serem mais específicas, prevalecem sobre quaisquer dispositivos existentes nas Condições Gerais que, em relação a esta Cobertura, têm função subsidiária.

COBERTURA MORTE ACIDENTAL POR ACIDENTE DE TRABALHO (MAAT)

1.OBJETIVO

1.1. Esta cobertura, desde que contratada, garante ao(s) Beneficiário(s) o pagamento de uma Indenização, em caso de morte do Segurado, em consequência exclusiva de Acidente Pessoal coberto, exclusivo por Acidente de Trabalho, típico ou de trajeto coberto, limitado ao valor do capital segurado contratado para esta cobertura, **exceto se decorrente de Riscos Excluídos, observados os demais termos desta cobertura, das Condições Gerais e as demais Disposições Contratuais.**

1.2. Para fins desta cobertura, considera-se acidente pessoal o evento com data caracterizada, ocorrido durante a vigência da apólice, exclusivo e diretamente externo, súbito, involuntário e violento, causador de lesão física que, por si só e independente de toda e qualquer outra causa, tenha como consequência direta a morte do segurado.

2. DEFINIÇÃO

2.1. Acidente Pessoal: para fins desta cobertura prevalece o conceito indicado no item "Definições" das Condições Gerais deste seguro.

2.2. Acidente de Trabalho ou "in tinere": acidente pessoal, de acordo com a definição constante no item 3.1. "Definições" destas Condições, desde que ocorrido durante o exercício do trabalho a serviço da empresa ou durante o percurso entre a residência do trabalhador e o local de trabalho ou vice-versa.

2.3. Acidente Típico: acidente que pode ocorrer em decorrência do exercício da função profissional do empregado a serviço da Empresa.

2.4. Comunicação de Acidente de Trabalho CAT): é um documento emitido para reconhecer tanto um acidente de trabalho ou durante o trajeto bem como uma doença ocupacional.

3. RISCOS EXCLUÍDOS

3.1. Além dos riscos expressamente excluídos na cláusula 5 das Condições Gerais, estão também excluídos desta cobertura, os eventos ocorridos em consequência, direta ou indireta de e/ou relacionados a:

a) suicídio voluntário ou sua tentativa nos 2 (dois) primeiros anos de vigência, ou da recondução do contrato, quando suspenso, contados:

-do início de vigência individual do seguro; ou

-da solicitação de aumento de Capital Segurado feita exclusivamente pelo Segurado/Estipulante.

Nesta hipótese a exclusão somente se aplica à diferença do Capital Segurado aumentado; - A presente exclusão não será aplicável se comprovado

que o suicídio decorreu de grave ameaça ou legitima defesa de terceiro;

b) Perturbações e intoxicações alimentares de qualquer espécie;

c) Viagens em aeronaves não homologadas ou que não possuam, em vigor, o competente atestado de navegabilidade; em aeronaves oficiais ou militares em operações que não sejam de simples transporte ou de condução de autoridades ou de passageiros; em aeronaves furtadas, sequestradas ou dirigidas por pilotos não legalmente habilitados, exceto quando da prestação de serviço militar ou de atos de humanidade de auxílio de outrem ou salvo quando tal(is) atividade(s) tenha(m) sido declarada(s) pelo Segurado e a Seguradora tenha julgado o risco aceito;

d) Sinistros ocorridos fora do horário comercial estabelecido em contrato de trabalho, nem tampouco eventos decorrentes de atividades não exercidas para a empresa contratante, atividades executadas fora da função e atribuição contratual, em períodos de férias, feriados e em período de licença do Segurado individual.

e) eventos decorrentes de doença profissional ou do trabalho;

f) estado de convalescença (após a alta médica);

g) todo e qualquer dano estético, ainda que decorrente de acidente coberto;

h) eventos causados exclusivamente pela ausência de habilitação do Segurado para condução de veículo automotor;

i) Tratamento endovascular de aneurisma da artéria aorta (endoprótese);

j) acidentes ocorridos anteriormente à contratação do seguro;

4. FRANQUIA

4.1. Esta cobertura não prevê a aplicação de franquia.

5. CARÊNCIA

5.1. Não há prazo de carência para sinistros decorrentes de acidentes pessoais.

5.2. Será aplicada uma carência de 2 (dois) anos nos casos de morte ocasionada por lesão intencionalmente auto infligida, suicídio voluntário e premeditado ou qualquer intenção e tentativa de suicídio voluntária e premeditada.

6. CAPITAL SEGURADO

6.1. Para fins desta cobertura, o capital segurado é a importância a ser paga em razão de sinistro coberto, estabelecida na Apólice de Seguro vigente na data do evento.

6.2. O pagamento desta cobertura será feito de uma única vez, em forma de indenização, obedecendo o limite máximo estabelecido para esta garantia, definido na Apólice de Seguro.

6.3. O pagamento da cobertura de Morte Acidental em Horário de Trabalho não caracteriza, pela Seguradora, o reconhecimento de obrigação para pagamento de qualquer indenização de outras coberturas de Seguro que possam ter sido contratadas.

6.4. Para fins desta cobertura, considera-se como data do evento, para efeito de determinação do Capital Segurado, a data da ocorrência do acidente**.**

7. INÍCIO DE VIGÊNCIA

7.1. A cobertura compreendida por esta cobertura começa a vigorar, para todos os Segurados da Apólice, simultaneamente com o início da vigência da Apólice, ou em data posterior, por meio de aditivo, quando esta cobertura for contratada após entrada em vigor da Apólice.

8. CESSAÇÃO DE COBERTURA

8.1. Além das hipóteses previstas nos itens 13, 14 e 22 das Condições Gerais, a cobertura do risco a que se refere esta cobertura cessa ainda:

8.1.1. Para o Segurado:

a) simultaneamente, com o cancelamento da Apólice Coletiva ou da presente Cobertura;

b) a partir da data em que ocorrer a exclusão do Segurado da Apólice Coletiva;

c) com o falecimento do Segurado;

d) com o pagamento da Indenização, se houver previsão de exclusão do Segurado da Apólice na respectiva cobertura contratada, que gerou a Indenização.

9. PRÊMIO

9.1. O Prêmio referente a esta cobertura estará previsto contratualmente.

10. ÂMBITO TERRITORIAL DE COBERTURA

10.1. Esta cobertura abrange os eventos ocorridos em todo o globo terrestre, salvo Disposições Contratuais em contrário.

11. PAGAMENTO DA INDENIZACAO

11.1. Os elementos essenciais para aferição e decisão sobre a existência de Cobertura, referentes à presente Cobertura são:

(i) o aviso de sinistro totalmente preenchido e

(ii) a entrega dos documentos associados à Cobertura pleiteada, conforme abaixo:

Para a análise do pagamento da Indenização, respeitado o disposto nas Condições Gerais item 20, além do aviso de sinistro devidamente preenchido, deverão ser apresentados os seguintes documentos:

- Aviso de sinistro preenchido e assinado (formulário padrão MetLife);
- Formulário Autorização para Crédito de Indenização (formulário padrão MetLife), devidamente preenchido e assinado por cada um dos Beneficiários;
- Cópias do RG , CPF e comprovantes de residência do Segurado e do(s) Beneficiário(s);
- Cópia da Certidão de Óbito do Segurado;
- Cópia da CNH (Carteira Nacional de Habilitação), em caso de acidente com veículo dirigido pelo Segurado;
- Cópia do Laudo de Dosagem Alcoólica e/ou Toxicológico, caso esta informação não conste do Laudo de Exame de Corpo Delito;
- Cópia do Certificado Individual do Seguro
- Cópia da Comunicação de Acidente do Trabalho (CAT) que conste o tipo 1- Típico ou 3-Trajeto se houver;
- Cópia do Boletim de Ocorrência ou Certidão de Ocorrência Policial, se for o caso;
- Cópia do Auto de Reconhecimento de cadáver, se a morte for por carbonização.
- Cópia do Termo de Rescisão do Contrato de Trabalho, devidamente assinado pelo empregador e pelo representante do empregado, quando se tratar de Apólice Coletiva, cujo Vínculo prévio seja empregatício;
- Cópia dos 3 (três) últimos comprovantes de salário, quando se tratar de Apólice Coletiva, cujo Vínculo prévio seja empregatício;
- Cópia da Conta da Concessionária com vencimento imediatamente anterior à ocorrência do Sinistro, quando tratar-se de Apólice cuja cobrança seja efetuada por intermédio de Conta de Concessionária;
- Cópia do comprovante de quitação da Conta da Concessionária indicada no item anterior.
- Cópia do Laudo do Necroscópico - IML (Instituto Médico- Legal), se realizado;
- Cópia do laudo da perícia técnica realizada no local do acidente, se houver.

Não havendo indicação de Beneficiário(s), apresentar ainda:

- Declaração original assinada pelo Estipulante, formalizando que não houve designação de Beneficiário(s);
- Declaração original assinada pelo(s) Beneficiário(s), com indicação do estado civil do Segurado por ocasião do falecimento, se eventualmente mantinha união estável e com quem, e quais os herdeiros legais deixados (listar todos).

Demais documentos para habilitação do(s) Beneficiário(s):

- Cônjuge: cópia da Certidão de Casamento atualizada;
- Companheiro(a): comprovação de união estável por ocasião do Sinistro;
- Filho(s): cópia da Certidão de Nascimento, na ausência de RG e CPF.

Na hipótese de Beneficiários Pessoa Jurídica:

- Cópia do Contrato Social e/ou estatuto com as respectivas atualizações;
- Cópia do Cartão de Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica (CNPJ) ou no Cadastro de Empresa Estrangeira/BACEN (CADEMP);
- Cópia do RG, CPF 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.

12. DISPOSIÇÕES GERAIS

12.1. Esta cobertura faz parte integrante das Condições Gerais da Apólice. As normas constantes desta cobertura, por serem mais específicas, prevalecem sobre quaisquer dispositivos existentes nas Condições Gerais que, em relação a esta cobertura, têm função subsidiária.

COBERTURA AUXÍLIO NATALIDADE PRÉ MATURO (ANPM)

1.OBJETIVO

1.1. Garante ao Segurado o pagamento de uma Indenização, a título de auxílio natalidade, em caso de filho(s) nascidos(s) vivo(s) prematuro(s) do próprio segurado, **exceto se decorrente de Riscos Excluídos, observados os demais termos desta Cobertura, das Condições Gerais e as demais Disposições Contratuais.**

1.2. Será considerado para efeito de indenização desta cobertura o valor estabelecido em contrato multiplicado pelo número de filhos nascidos prematuros vivos.

