

Condições Contratuais

**Seguro de Pessoas Vida em Grupo
Entidade Fechada de Previdência
Complementar - EFPC**

Índice



Conheça seu seguro ____ 05

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



Conheça seus prazos ____ 08

6. Vigência e Renovação do Seguro
7. Aceitação da Proposta de Contratação
8. Aceitação da Proposta de Adesão
9. Custeio do Seguro
10. Cobrança e Pagamento dos Prêmios
11. Cancelamento da Apólice
12. Cessação da Cobertura Individual



Conheça os valores ____ 11

13. Capital Segurado
14. Atualização dos Valores do Seguro
15. Taxa do Seguro e Recálculo do Prêmio



Como utilizar ____ 11

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



Cobertura de Morte ____16

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



Cobertura de Morte Acidental (MA) ____18

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



Cobertura de Invalidez Permanente por Acidente (IPA) ____20

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



Cobertura de Invalidez Permanente Total por Acidente (IPTA) ____27

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



Cobertura de Invalidez por Doença Funcional (IPD-F) ____30

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



Cobertura Invalidez Laborativa Total Permanente Por Doença Profissional (ILTP-D) ____38

1. Objetivo
2. Defini es
3. Riscos Excl idos
4. Capital Segurado
5. Vigência
6. Cessa o de Cobertura
7. Prêmio
8. Carência
9. Pagamento da Indeniza o
10.  mbito Territorial de Cobertura
11. Disposi es Gerais



Cobertura Invalidez Permanente por Doença ou Acidente (IPDA) __36

1. Objetivo
2. Defini es
3. Risco Coberto
4. Riscos Excl idos
5. Capital Segurado
6. Acumula o de Indeniza es
7. Início de Vigência
8. Cessa o de Cobertura
9. Prêmio
10. Carência
11.  mbito Territorial de Cobertura
12. Pagamento da Indeniza o
13. Disposi es Gerais

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

1. CARACTERÍSTICAS

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

2. OBJETIVO

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

3. DEFINIÇÕES

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

3.1.1. **Excluem-se do conceito de Acidente Pessoal:**

- a) **doenças, quaisquer que sejam suas causas, ainda que provocadas, desencadeadas ou agravadas, direta ou indiretamente por acidente; ressaltadas 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) **doenças profissionais ou ocupacionais, mesmos quando consideradas acidente do trabalho pela legislação previdenciária, 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;**
- d) **situações reconhecidas por instituições oficiais de previdência ou assemelhadas, como “invalidez**

acidentária”, nas quais o evento causador da lesão não se enquadre integralmente na caracterização de Acidente Pessoal definido no subitem 3.1.

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

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

3.4. **Beneficiário(s):** é(são) Entidade de Previdência Complementar Fechada (EFPC), designada para receber os valores de indenização, na hipótese de ocorrência de Evento Coberto, para fins desse seguro o beneficiário será o próprio Estipulante.

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

3.6. **Carência:** é o período de tempo ininterrupto, contado da data do início de vigência individual, durante o qual o Segurado permanece no seguro sem ter direito à(s) cobertura (s) contratada(s), sem prejuízo do pagamento do Prêmio. A Carência poderá ser total ou parcial, abrangendo exclusivamente as coberturas não relacionadas a Acidente Pessoal, para as quais não há Carência. **Na hipótese de aumento do Capital Segurado, o seguro estará sujeito a novo período de Carência, contado a partir da data do início de vigência do aumento, exclusivamente aplicável ao aumento solicitado.**

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

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

3.9. **Condições Especiais:** conjunto de cláusulas que especificam as diferentes modalidades de cobertura que possam ser contratadas dentro de um mesmo plano de seguro;

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

3.11. **Contrato:** é o instrumento jurídico firmado entre o Estipulante e a Seguradora que estabelece as peculiaridades

de determinada contratação de plano coletivo e fixam os direitos e obrigações do Estipulante, da Seguradora, do Segurado e do(s) Beneficiário(s).

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

3.13. Doenças Preexistentes: doença de conhecimento do segurado e não declarada na proposta de contratação ou, no caso de contratação coletiva, na proposta de adesão.

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

3.15. EFPC: Entidade Fechada de Previdência Complementar - Sociedade civil ou fundação, sem fins lucrativos, que tem por finalidade instituir e administrar planos de benefícios previdenciários, acessíveis aos indivíduos que possuam vínculo empregatício ou associativo com empresas, órgãos públicos, sindicatos e/ou associações representativas. Popularmente conhecidas como Fundos de Pensão..

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

3.17. 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).

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

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

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

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

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

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

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

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

3.26. 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.

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

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

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

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

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

3.32. 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.

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

3.34. 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.

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

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

3.37. 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.

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

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

4. COBERTURAS

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

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

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

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

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

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

5. RISCOS EXCLUÍDOS

5.1. Além dos riscos expressamente excluídos apresentados no Conceito de Acidente Pessoal, item 3.1.1. acima, estão também 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, 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. Em relação as doenças preexistentes, excepcionalmente, mediante expresse acordo entre Seguradora e Segurado, poderá ser excluída da cobertura doenças preexistentes específicas declaradas na declaração pessoal de saúde que integra a proposta. Nesta hipótese, o certificado individual discriminará a(s) doença(s) preexistente(s) objeto(s) de exclusão de cobertura.

d) suicídio 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;**

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 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.

6. VIGÊNCIA E RENOVAÇÃO DO SEGURO

6.1. Vigência e Renovação da Apólice

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

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

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

6.1.3. A Apólice poderá ser renovada automaticamente, por igual período, salvo se o Estipulante ou a Seguradora se manifestarem em sentido contrário, mediante aviso prévio, por escrito, com antecedência mínima de 30 (trinta) dias do final de vigência da Apólice.

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

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

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

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

6.2. Vigência dos Certificados Individuais

6.2.1. 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.

6.2.2. 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.

6.2.3. Os contratos de seguro cujas propostas tenham sido recepcionadas, com adiantamento de valor para futuro pagamento parcial ou total do prêmio, terão seu início de vigência a partir da data de recepção da proposta pela sociedade seguradora.

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

7. ACEITAÇÃO DA PROPOSTA DE CONTRATAÇÃO

7.1. O Contrato ou Proposta