2.DEFINIÇÃO

2.1. Pré Maturo: recém-nascido vivo, com menos de 37 semanas completas de gestação.

2.2. Nascidos Vivos: quando o recém-nascido respira ou mostra qualquer outra evidência vital, tais como: batimento do coração, pulsação do cordão umbilical ou movimento efetivo dos músculos da contração voluntária.

2.3. Natimorto: É a designação dada ao feto que morre ainda dentro do ventre da mãe ou durante o parto.

3. RISCOS EXCLUÍDOS

3.1. Além dos riscos expressamente excluídos na cláusula 5 das Condições Gerais, estão também excluídos desta cobertura, os eventos ocorridos em consequência, direta ou indireta de e/ou relacionados a:

a) Nascimentos fora da vigência do Seguro;

b) Natimorto;

c) Recém-nascido vivo, a partir ou com mais de 37 semanas completas de gestação

d) Adoção.

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 a data do nascimento pré-maturo do filho do Segurado.

4.3. Caracterizado o sinistro, o capital segurado será pago em uma única parcela, em favor do próprio segurado.

5. INÍCIO DE VIGÊNCIA DESTA COBERTURA

5.1. A garantia compreendida por esta Cobertura começa a vigorar, para todos os Segurados da Apólice, simultaneamente com o início da vigência da Apólice, ou em data posterior, por meio de aditivo, quando esta Cobertura for contratada após entrada em vigor da Apólice.

6.CESSAÇÃO DE COBERTURA

6.1. Para fins desta cobertura se aplicam as hipóteses previstas nos itens 13, 14 e 22 das Condições Gerais.

7. PRÊMIO

7.1. O Prêmio referente a esta Cobertura estará previsto contratualmente.

8. CARÊNCIA

8.1. O período de Carência poderá ser estabelecido contratualmente, respeitado o limite máximo de até 50% (cinquenta por cento) do período de vigência da Apólice e será contado a partir do início de vigência individual.

9. ÂMBITO TERRITORIAL DE COBERTURA

9.1. Esta Cobertura abrange os eventos ocorridos em todo o globo terrestre, salvo Disposições Contratuais em contrário.

10. PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO

10.1. Os elementos essenciais para aferição e decisão sobre a existência de Cobertura, referentes à presente Cobertura são:

(iii) o aviso de sinistro totalmente preenchido e

(iv) a entrega dos documentos associados à Cobertura pleiteada, conforme abaixo:

Para a análise do pagamento da Indenização, respeitado o disposto nas Condições Gerais item 20, além do aviso de sinistro devidamente preenchido, deverão ser apresentados os seguintes documentos:

- Aviso de sinistro preenchido e assinado (formulário padrão MetLife);
- Formulário “Autorização para Crédito de Indenização” (formulário padrão MetLife), devidamente preenchido e assinado por cada um dos Beneficiários;
- Cópias do RG, CPF e comprovantes de residência do Segurado;
- Cópia da Certidão de Nascimento;

• Cartão de nascimento em nome do recém-nascido, feito pelo neonatologista na maternidade/hospital. Neste documento deverá conter: nome, data de nascimento, peso, capurro e idade gestacional (documento entregue no momento da alta hospitalar).
• cópia dos 3 (três) últimos comprovantes de salário, quando se tratar de Apólice Coletiva, cujo Vínculo prévio seja empregatício;

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.

AUXÍLIO FUNERAL POR ACIDENTE DE TRABALHO (AUXFAT)

1. OBJETIVO

1.1. Esta cobertura, desde que contratada, garante ao(s) Beneficiário(s) o pagamento de uma Indenização, em consequência exclusiva de morte do Segurado em razão de doença provocada pela atividade laboral ou em virtude de acidente de trabalho, típico ou de trajeto coberto, **exceto se decorrente de Riscos Excluídos, observados os demais termos desta cobertura, das Condições Gerais e as demais Disposições contratuais.**

1.2. Será estabelecido contratualmente se a Indenização relativa à presente Cobertura será ou não deduzida do Capital Segurado das Coberturas de Morte, Morte Acidental ou Morte Acidental por acidente de trabalho, na hipótese de Evento Coberto.

1.3. Também será estabelecido contratualmente se poderá ou não haver adiantamento do Capital Segurado relativo a esta Cobertura.

1.4. Quando houver adiantamento de Capital Segurado da Cobertura de Morte, este adiantamento não caracterizará o direito à cobertura da Cobertura de Morte, ficando à análise para pagamento da diferença da indenização sujeita as condições contratuais.

2. DEFINIÇÃO

2.1. Acidente de Trabalho ou "in tinere": acidente pessoal, de acordo com a definição constante no item 3.1. - Definições destas Condições, desde que ocorrido durante o exercício do trabalho a serviço da empresa ou durante o percurso entre a residência do trabalhador e o local de trabalho ou vice-versa.

2.2. Acidente Típico: acidente que pode ocorrer em decorrência do exercício da função profissional do empregado a serviço da Empresa.

2.3. Comunicação de Acidente de Trabalho (CAT): é um documento emitido para reconhecer tanto um acidente de trabalho ou durante o trajeto bem como uma doença ocupacional.

3. RISCOS EXCLUÍDOS

3.1. Além dos riscos expressamente excluídos apresentados no item 5 das Condições Gerais, estão também excluídos da presente cobertura, os eventos ocorridos em consequência, direta ou indireta de e/ou relacionados a:

a) acidentes ocorridos anteriormente à contratação do seguro;

b) perturbações e intoxicações alimentares de qualquer espécie;

c) eventos causados exclusivamente pela não utilização, pelo Segurado, de equipamentos de segurança exigidos por lei;

d) eventos causados exclusivamente pela ausência de habilitação do Segurado para condução de veículo automotor;

e) eventos em que o Segurado tenha intencionalmente atentado contra a vida e integridade física de outrem, consumado ou não, exceto em caso de legítima defesa ou assistência à pessoa em perigo.

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 de trabalho, não prevalecendo qualquer alteração de Capital Segurado efetuada posteriormente ao acidente.

5. INÍCIO DE VIGÊNCIA

5.1. Esta cobertura começa a vigorar, para todos os Segurados da Apólice, simultaneamente com o início da vigência da Apólice, ou em data posterior, por meio de aditivo, quando esta cobertura for contratada após entrada em vigor da Apólice.

6. CESSAÇÃO DE COBERTURA

6.1. Além das hipóteses previstas nos itens 13, 14 e 22 das Condições Gerais, a cobertura do risco cessa ainda:

6.1.1. Para o Segurado:

a) simultaneamente, com o cancelamento da Apólice Coletiva ou da presente cobertura;

b) a partir da data em que ocorrer a exclusão do Segurado da Apólice Coletiva;

c) com o falecimento do Segurado;

d) com o pagamento da Indenização, se houver previsão de exclusão do Segurado da Apólice na respectiva cobertura contratada, que gerou a indenização.

7. PRÊMIO

7.1. O Prêmio referente a esta cobertura estará previsto contratualmente.

8. ÂMBITO TERRITORIAL DE COBERTURA

8.1. Esta cobertura abrange os eventos ocorridos em todo o 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:

Para a análise do pagamento da Indenização, respeitado o disposto nas Condições Gerais item 20, além do aviso de sinistro devidamente preenchido, deverão ser apresentados os seguintes documentos:

•Aviso de sinistro preenchido e assinado (formulário padrão MetLife);

• Formulário “Autorização para Crédito de Indenização” (formulário padrão MetLife), devidamente preenchido e assinado por cada um dos Beneficiários.

• cópias do RG, CPF e comprovantes de residência do Segurado e do(s) Beneficiário(s);
• cópia do registro da CAT (Comunicação de Acidente do Trabalho), que conste o tipo 1- Típico ou 3-Trajeto;
• cópia do BO (Boletim de Ocorrência Policial) (se houver)
• cópia do Laudo do Necroscópico - IML (Instituto Médico-Legal), se realizado.
• cópia da CNH (Carteira Nacional de Habilitação), em caso de acidente com veículo dirigido pelo Segurado;
• cópia do Laudo do Exame de Dosagem Alcoólica e/ou Toxicológico, se realizado(s);
• cópia do laudo da perícia técnica realizada no local do acidente, se houver.
• cópia da Certidão de Óbito do Segurado.
• cópia do Termo de Rescisão do Contrato de Trabalho, devidamente assinado pelo empregador e pelo representante do empregado, quando se tratar de Apólice Coletiva, cujo Vínculo prévio seja empregatício.
• cópia dos 3 (três) últimos comprovantes de salário, quando se tratar de Apólice Coletiva, cujo Vínculo prévio seja empregatício;
• comprovante de indicação de Beneficiário(s) assinado pelo Segurado;
• cópia do Certificado Individual do Seguro;
• cópia da Conta da Concessionária com vencimento imediatamente anterior à ocorrência do Sinistro, quando tratar-se de Apólice cuja cobrança seja efetuada por intermédio de Conta de Concessionária.
• cópia do comprovante de quitação da Conta da Concessionária indicada no item anterior.

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 AUXÍLIO FUNERAL FAMILIAR (AUXFF)

1. OBJETIVO

1.1. Esta cobertura, desde que contratada, garante ao próprio Segurado ou a seu(s) beneficiário(s), o pagamento de uma Indenização, em consequência exclusiva de morte do segurado titular, cônjuge e filhos do Segurado, seja decorrente de causa natural ou acidental, **exceto se decorrente de Riscos Excluídos, observados os demais termos desta cobertura, das Condições Gerais e as demais Disposições Contratuais**.

1.2. Será estabelecido contratualmente se a Indenização relativa à presente Cobertura será ou não deduzida do Capital Segurado da Cobertura de Morte ou da Cobertura de Morte Acidental na hipótese de Evento Coberto.

1.3. Também será estabelecido contratualmente se poderá ou não haver adiantamento do Capital Segurado relativo a esta Cobertura.

1.4. Quando houver adiantamento de Capital Segurado da Cobertura de Morte, este adiantamento não caracterizará o direito à cobertura da Cobertura de Morte, ficando à análise para pagamento da diferença da indenização sujeita as condições contratuais.

2. DEFINIÇÃO

2.1. Acidente Pessoal: para fins desta cobertura prevalece o conceito indicado no item "Definições" das Condições Gerais deste seguro.

3. RISCOS EXCLUÍDOS

3.1. Além dos riscos expressamente excluídos apresentados no item 5 das Condições Gerais, estão também excluídos da presente cobertura, os eventos ocorridos em consequência, direta ou indireta de e/ou relacionados a:

a) doenças e acidentes preexistentes, assim entendido: estados mórbidos e doenças contraídas anteriormente à contratação do seguro, de conhecimento do Segurado e não declaradas no ato da contratação, bem como os acidentes sofridos pelo Segurado antes da contratação do seguro;

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 titular, cônjuge e filhos do Segurado no caso de Morte natural e a data da ocorrência do acidente, no caso de Morte Acidental.

5. INÍCIO DE VIGÊNCIA

5.1. Esta cobertura começa a vigorar, para todos os Segurados da Apólice, simultaneamente com o início da vigência da Apólice, ou em data posterior, por meio de aditivo, quando esta cobertura for contratada após entrada em vigor da Apólice.

6. CESSAÇÃO DE COBERTURA

6.1. Além das hipóteses previstas nos itens 13, 14 e 22 das Condições Gerais, a cobertura do risco cessa ainda:

6.1.1. Para o Segurado:

a) simultaneamente, com o cancelamento da Apólice Coletiva ou da presente cobertura;

b) a partir da data em que ocorrer a exclusão do Segurado da Apólice Coletiva;

c) com o falecimento do Segurado;

d) com o pagamento da Indenização, se houver previsão de exclusão do Segurado da Apólice na respectiva cobertura contratada, que gerou a Indenização.

7. PRÊMIO

7.1. O Prêmio referente a esta cobertura estará previsto contratualmente.

8. ÂMBITO TERRITORIAL DE COBERTURA

8.1. Esta cobertura abrange os eventos ocorridos em todo o globo terrestre, salvo Disposições Contratuais em contrário.

9. CARÊNCIA

9.1. O período de Carência poderá ser estabelecido contratualmente, respeitado o limite máximo de até 50% (cinquenta por cento) do período de vigência da Apólice e será contado a partir do início de vigência individual.

9.2. O período de Carência poderá, a critério da Seguradora, ser reduzido ou substituído por Declaração Pessoal de Saúde e/ou por Exame Médico.

9.3. 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:

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:

a) Morte decorrente de doença

- Aviso de sinistro preenchido e assinado (formulário padrão MetLife);
- Formulário "Autorização para Crédito de Indenização" (formulário padrão MetLife), devidamente preenchido e assinado por cada um dos Beneficiários;
- Cópias do RG, CPF e comprovantes de residência do Segurado e do(s) Beneficiário(s);
- cópia da Certidão de Óbito do falecido (cônjuge e/ou filhos(s).
- cópia do Contrato de Trabalho, devidamente assinado pelo empregador e pelo representante do empregado, quando se tratar de Apólice Coletiva, cujo Vínculo prévio seja empregatício.
- comprovante de indicação de Beneficiário(s) assinado pelo Segurado.
- cópia do Certificado Individual do Seguro;
- cópia da Conta da Concessionária com vencimento imediatamente anterior à ocorrência do Sinistro, quando tratar-se de Apólice cuja cobrança seja efetuada por intermédio de Conta de Concessionária;

b) Morte decorrente de acidente

Além dos documentos relacionados acima para o caso de Morte decorrente de doença, providenciar:

- cópia do BO. (Boletim de Ocorrência Policial) e/ou CAT (Comunicação de Acidente do Trabalho), que conste o tipo 1- Típico ou 3-Trajeto, se houver;
- cópia do Laudo do Necroscópico - IML. (Instituto Médico-Legal), se realizado;
- cópia da CNH (Carteira Nacional de Habilitação), em caso de acidente com veículo dirigido pelo Segurado;
- cópia do Laudo do Exame de Dosagem Alcoólica e/ou Toxicológico, se realizado(s);
- cópia do laudo da perícia técnica realizada no local do acidente, se houver.

Os referidos elementos devem ser submetidos pelo Segurado à Seguradora na forma e no prazo previstos nas Condições Gerais, sob pena de negativa de cobertura.

11. DISPOSIÇÕES GERAIS

11.1. Esta cobertura faz parte integrante das Condições Gerais da Apólice. As normas constantes desta cobertura, por serem mais específicas, prevalecem sobre quaisquer dispositivos existentes nas Condições Gerais que, em relação a esta cobertura, têm função subsidiária.

COBERTURA AUXÍLIO FUNERAL FILHOS (AUXFFI)

1. OBJETIVO

1.1. Esta cobertura, desde que contratada, garante ao próprio Segurado o pagamento de uma Indenização, em consequência exclusiva de morte do(s) filho(s) do Segurado, seja decorrente de causa natural ou acidental, **exceto se decorrente de Riscos Excluídos, observados os demais termos desta cobertura, das Condições Gerais e as demais Disposições Contratuais.**

1.2. Será estabelecido contratualmente se a Indenização relativa à presente Cobertura será ou não deduzida do Capital Segurado da Cobertura de Morte ou da Cobertura de Morte Acidental na hipótese de Evento Coberto.

1.3. Também será estabelecido contratualmente se poderá ou não haver adiantamento do Capital Segurado relativo a esta Cobertura.

1.4. Quando houver adiantamento de Capital Segurado da Cobertura de Morte, este adiantamento não caracterizará o direito à cobertura da Cobertura de Morte, ficando à análise para pagamento da diferença da indenização sujeita as condições contratuais.

2. DEFINIÇÃO

2.1. Acidente Pessoal: para fins desta cobertura prevalece o conceito indicado no item "Definições" das Condições Gerais deste seguro.

3. RISCOS EXCLUÍDOS

3.1. Além dos riscos expressamente excluídos apresentados no item 5 das Condições Gerais, estão também excluídos da presente cobertura, os eventos ocorridos em consequência, direta ou indireta de e/ou relacionados a:

a) doenças e acidentes preexistentes, assim entendido: estados mórbidos e doenças contraídas anteriormente à contratação do seguro, de conhecimento do Segurado e não declaradas no ato da contratação, bem como os acidentes sofridos antes da contratação do seguro;

4. CAPITAL SEGURADO

4.1. O Capital Segurado para esta cobertura será estabelecido contratualmente e deverá constar nos respectivos Certificados Individuais do Seguro.

4.2. Para fins desta cobertura, considera-se como data do evento, para efeito de determinação do Capital Segurado, a data de falecimento do(s) filho(s) do Segurado no caso de Morte natural e a data da ocorrência do acidente, no caso de Morte Acidental.

5. INÍCIO DE VIGÊNCIA

5.1. Esta cobertura começa a vigorar, para todos os Segurados da Apólice, simultaneamente com o início da vigência da Apólice, ou em data posterior, por meio de aditivo, quando esta cobertura for contratada após entrada em vigor da Apólice.

6. CESSAÇÃO DE COBERTURA

6.1. Além das hipóteses previstas nos itens 13, 14 e 22 das Condições Gerais, a cobertura do risco cessa ainda:

6.1.1. Para o Segurado:

a) simultaneamente, com o cancelamento da Apólice Coletiva ou da presente cobertura;

b) a partir da data em que ocorrer a exclusão do Segurado da Apólice Coletiva;

c) com o falecimento do Segurado;

d) com o pagamento da Indenização, se houver previsão de exclusão do Segurado da Apólice na respectiva cobertura contratada, que gerou a Indenização.

7. PRÊMIO

7.1. O Prêmio referente a esta cobertura estará previsto contratualmente.

8. ÂMBITO TERRITORIAL DE COBERTURA

8.1. Esta cobertura abrange os eventos ocorridos em todo o globo terrestre, salvo Disposições Contratuais em contrário.

9. CARÊNCIA

9.1. O período de Carência poderá ser estabelecido contratualmente, respeitado o limite máximo de até 50% (cinquenta por cento) do período de vigência da Apólice e será contado a partir do início de vigência individual.

9.2. O período de Carência poderá, a critério da Seguradora, ser reduzido ou substituído por Declaração Pessoal de Saúde e/ou por Exame Médico.

9.3. 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:

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:

a) Morte decorrente de doença

- Aviso de sinistro preenchido e assinado (formulário padrão MetLife);
- Formulário “Autorização para Crédito de Indenização” (formulário padrão MetLife), devidamente preenchido e assinado por cada um dos Beneficiários;
- Cópias do RG (, CPF (e comprovantes de residência do Segurado;
- cópia da Certidão de Óbito do filho.
- cópia dos 3 (três) últimos comprovantes de salário, quando se tratar de Apólice Coletiva, cujo Vínculo prévio seja empregatício.
- comprovante de indicação de Beneficiário(s) assinado pelo Segurado.
- cópia do Certificado Individual do Seguro;
- cópia da Conta da Concessionária com vencimento imediatamente anterior à ocorrência do Sinistro, quando

tratar-se de Apólice cuja cobrança seja efetuada por intermédio de Conta de Concessionária;

b) Morte decorrente de acidente

Além dos documentos relacionados acima para o caso de Morte decorrente de doença, providenciar:

- cópia do BO. (Boletim de Ocorrência Policial) e/ou CAT (Comunicação de Acidente do Trabalho), que conste o tipo 1- Típico ou 3-Trajeto, se houver;
- cópia do Laudo do Necroscópico - IML. (Instituto Médico-Legal), se realizado;
- cópia da CNH (Carteira Nacional de Habilitação), em caso de acidente com veículo dirigido pelo Segurado;
- cópia do Laudo do Exame de Dosagem Alcoólica e/ou Toxicológico, se realizado(s);

cópia do laudo da perícia técnica realizada no local do acidente, se houver.**Os referidos elementos devem ser submetidos pelo Segurado à Seguradora na forma e no prazo previstos nas Condições Gerais, sob pena de negativa de cobertura.**

11. DISPOSIÇÕES GERAIS

11.1. Esta cobertura faz parte integrante das Condições Gerais da Apólice. As normas constantes desta cobertura, por serem mais específicas, prevalecem sobre quaisquer dispositivos existentes nas Condições Gerais que, em relação a esta cobertura, têm função subsidiária.

COBERTURA DIÁRIA DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA POR ACIDENTE (DIHAUTI)

1. OBJETIVO

1.1. Esta cobertura, desde que contratada, garante ao Segurado o pagamento de uma Indenização, em caso de sua hospitalização em U.T.I (Unidade de Terapia Intensiva), causada exclusivamente por Acidente Pessoal coberto, **exceto se decorrente de Riscos Excluídos, observados os demais termos desta cobertura, das Condições Gerais e as demais Disposições Contratuais.**

1.2. As Indenizações previstas nesta cobertura serão devidas após decorrido o período de Franquia e respeitado o Limite Máximo de Diárias Indenizáveis.

2. DEFINIÇÕES

2.1. Acidente Pessoal: para fins desta cobertura prevalece o conceito indicado no item “DEFINIÇÕES” das Condições Gerais deste seguro.

2.2. Hospital: é qualquer estabelecimento legalmente constituído e licenciado, devidamente instalado e equipado para a prática de tratamentos médicos clínicos e/ou cirúrgicos a pessoas que deles necessitem. Não serão reconhecidas internações ocorridas em:

a) qualquer estabelecimento que não se enquadre na definição de Hospital acima;

b) instituição de saúde hidroterápica ou clínica de métodos curativos naturais;

c) casa de saúde para convalescentes e/ou reabilitação de quaisquer espécies;

d) “Home care” (internação domiciliar).

2.3. Hospitalização: é a permanência em hospital por período mínimo de 12 (doze) horas em regime de internação em U.T.I, qualquer que seja o tipo, para tratamento médico hospitalar e que não possa ser realizado em residência.

2.4. Limite Máximo de Diárias Indenizáveis: é a quantidade máxima de diárias a que o Segurado fará jus enquanto ele estiver internado na U.T.I por motivo de Acidente Pessoal coberto, a contar do término do período de Franquia.

2.5. Período de internação em UTI Indenizável: é a quantidade de diárias indenizáveis correspondente ao número de pernoites que o Segurado permanecer internado na U.T.I.

O Segurado terá direito a uma diária sem que tenha havido pernoite, exclusivamente se permanecer internado somente um dia, desde que a internação na UTI seja superior a 12 (doze) horas consecutivas.

3. RISCOS EXCLUÍDOS

3.1. Além dos riscos expressamente excluídos apresentados no 5 das Condições Gerais, estão também excluídos da presente cobertura, os eventos ocorridos em consequência, direta ou indireta de e/ou relacionados a:

a) Hospitalizações em qualquer outro tipo de acomodação diferente de unidade de terapia Intensiva (UTI);

b) Hospitalizações para exames físicos rotineiros ou qualquer outro exame sem que haja abalo na saúde normal - check-up e investigação diagnóstica;

c) acidentes ocorridos anteriormente à contratação do seguro;

d) perturbações e intoxicações alimentares de qualquer espécie;

e) eventos causados exclusivamente pela não utilização, pelo Segurado, de equipamentos de segurança exigidos por lei;

f) eventos causados exclusivamente pela ausência de habilitação do Segurado para condução de veículo automotor;

g) 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.

h) tratamentos clínicos ou cirúrgicos experimentais e/ou não previstos no Código Brasileiro de Ética Médica e/ou não reconhecidos pelo Ministério da Saúde;

i) tratamento odontológico de qualquer espécie e suas consequências;

j) tratamentos clínicos ou cirúrgicos com finalidade estética;

k) cirurgias plásticas (estéticas ou não);

l) diárias de internação não necessárias para o efetivo tratamento médico, tais como, mas não se limitando a, espera para a realização de cirurgia;

m) disponibilidade para exames; internação com a finalidade exclusiva de realização de exames de qualquer natureza para fins de avaliação do estado de saúde, inclusive check-up.

n) Hospitalizações quando o Segurado não estiver sob cuidados de médicos legalmente habilitados;

o) Tratamentos clínicos ou cirúrgicos que configurem ato ilícito ou antiético;

p) Tratamentos experimentais e medicamentos não reconhecidos pelo Ministério da Saúde;

q) Tratamentos odontológicos de qualquer espécie e reabilitação geral, mesmo que em consequência de acidente;

r) Diárias de internação não necessárias para o efetivo tratamento médico, tais como, espera para a realização de cirurgia, disponibilidade para exames de diagnose, entre outros;

s) Ferimentos auto infligidos, enquanto são ou demente, inclusive nos casos de tentativa de

t) suicídio ocorrido nos primeiros 24 (vinte e quatro) meses do início de vigência individual do seguro, ou de sua recondução depois de suspenso;

u) Internação hospitalar por motivo tratamento de senilidade, rejuvenescimento, repouso, convalescença ou emagrecimento estético;

v) Despesas realizadas com acompanhantes do Segurado;

x) Quaisquer tratamentos decorrentes de doenças psiquiátricas, doenças mentais, inclusive as que exijam psicanálise, sonoterapia ou psicoterapia, stress, independentemente de suas causas, inclusive depressão;

z) Todo e qualquer tipo de curetagem uterina.

4. CAPITAL SEGURADO

4.1. O Capital Segurado para esta cobertura será estabelecido contratualmente e deverá constar nos respectivos Certificados Individuais do Seguro.

4.2. O Capital Segurado corresponde a cada diária de internação na U.T.I, observados a Franquia e o Limite Máximo de Diárias Indenizáveis

4.3. As Indenizações previstas nesta cobertura serão devidas a contar do término do período de Franquia e se estenderão até a alta, observado o Limite Máximo de Diárias Indenizáveis estabelecido contratualmente.

4.4. Para fins desta cobertura, considera-se como data do evento, para efeito de determinação do Capital Segurado, o primeiro dia da internação em U.T.I.

5. REINTEGRAÇÃO DO CAPITAL SEGURADO

5.1. O Capital Segurado relativo a esta cobertura será totalmente reintegrado, de forma automática, após cada Indenização por Evento Coberto, sem cobrança de Prêmio adicional.

5.2. Serão considerados como mesmo evento, a transferência de um Hospital para outro, **desde que não tenha ocorrido alta hospitalar.**

6. LIMITE DE DIÁRIAS

6.1. O limite de diárias será estabelecido contratualmente, respeitado o máximo de 365 (trezentos e sessenta e cinco) diárias por evento, independentemente de renovação da Apólice.

7. INÍCIO DE VIGÊNCIA

7.1. Esta cobertura começa a vigorar, para todos os Segurados da Apólice, simultaneamente com o início da vigência da Apólice, ou em data posterior, por meio de aditivo, quando esta cobertura for contratada após entrada em vigor da Apólice.

8. CESSAÇÃO DE COBERTURA

8.1. Além das hipóteses previstas nos itens 13, 14 e 22 das Condições Gerais, a cobertura do risco cessa ainda:

8.1.1. Para o Segurado:

a) simultaneamente, com o cancelamento da Apólice Coletiva ou da presente cobertura;

b) a partir da data em que ocorrer a exclusão do Segurado da Apólice Coletiva;

c) com o falecimento do Segurado;

d) com o pagamento da Indenização, se houver previsão de exclusão do Segurado da Apólice na respectiva cobertura contratada, que gerou a Indenização.

9. PRÊMIO

9.1. O Prêmio referente a esta cobertura estará previsto contratualmente.

10. FRANQUIA

10.1. O período de Franquia é de 12 (doze) horas a contar do horário inicial de internação hospitalar.

11. ÂMBITO TERRITORIAL DE COBERTURA

11.1. Esta cobertura abrange os eventos ocorridos em todo o território nacional, salvo Disposições Contratuais em contrário.

12. PAGAMENTO DA DIÁRIA POR INTERNAÇÃO EM U.T.I

12.1. O Período de Hospitalização Indenizável a ser pago será determinado pela Seguradora em função da necessidade comprovada da internação em U.T.I do Segurado, fundamentado no tempo médio de dias, observado pela prática médica, análise da documentação médica e exames complementares para mesmas lesões.

12.2. Em caso de falecimento do Segurado durante o Período de internação Indenizável, a(s) diária(s) devida(s) e eventualmente não indenizada(s) será(ão) paga(s) ao(s) Beneficiário(s) indicado(s) e na falta deste(s), conforme legislação em vigor.

12.3.

Os elementos essenciais para aferição e decisão sobre a existência de Cobertura, referentes à presente Cobertura são:

(i) o aviso de sinistro totalmente preenchido e

(ii) a entrega dos documentos associados à Cobertura pleiteada, conforme abaixo:

Para a análise do pagamento da Indenização, respeitado o disposto nas Condições Gerais item 20., além do aviso de sinistro devidamente preenchido, deverão ser apresentados os seguintes documentos:

- Aviso de sinistro preenchido e assinado (formulário padrão MetLife);
- Formulário “Autorização para Crédito de Indenização”
- (formulário padrão MetLife), devidamente preenchido e assinado pelo Segurado ou, quando for o caso, por cada
- um dos Beneficiários;
- Cópias do RG, CPF e comprovantes de residência do Segurado e, quando for o caso, de cada um dos Beneficiários;
- Cópia do Prontuário Hospitalar completo;
- Declaração original assinada e carimbada por representante do Hospital indicando data e hora de entrada e de alta hospitalar, mencionando períodos de permanência em UTI;
- Cópia do BO (Boletim de Ocorrência Policial) e/ou CAT (Comunicação de Acidente do Trabalho), que conste o tipo 1- Típico ou 3-Trajeto, se Acidente do Trabalho),;
- Cópia da CNH (Carteira Nacional de Habilitação), em caso de acidente com veículo dirigido pelo Segurado;

- Cópia do Laudo do Exame de Dosagem Alcoólica e/ou Toxicológico, se realizado(s);
- Cópia do laudo da perícia técnica realizada no local do acidente, se houver;
- Cópia do resultado de exames complementares realizados;
- Cópia da Ficha de Registro de Empregado, quando tratar-se de Apólice Coletiva, cujo Vínculo prévio seja empregatício;
- Cópia dos 3 (três) últimos comprovantes de salário, quando tratar-se de Apólice Coletiva, cujo Vínculo prévio seja empregatício;
- Cópia do Certificado Individual do Seguro;
- Cópia da Conta da Concessionária com vencimento imediatamente anterior à ocorrência do Sinistro, quando
- tratar-se de Apólice cuja cobrança seja efetuada por intermédio de Conta de Concessionária;
- Cópia do comprovante de quitação da Conta da Concessionária indicada no item anterior.

12.4. No caso de Segurado Dependente, além dos documentos exigidos acima, serão exigidos os seguintes documentos:

a) cópia autenticada do comprovante da condição de dependente, caso seja:

b) cônjuge: RG / CPF e comprovante de residência e certidão de casamento atualizada;

c) companheira(o): cópia autenticada do RG, CPF e comprovação de união estável por ocasião da ocorrência do sinistro e Comprovante de residência;

d) filhos: cópia autenticada da certidão de nascimento ou RG e CPF;

e) enteados: cópia autenticada do RG , comprovante de casamento dos pais e CPF.

Os referidos elementos devem ser submetidos pelo Segurado à Seguradora na forma e no prazo previstos nas Condições Gerais, sob pena de negativa de cobertura.

13. DISPOSIÇÕES GERAIS

13.1. Esta cobertura faz parte integrante das Condições Gerais da Apólice. As normas constantes desta cobertura, por serem mais específicas, prevalecem sobre quaisquer dispositivos existentes nas Condições Gerais que, em relação a esta cobertura, têm função subsidiária.

COBERTURA AUXÍLIO ESPECIAL POR ACIDENTE ESPECÍFICO (AEPAE)

1. OBJETIVO

1.1. Esta cobertura, desde que contratada, garante ao próprio Segurado o pagamento de uma indenização em caso de lesão física causada, exclusivamente, por acidente pessoal específico, conforme riscos cobertos e definidos para esta cobertura, que resulte em afastamento do Segurado, caracterizada pela impossibilidade contínua e ininterrupta, que gere comprovada necessidade de interrupção temporária e involuntária do Segurado de exercer todas as suas atividades profissionais ou ocupação, limitado ao valor do capital segurado contratado para esta garantia, quando este ocorrer dentro do período de cobertura, atestada por profissional legalmente habilitado, **exceto se decorrente de Riscos Excluídos, observados os demais termos desta cobertura, das Condições Gerais e as demais Disposições Contratuais.**

2. RISCOS COBERTOS

2.1. Ataques de Bichos peçonhentos;

2.2. Choques elétricos;

2.3. Prensamento de Membros: desde que as pessoas designadas para a função sejam comprovadamente habilitadas, quando exigida à habilitação pelos respectivos fabricantes e/ou por disposição legal, para operar / conduzir aqueles bens e/ou para prestar os serviços de conservação e/ou manutenção deles.

2.4. Projeção de materiais sobre partes do corpo;

2.5. Lesões pela utilização de ferramentas portáteis;

2.6. Quedas no mesmo nível ou de mais de um nível.

3. RISCOS EXCLUÍDOS

3.1. Além dos riscos expressamente excluídos na cláusula 5 das Condições Gerais, estão também excluídos desta cobertura, os eventos ocorridos em consequência, direta ou indireta de e/ou relacionados a:

a) A falha profissional na execução/prestação de serviço por pessoa que não estiver regularmente habilitada, de acordo com as exigências dos órgãos reguladores da profissão ou de acordo com a exigência feita pelos fabricantes, ou não tiver cumprido as exigências relativas à obtenção da especialidade segurada, ou perder um dessas condições de regularidade no curso da vigência.

b) acidentes ocorridos anteriormente à contratação do seguro;

c) Evento que não inclui no conceito acidentes pessoais, conforme definido nesta condição geral.

4. FRANQUIA

4.1. O período de franquia será de 7 (sete) dias ininterruptos, por evento, contados a partir da data do afastamento da atividade profissional do Segurado, por determinação médica, durante o qual o Segurado não terá direito ao recebimento das diárias para qualquer evento.

4.2. Os pagamentos de diárias por incapacidade serão devidos a partir do 8º (oitavo) dia até o prazo máximo determinado nestas condições especiais.

5. CARÊNCIA

5.1. O período de Carência poderá ser estabelecido contratualmente, respeitado o limite máximo de até 50% (cinquenta por cento) do período de vigência da Apólice contratada.

5.2. Não há prazo de carência para sinistros decorrentes de acidentes pessoais.

6. CAPITAL SEGURADO

6.1. Para fins desta cobertura, o capital segurado é a importância a ser paga em razão de sinistro coberto, estabelecida na Apólice de Seguro vigente na data do evento.

6.2. Considera-se como data do evento, para efeito de determinação do Capital Segurado, a data do acidente pessoal do Segurado.

7. PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO

7.1. O pagamento desta garantia será feito de uma só vez, em forma de indenização, obedecendo o limite máximo estabelecido para esta garantia e regras de franquia e carência, definido na Apólice de Seguro.

7.2. O início do pagamento desta garantia se dará a partir do primeiro dia subsequente ao término da franquia, até o limite de dias/meses determinado nas Condições Contratuais e na Apólice de Seguros.

7.3. O pagamento da cobertura de Auxílio Especial por Acidente não caracteriza, pela Seguradora, o reconhecimento de obrigação para pagamento de qualquer indenização de outras coberturas de Seguro que possam ter sido contratadas.

8. OCORRÊNCIA DE SINISTRO

8.1. Os elementos essenciais para aferição e decisão sobre a existência de Cobertura, referentes à presente Cobertura são:

(i) o aviso de sinistro totalmente preenchido e

(ii) a entrega dos documentos associados à Cobertura pleiteada, conforme abaixo:

Para a análise do pagamento da Indenização, respeitado o disposto nas Condições Gerais item 20., além do aviso de sinistro devidamente preenchido, deverão ser apresentados os seguintes documentos:

- Aviso de sinistro preenchido e assinado (formulário padrão MetLife);
- Formulário “Autorização para Crédito de Indenização” (Formulário padrão MetLife), devidamente preenchido e assinado pelo Segurado.
- Cópia da Carteira de Trabalho e Previdência Social (quando houver);
- Cópias do RG, CPF e comprovante de residência do Segurado
- Laudo do 1º atendimento Médico onde o segurado foi socorrido/atendido por ocasião do acidente;
- Relatório médico pormenorizado, constando as lesões sofridas na ocasião do acidente, tratamentos realizados, evolução e data da alta médica definitiva, bem como grau de invalidez em percentual do respectivo membro lesado;
- Caso o segurado seja o condutor do meio de transporte, envolvido no acidente e de qualquer modalidade que seja exigida habilitação para sua condução, enviar cópia do documento obrigatório (exemplo: Carteira de Habilitação, Brevê, Permissão Internacional para Dirigir (PID) e habilitação para veículos náuticos), válido no país em que ocorreu o acidente;
- Cópia da Comunicação de Acidente do Trabalho (CAT), que conste o tipo 1- Típico ou 3-Trajeto;
- cópia do Boletim de Ocorrência ou Certidão de Ocorrência Policial, se for o caso;
- Cópia do Laudo de Exame de Corpo Delito (IML);
- Atestado de alta médica definitiva, discriminando as sequelas deixadas pelo acidente e se o Segurado se encontrava em tratamento quando da entrega do aviso de sinistro;
- Em caso de quadro clínico que necessite de interdição do segurado, providenciar o envio dos documentos:
- Certidão de Interdição Judicial ou Termo de curatela;
- Não serão aceitos relatórios médicos realizados por membro(s) da família ou de pessoa que esteja convivendo com o Segurado, independentemente desta pessoa ser um médico habilitado.

Os referidos elementos devem ser submetidos pelo Segurado à Seguradora na forma e no prazo previstos nas Condições Gerais, sob pena de negativa de cobertura.

9. REINTEGRAÇÃO DO CAPITAL SEGURADO

7.1. O Capital Segurado relativo a esta Cobertura será totalmente reintegrado, de forma automática, após ocorrência de cada Evento Coberto, sem cobrança de Prêmio adicional.

10. CESSAÇÃO DA COBERTURA

10.1. Além das hipóteses previstas nos itens 13, 14 e 22 das Condições Gerais, a cobertura do risco a que se refere esta cobertura cessa ainda:

10.1.1. Para o Segurado:

a) simultaneamente, com o cancelamento da Apólice Coletiva ou da presente cobertura;

b) a partir da data em que ocorrer a exclusão do Segurado da Apólice Coletiva;

c) com o falecimento do Segurado;

d) com o pagamento da Indenização, se houver previsão de exclusão do Segurado da Apólice na respectiva cobertura contratada, que gerou a Indenização.

11. 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 ADICIONAL CESTA BÁSICA POR ACIDENTE DE TRABALHO (CBAT)

1. OBJETIVO

1.1. Esta cobertura, desde que contratada, garante ao(s) ao próprio Segurado o pagamento de Indenização, a título de auxílio-alimentação, exceto se decorrente de Riscos Excluídos, observados os demais termos desta cobertura, das Condições Gerais e as demais Disposições Contratuais, em uma das 3 (três) hipóteses indicadas abaixo, que deverá ser estabelecida contratualmente:

a) exclusivamente, em caso de Morte por acidente de trabalho do Segurado;

b) exclusivamente em caso de Invalidez Permanente Total por Acidente de trabalho IPAT do Segurado;

c) Em caso de Afastamento involuntário das atividades laborativas do Segurado causado por doença ou acidente pessoal coberto;

1.1. Esta cobertura poderá ser contratada considerando combinações entre os itens mencionados acima.

1.2. Esta cobertura somente será devida se caracterizada a Cláusula de Morte Acidental, Invalidez Permanente Total por Acidente, Diária de Incapacidade Temporária por Acidente ou Reembolso à Empresa das Despesas com afastamento Acidentário Laborativo a depender das hipóteses estabelecidas contratualmente, de acordo com o item 1.1.

1.3. As Disposições Contratuais preverão se o pagamento da Indenização será realizado por intermédio de fornecimento de cesta(s) de alimentos ou pelo crédito em cartão magnético ou, ainda, em espécie.

2. DEFINIÇÃO

2.1. Acidente Pessoal: para fins desta cobertura prevalece o conceito indicado no item “Definições” das Condições Gerais deste seguro.

2.2. Deverão ser observadas as definições de cada cobertura vincula a esta contratação, conforme disposto no item **1.2.**

3. RISCOS EXCLUÍDOS

3.1. Se aplicam os riscos excluídos do item 5 das Condições Gerais conjunto com esta Cláusula, conforme disposto no item 1.2.

4. CAPITAL SEGURADO

4.1. O Capital Segurado para esta cobertura será estabelecido contratualmente e deverá constar nos respectivos Certificados Individuais do Seguro.

4.2. Para fins desta cobertura, considera-se como data do evento, para efeito de determinação do Capital Segurado, a data ocorrência do acidente, não prevalecendo qualquer alteração de Capital Segurado efetuada posteriormente ao acidente.

5. INÍCIO DE VIGÊNCIA

5.1. Esta cobertura começa a vigorar, para todos os Segurados da Apólice, simultaneamente com o início da vigência da Apólice, ou em data posterior, por meio de aditivo, quando esta cobertura for contratada após entrada em vigor da Apólice.

6. CESSAÇÃO DE COBERTURA

6.1. Além das hipóteses previstas nos itens 13,14 e 22 das Condições Gerais, a cobertura do risco cessa ainda:

6.1.1. Para o Segurado:

a) simultaneamente, com o cancelamento da Apólice Coletiva ou da presente cobertura;

b) a partir da data em que ocorrer a exclusão do Segurado da Apólice Coletiva;

c) com o falecimento do Segurado;

d) com o pagamento da Indenização, se houver previsão de exclusão do Segurado da Apólice na respectiva cobertura contratada, que gerou a Indenização.

7. PRÊMIO

7.1. O Prêmio referente a esta cobertura estará previsto contratualmente.

8. ÂMBITO TERRITORIAL DE COBERTURA

8.1. Esta cobertura abrange os eventos ocorridos em território nacional, salvo disposições Contratuais em contrário.

9. DESCRIÇÃO DO FORNECIMENTO DE CESTA POR MEIO DE ENTREGA DE GÊNEROS ALIMENTÍCIOS

9.1. Em caso de Evento Coberto, se a opção for entrega de cestas de alimentos, estas serão entregues ao Segurado ou ao(s) seu(s) Beneficiário(s), de acordo com o valor referencial e periodicidade estabelecidos contratualmente.

9.1.1. O valor referencial abrangerá a seguinte composição: gêneros alimentícios e embalagem para transporte. O frete para entrega da cesta básica não fará parte do valor referencial.

9.2. A composição da cesta de alimentos poderá ser alterada em consequência da oferta de mercado e/ou oscilações de preço. Por este motivo, os itens poderão ser substituídos em quantidade ou marca e/ou excluídos para manter o limite referencial de valor.

9.2.1. As cestas de alimentos serão entregues pela prestadora de serviços credenciada na data e local indicados pelo Segurado ou pelo(s) Beneficiário(s).

9.2.2. Não haverá reembolso por produtos adquiridos diretamente pelo Segurado ou pelo(s) Beneficiário(s).

10. DESCRIÇÃO DO FORNECIMENTO DE CESTA POR MEIO DE CRÉDITO EM CARTÃO MAGNÉTICO

10.1. Em caso de Evento Coberto, se a opção for pelo pagamento da Indenização por intermédio de crédito em cartão magnético destinado para tal fim, a Seguradora ou prestador de serviços por ela autorizado fornecerá cartão magnético e senha para utilização nos estabelecimentos credenciados.

10.2. Os créditos serão efetuados nos valores e periodicidade estabelecidos contratualmente.

11. PAGAMENTO EM INDENIZAÇÃO

11.1. Os elementos essenciais para aferição e decisão sobre a existência de Cobertura, referentes à presente Cobertura são:

(i) o aviso de sinistro totalmente preenchido e

(ii) a entrega dos documentos associados à Cobertura pleiteada, conforme abaixo:

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:

a) Morte decorrente de Acidente de trabalho

- Aviso de sinistro preenchido e assinado (formulário padrão MetLife);
- Formulário “Autorização para Crédito de Indenização” (formulário padrão MetLife), devidamente preenchido e assinado por cada um dos Beneficiários;
- Cópias do RG, CPF e comprovantes de residência do Segurado e do(s) Beneficiário(s);
- Cópia da Certidão de Óbito do Segurado;
- Cópia do BO (Boletim de Ocorrência Policial) e/ou CAT (Comunicação de Acidente do Trabalho), que conste o tipo 1- Típico ou 3-Trajeto se Acidente do Trabalho),;
- Cópia do Laudo do Necroscópico - IML (Instituto Médico- Legal), se realizado;

- Cópia da CNH (Carteira Nacional de Habilitação), em caso de acidente com veículo dirigido pelo Segurado;
- Cópia do Laudo do Exame de Dosagem Alcoólica e/ou Toxicológico, se realizado(s);
- Cópia do laudo da perícia técnica realizada no local do acidente, se houver.
- Cópia do Auto de Reconhecimento de cadáver, se a morte for por carbonização.
- notas fiscais e recibos originais das despesas com funeral;
- Cópia do Termo de Rescisão do Contrato de Trabalho, devidamente assinado pelo empregador e pelo representante do empregado, quando se tratar de Apólice Coletiva, cujo Vínculo prévio seja empregatício;
- Cópia dos 3 (três) últimos comprovantes de salário, quando se tratar de Apólice Coletiva, cujo Vínculo prévio seja empregatício;
- comprovante de indicação de Beneficiário(s) assinado pelo Segurado;
- Cópia do Certificado Individual do Seguro;
- Cópia da Conta da Concessionária com vencimento imediatamente anterior à ocorrência do Sinistro, quando tratar-se de Apólice cuja cobrança seja efetuada por intermédio de Conta de Concessionária;
- Cópia do comprovante de quitação da Conta da Concessionária indicada no item anterior.

b) Invalidez Permanente Total por Acidente de trabalho

- Aviso de sinistro preenchido e assinado (formulário
- padrão MetLife);
- Formulário "Autorização para Crédito de Indenização" (Formulário padrão MetLife), devidamente preenchido e assinado pelo Segurado
- cópias do RG., CPF e comprovante de residência do Segurado;
- cópia do BO (Boletim de Ocorrência Policial) e/ou CAT (Comunicação de Acidente do Trabalho), se Acidente do Trabalho),
- cópia da CNH (Carteira Nacional de Habilitação), em
- caso de acidente com veículo dirigido pelo Segurado;
- cópia do Laudo do Exame de Dosagem Alcoólica e/ou Toxicológico, se realizado(s);
- cópia do laudo da perícia técnica realizada no local do acidente, se houver;
- radiografia e resultados de exames realizados;
- cópia da Ficha de Registro do empregado, quando se tratar de Apólice Coletiva, cujo Vínculo prévio seja empregatício;
- cópia dos 3 (três) últimos comprovantes de salário,
- quando se tratar de Apólice Coletiva, cujo Vínculo prévio seja empregatício;
- cópia do Certificado Individual do Seguro;

c) Afastamento por acidente pessoal – Diária de Incapacidade Temporária por acidente

- formulário "Aviso de Sinistro", devidamente preenchido e assinado pelo médico que atendeu o Segurado por ocasião do afastamento, com especialidade e CRM, e pelo Segurado;
- formulário "Autorização para Crédito de Indenização", devidamente preenchido e assinado pelo Segurado;
- cópias do RG, CPF e comprovante de residência do Segurado;
- cópia do BO (Boletim de Ocorrência Policial) e/ou CAT (Comunicação de Acidente do Trabalho), que conste o tipo 1- Típico ou 3-Trajeto, se Acidente do Trabalho),;
- cópia da CNH (Carteira Nacional de Habilitação) em caso de acidente com veículo dirigido pelo Segurado;
- cópia do Laudo do Exame de Dosagem Alcoólica e/ou Toxicológico, se realizado(s);
- cópia da Ficha de Registro de Empregado, quando tratar-se de Apólice Coletiva, cujo Vínculo prévio seja empregatício;
- cópia dos 3 (três) últimos comprovantes de salário, quando tratar-se de Apólice Coletiva, cujo Vínculo prévio seja empregatício;
- cópia do Certificado Individual do Seguro;
- cópia da Conta da Concessionária com vencimento imediatamente anterior à ocorrência do Sinistro, quando tratar-se de Apólice cuja cobrança seja efetuada por intermédio de Conta de Concessionária;
- cópia do comprovante de quitação da Conta da Concessionária indicada no item anterior.

d) Afastamento por acidente pessoal – Diária de Incapacidade Temporária por acidente de trabalho

- formulário "Aviso de Sinistro" devidamente preenchido e assinado pelo Estipulante;
- formulário "Autorização para Crédito de Indenização", devidamente preenchido e assinado pelo Estipulante;
- cópias do RG e CPF do Segurado;

cópia do registro da CAT (Comunicação de Acidente do Trabalho), que conste o tipo 1- Típico ou 3-Trajeto;

- Cópia dos documentos de comprovação de vínculo empregatício (Ficha de Registro de Empregado ou CTPS
- (Carteira de Trabalho e Previdência Social ou GFIP/SEFIP página onde consta o nome do segurado e do totalizador de funcionários)
- Cópia do holerite do mês do afastamento
- Cópia da concessão do benefício de auxílio-doença por incapacidade do Segurado junto a Previdência Social - INSS;

- Declaração com carimbo e assinatura do contador da empresa constando os encargos trabalhistas vinculados ao colaborador no período do afastamento;
- Cópias de nota fiscal e/ou cupom fiscal, com a descrição das despesas oriundas com o afastamento do segurado, se houver.

Os referidos elementos devem ser submetidos pelo Segurado à Seguradora na forma e no prazo previstos nas Condições Gerais, sob pena de negativa de cobertura.

12. DISPOSIÇÕES GERAIS

12.1. Esta cobertura faz parte integrante das Condições Gerais da Apólice. As normas constantes desta cobertura, por serem mais específicas, prevalecem sobre quaisquer dispositivos existentes nas Condições Gerais que, em relação a esta cobertura, têm função subsidiária.

COBERTURA ADICIONAL DE DOENÇAS INCAPACITANTES PSIQUIÁTRICAS (DIP)

1. OBJETIVO

1.1. Esta Cobertura, desde que contratada, tem o objetivo de garantir ao segurado o pagamento de indenização em caso de afastamento laboral reconhecido pelo INSS, decorrente de diagnóstico de doença psiquiátrica que comprometa sua capacidade funcional, **exceto se decorrente de Riscos Excluídos, observados os demais termos desta Cobertura, das Condições Gerais e as demais Disposições Contratuais.**

1.2. A Indenização prevista nesta Cobertura é devida desde que o Segurado fique total, contínuo e ininterruptamente, por período temporário, impossibilitado de exercer sua ocupação profissional remunerada, observado o Período de Franquia e respeitado o Limite Máximo de capital.

1.3. Se ficar comprovado que o segurado prestou informações falsas ou omitiu qualquer circunstância de seu conhecimento que possam influir na aceitação da proposta ou no prêmio, o segurado perderá o direito ao recebimento da indenização, além de ficar obrigado ao prêmio vencido, nos termos da lei.

2.DEFINIÇÃO

2.1. Acidente Pessoal: para fins desta cobertura prevalece o conceito indicado no item “Definições” das Condições Gerais deste seguro.

2.2. Capital Segurado: é aquele indicado na proposta de contratação como diária por incapacidade temporária.

2.3. Franquia: é o período, em dias, contado a partir da data do evento coberto, durante o qual o segurado não terá direito ao recebimento da indenização. A franquia é deduzida por evento.

3. DESCRIÇÃO DAS DOENÇAS INCAPACITANTES PSIQUIÁTRICAS

3.1. As Disposições Contratuais deverão estabelecer a(s) doença(s) grave(s) descritas abaixo e estarão cobertas pelo presente seguro.

3.1.1. Esquizofrenia;
3.1.2. Transtorno Esquizotípico;
3.1.3. Transtornos Delirantes Persistentes;
3.1.4. Transtornos psicóticos agudos e transitórios;
3.1.5. Transtorno delirante induzido;
3.1.6. Transtornos esquizoafetivos;
3.1.7. Episódio maníaco;
3.1.8. Transtorno afetivo bipolar;
3.1.9. Episódios depressivos;
3.1.10. Transtorno depressivo recorrente;
3.1.11. Transtornos de humor [afetivos] persistentes;
3.1.12. Transtornos fóbico-ansiosos;
3.1.13. Outros transtornos ansiosos;
3.1.14. Transtorno obsessivo-compulsivo;
3.1.15. Reações ao "stress" grave e transtornos de adaptação;
3.1.16. Transtornos dissociativos [de conversão];
3.1.17. Transtornos somatoformes;
3.1.18. Transtornos da alimentação;
3.1.19. Transtornos não-orgânicos do sono devidos a fatores emocionais.;
3.1.20. Problemas relacionados com outras circunstâncias psicossociais;
3.1.21. Esgotamento (Burnout).

3. RISCOS EXCLUÍDOS

3.1.Além dos riscos expressamente excluídos na cláusula 5 das Condições Gerais, estão também excluídos desta cobertura , os eventos ocorridos em consequência, direta ou indireta de e/ou relacionados a:

a) gravidez,
b) procedimentos e/ou tratamentos, clínicos ou cirúrgicos, para esterilidade, infertilidade, inseminação artificial, impotência sexual, controle de natalidade e, bem como suas consequências,

inclusive períodos de convalescença a eles relacionados;
c) tratamentos clínicos ou cirúrgicos com finalidade estética, salvo quando necessárias à restauração das funções alteradas em razão de Sinistro ocorrido na vigência do seguro;
d) cirurgias plásticas (estéticas ou não) e períodos de convalescença a elas relacionados;
e) tratamentos para obesidade, em qualquer modalidade, inclusive gastroplastia redutora;
f) tratamentos para senilidade, geriatria, rejuvenescimento, repouso, convalescença e suas consequências;
g) tratamentos odontológicos e ortodônticos de quaisquer espécies, salvo quando decorrentes de Acidente Pessoal, ocorridos dentro do período de vigência do seguro;
h) doenças degenerativas da coluna vertebral, com exceção de tratamento cirúrgico;
i) doenças crônicas, mesmo em fase aguda, entendendo-se como tal aquelas caracterizadas por sua evolução longa e insidiosa, com período de melhora e piora, não respondendo satisfatoriamente a procedimentos terapêuticos;
j) doenças de características reconhecidamente progressivas, tais como fibromialgia, artrite reumatoide, osteoartrose, dor miofascial, esclerose múltipla, Doença de Alzheimer, Doença de Parkinson, entre outras;

4.CAPITAL SEGURADO

4.1. O Capital Segurado para esta Cobertura corresponde ao valor da indenização por incapacidade psiquiátrica contratada.

4.2. O capital segurado deverá constar na Proposta de Contratação e na Apólice de Seguro.

4.3. Para a cobertura Doença Incapacitante Psiquiátrica, o Segurado deve comunicar à Seguradora qualquer alteração em sua renda mensal ou ocupação profissional remunerada que possa impactar o Valor da Capital Segurado, a fim de que o prêmio seja devidamente ajustado, de acordo com as regras do Produto.

4.4. O valor da indenização, em caso de sinistro, será calculado com base na renda mensal comprovada pelo Segurado na data do Sinistro, de modo que, se não houver a comunicação de alteração na renda mensal, eventual indenização será baseada e limitada a renda comprovada pelo Segurado na data do sinistro, limitado ao valor do Capital Segurado contratado.

4.5. O Capital Segurado contratado será atualizado monetariamente a cada ano, nos termos das Condições Gerais do Seguro.

4.6. Esta indenização também poderá ser paga de forma mensal, observado o percentual e limite informados na proposta de adesão e no certificado individual.

5.INÍCIO DE VIGÊNCIA DESTA CLÁUSULA

5.1. A garantia compreendida por esta Cobertura começa a vigorar, para todos os Segurados da Apólice, simultaneamente com o início da vigência da Apólice, ou em data posterior, por meio de aditivo, quando esta Cobertura for contratada após entrada em vigor da Apólice.

6. CESSAÇÃO DE COBERTURA DESTA COBERTURA

6.1. Para fins desta cobertura se aplicam as hipóteses previstas nos itens 13, 14 e 22 das Condições Gerais.

7. PRÊMIO

7.1. O Prêmio referente a esta Cobertura estará previsto contratualmente.

8. CARÊNCIA

8.1. Haverá carência de 15 (quinze) dias, cuja contagem será a partir do início de vigência do seguro, podendo ser estabelecido período diverso contratualmente desde que respeitado o limite máximo de até 50% (cinquenta por cento) do período de vigência da Apólice

9. FRANQUIA

9.1. O período de Franquia será estabelecido contratualmente, respeitado o limite mínimo de até 15 (quinze) dias ininterruptos por evento, e será contado a partir da data do afastamento das atividades laborativas do Segurado, por determinação médica.

10. ÂMBITO TERRITORIAL DE COBERTURA

10.1 Esta Cobertura abrange os eventos ocorridos em todo o globo terrestre, salvo Disposições Contratuais em contrário.

11. PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO

1.1. Os elementos essenciais para aferição e decisão sobre a existência de cobertura, referentes à presente cobertura são:
(i) o aviso de sinistro totalmente preenchido e a lista mínima de documentos associada à Cobertura pleiteada, conforme abaixo:
Para a análise do pagamento da Indenização, respeitado o disposto nas Condições Gerais item 20., deverão ser apresentados (i) o aviso de sinistro totalmente preenchido e a lista mínima de documentos associada à Cobertura pleiteada, conforme abaixo:

- Formulário MetLife do Aviso de Sinistro com Autorização para Pagamento Preenchido e Assinado
- Cópia do RG do segurado
- Cópia do CPF do segurado
- Cópia do comprovante de residência em nome do segurado
- Ultrassonografia do Bebê a partir de 12 semanas de gestação, com identificação nesse exame do nome da mãe e quantidade de semanas de gestação

Os referidos elementos devem ser submetidos pelo Segurado à Seguradora na forma e no prazo previstos nas Condições Gerais, sob pena de negativa de cobertura.

12 PERÍCIA MÉDICA/JUNTA MÉDICA

12.1. A Seguradora poderá, a seu critério, submeter o Segurado a exame (perícia) para comprovação da invalidez e/ou avaliação do nível de incapacidade.

12.2. 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.

12.3. A junta médica será constituída por 3 (três) membros, sendo um nomeado pelo Segurado, outro pela Seguradora, e um terceiro, desempatador, escolhido pelos dois nomeados. Cada uma das partes pagará os honorários do médico que tiver designado; os do terceiro serão pagos, em partes iguais, pelo Segurado e pela Seguradora.

12.4. O prazo para constituição da junta médica será de, no máximo, 15 (quinze) dias a contar da data da indicação do profissional nomeado pelo Segurado.

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 FRATURA ÓSSEA (FO1)

1.OBJETIVO

1.1. Esta Cobertura, desde que contratada, garante ao Segurado o pagamento de uma Indenização, em caso de fratura óssea após traumatismo ocorrido nos membros indicados na Tabela de Lesões Cobertas, prevista no item 4.1.2, abaixo, exclusivamente decorrente de Acidente Pessoal coberto, **exceto se decorrente de Riscos Excluídos, observados os demais termos desta Cláusula, das Condições Gerais e as demais Disposições Contratual**.

2. DEFINIÇÃO

2.1. Acidente Pessoal: para fins desta Cláusula prevalece o conceito indicado no item “Definições” das Condições Gerais deste seguro.

2.2. Fratura Óssea é uma situação em que há perda da continuidade óssea, geralmente com separação de um osso em dois ou mais fragmentos, após um dos traumatismos.

3. RISCOS EXCLUÍDOS

3.1. Além dos riscos expressamente excluídos apresentados no item 5 das Condições Gerais, estão também excluídos da presente cobertura, as despesas decorrentes:

a) Autolesão

4. CAPITAL SEGURADO

4.1. O Capital Segurado para esta Cobertura será estabelecido contratualmente para cada membro da Tabela de Lesões Cobertas, a seguir e deverá constar nos respectivos Certificados Individuais do Seguro.

4.1.1. Para fins desta Cobertura, considera-se como data do evento, para efeito de determinação do Capital Segurado, a data da ocorrência do acidente.

4.1.2. Tabela de Lesões

FRATURA
Vértebra Cervical
Ossos do Ouvido (martelo, bigorna e estribo)
Quadril ou Pelve
Crânio
Fêmur, Calcâneo, Úmero
Tornozelo, Perna, Cotovelo, Escápula
Maxilar, Clavícula, Antebraços, Punho(ossos do carpo)
Vértebra, Torácica ou Lombar (cada)
Osso esterno, patela (rótula)
Mão (metacarpos, exceto dedos e ossos do carpo)
Pés (exceto calcâneo e dedos do pé), Cóccix
Face ou Nariz (exceto crânio e Maxilar)
Costelas (cada)
Dedos da mão e do pé (cada)

As lesões cobertas serão informadas nas Condições Contratuais, bem com o limite de eventos cobertos por vigência.

5. REINTEGRAÇÃO DE COBERTURA

5.1. Na ocorrência de um sinistro, a cobertura da parte do corpo afetada será reintegrada após 12 (doze) meses da data de ocorrência do evento.

6. INÍCIO DE VIGÊNCIA

6.1.A Cobertura começa a vigorar, para todos os Segurados da Apólice, simultaneamente com o início da vigência da Apólice, ou em data posterior, por meio de aditivo, quando esta Cobertura for contratada após entrada em vigor da Apólice.

7. CESSAÇÃO DE COBERTURA

7.1. Além das hipóteses previstas nos itens 13, 14 e 22 das Condições Gerais, a garantia do risco a que se refere esta Cobertura cessa ainda:

7.1.1. Para o Segurado:
a) simultaneamente, com o cancelamento da Apólice Coletiva ou da presente Cobertura;
b) a partir da data em que ocorrer a exclusão do Segurado da Apólice Coletiva;
c) com o falecimento do Segurado;

8. PRÊMIO

8.1. O Prêmio referente a esta Cobertura estará previsto contratualmente.

9. ÂMBITO TERRITORIAL DE COBERTURA

9.1. Esta Cobertura abrange os eventos ocorridos em todo o globo terrestre.

10. PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO

10.1.Os elementos essenciais para aferição e decisão sobre a existência de cobertura, referentes à presente cobertura são:
(i) o aviso de sinistro totalmente preenchido e a lista mínima de documentos associada à Cobertura pleiteada, conforme abaixo:

Para a análise do pagamento da Indenização, respeitado o disposto nas Condições Gerais item 20, deverão ser apresentados (i) o aviso de sinistro totalmente preenchido e a lista mínima de documentos associada à Cobertura pleiteada, conforme abaixo:

- Aviso de sinistro preenchido e assinado (formulário padrão MetLife);
- Formulário "Autorização para Crédito de Indenização" (formulário padrão MetLife), devidamente preenchido e assinado pelo Segurado;
- Cópias do RG., CPF (e comprovante de residência do Segurado;
- Cópia do BO (Boletim de Ocorrência Policial) e/ou CAT (Comunicação de Acidente do Trabalho), se Acidente de Trabalho;
- Cópia da CNH (Carteira Nacional de Habilitação), em caso de acidente com veículo dirigido pelo Segurado;
- Cópia do Laudo do Exame de Dosagem Alcoólica e/ou Toxicológico, se realizado(s);
- Cópia do laudo da perícia técnica realizada no local do acidente, se houver;
- Radiografias acompanhadas dos respectivos laudos radiológicos e resultados de exames realizados;
- Cópia da Ficha de Registro do empregado, quando se tratar de Apólice Coletiva, cujo Vínculo prévio seja empregatício;
- Cópia dos 3 (três) últimos comprovantes de salário, quando se tratar de Apólice Coletiva, cujo Vínculo prévio seja empregatício;
- Cópia do Certificado Individual do Seguro;
- Cópia da Conta da Concessionária com vencimento imediatamente anterior à ocorrência do Sinistro, quando tratar-se de Apólice cuja cobrança seja efetuada por intermédio de Conta de Concessionária;
- Cópia do comprovante de quitação da Conta da Concessionária indicada no item anterior.

10.2. Em caso de falecimento do Segurado durante o Período da Fratura e a data do aviso do sinistro, a indenizada será paga aos herdeiros legais.

Os referidos elementos devem ser submetidos pelo Segurado à Seguradora na forma e no prazo previstos

nas Condições Gerais, sob pena de negativa de cobertura.

11. DISPOSIÇÕES GERAIS

11.1. Esta Cobertura faz parte integrante das Condições Gerais da Apólice. As normas constantes desta Cobertura, por serem mais específicas, prevalecem sobre quaisquer dispositivos existentes nas Condições Gerais que, em relação a esta Cobertura, têm função subsidiária.

COBERTURA DE FRATURA ÓSSEA (FO2)

1. OBJETIVO

1.1. Esta Cobertura, desde que contratada, garante ao Segurado o pagamento de uma Indenização, em caso de fratura óssea após traumatismo ocorrido nos membros indicados na Tabela de Lesões Cobertas, prevista no item 4.1.2, abaixo, exclusivamente decorrente de Acidente Pessoal coberto, **exceto se decorrente de Riscos Excluídos, observados os demais termos desta Cláusula, das Condições Gerais e as demais Disposições Contratual**.

2. DEFINIÇÃO

2.1. **Acidente Pessoal:** para fins desta Cláusula prevalece o conceito indicado no item "Definições" das Condições Gerais deste seguro.

2.2. **Fratura Óssea** é uma situação em que há perda da continuidade óssea, geralmente com separação de um osso em dois ou mais fragmentos, após um dos traumatismos.

3. RISCOS EXCLUÍDOS

3.1. Além dos riscos expressamente excluídos apresentados no item 5 das Condições Gerais, estão também excluídos da presente cobertura, as despesas decorrentes:

a) **Auto lesão**

4. CAPITAL SEGURADO

4.1. O Capital Segurado para esta Cobertura será estabelecido contratualmente para cada membro da Tabela de Lesões Cobertas, a seguir e deverá constar nos respectivos Certificados Individuais do Seguro.

4.1.1. Para fins desta Cobertura, considera-se como data do evento, para efeito de determinação do Capital Segurado, a data da ocorrência do acidente.

4.1.2. Tabela de Lesões

FRATURA
Vértebra Cervical
Ossos do Ouvido (martelo, bigorna e estribo)
Quadril ou Pelve
Crânio
Fêmur, Calcâneo, Úmero
Tornozelo, Perna, Cotovelo, Escápula
Maxilar, Clavícula, Antebraços, Punho(ossos do carpo)
Vértebra, Torácica ou Lombar (cada)
Osso esterno, patela (rótula)
Mão (metacarpos, exceto dedos e ossos do carpo)
Pés (exceto calcâneo e dedos do pé), Cóccix
Face ou Nariz (exceto crânio e Maxilar)
Costelas (cada)
Dedos da mão e do pé (cada)

4.1.3. Serão cobertos até 3 (três) eventos, por vigência.

O capital segurado contratado para cada membro fraturado será somado na ocorrência de fraturas simultâneas decorrentes de um mesmo evento.

5. REINTEGRAÇÃO DE COBERTURA

5.1. Na ocorrência de um sinistro, a cobertura da parte do corpo afetada será reintegrada após 12 (doze) meses da data de ocorrência do evento.

6. INÍCIO DE VIGÊNCIA

6.1. A Cobertura começa a vigorar, para todos os Segurados da Apólice, simultaneamente com o início da vigência da Apólice, ou em data posterior, por meio de aditivo, quando esta Cobertura for contratada após entrada em vigor da Apólice.

7. CESSAÇÃO DE COBERTURA

7.1. Além das hipóteses previstas nos itens **13, 14** e **22** das Condições Gerais, a garantia do risco a que se refere esta Cobertura cessa ainda:

7.1.1. Para o Segurado:

a) simultaneamente, com o cancelamento da Apólice Coletiva ou da presente Cobertura;

b) a partir da data em que ocorrer a exclusão do Segurado da Apólice Coletiva;

c) com o falecimento do Segurado;

8. PRÊMIO

8.1. O Prêmio referente a esta Cobertura estará previsto contratualmente.

9. ÂMBITO TERRITORIAL DE COBERTURA

9.1. Esta Cobertura abrange os eventos ocorridos em todo o globo terrestre.

10. PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO

10.1. Os elementos essenciais para aferição e decisão sobre a existência de cobertura, referentes à presente cobertura são:
(i) o aviso de sinistro totalmente preenchido e a lista mínima de documentos associada à Cobertura pleiteada, conforme abaixo:

10.2. Para a análise do pagamento da Indenização, respeitado o disposto nas Condições Gerais item 20., deverão ser apresentados (i) o aviso de sinistro totalmente preenchido e a lista mínima de documentos associada à Cobertura pleiteada, conforme abaixo:

- Aviso de sinistro preenchido e assinado (formulário padrão MetLife);
- Formulário "Autorização para Crédito de Indenização" (formulário padrão MetLife), devidamente preenchido e assinado pelo Segurado;
- Cópias do RG., CPF e comprovante de residência do Segurado;
- Cópia do BO (Boletim de Ocorrência Policial) e/ou CAT (Comunicação de Acidente do Trabalho), se Acidente de Trabalho;
- Cópia da CNH (Carteira Nacional de Habilitação), em caso de acidente com veículo dirigido pelo Segurado;
- Cópia do Laudo do Exame de Dosagem Alcoólica e/ou Toxicológico, se realizado(s);
- Cópia do laudo da perícia técnica realizada no local do acidente, se houver;
- Radiografias acompanhadas dos respectivos laudos radiológicos e resultados de exames realizados;
- Cópia da Ficha de Registro do empregado, quando se tratar de Apólice Coletiva, cujo Vínculo prévio seja empregatício;
- Cópia dos 3 (três) últimos comprovantes de salário, quando se tratar de Apólice Coletiva, cujo Vínculo prévio seja empregatício;
- Cópia do Certificado Individual do Seguro;
- Cópia da Conta da Concessionária com vencimento imediatamente anterior à ocorrência do Sinistro, quando tratar-se de Apólice cuja cobrança seja efetuada por intermédio de Conta de Concessionária;
- Cópia do comprovante de quitação da Conta da Concessionária indicada no item anterior.

10.3. Em caso de falecimento do Segurado durante o Período da Fratura e a data do aviso do sinistro, a indenizada será paga aos herdeiros legais.

10.4. Os referidos elementos devem ser submetidos pelo Segurado à Seguradora na forma e no prazo previstos nas Condições Gerais, sob pena de negativa de cobertura.

11. DISPOSIÇÕES GERAIS

11.1. Esta Cobertura faz parte integrante das Condições Gerais da Apólice. As normas constantes desta Cobertura, por serem mais específicas, prevalecem sobre quaisquer dispositivos existentes nas Condições Gerais que, em relação a esta Cobertura, têm função subsidiária.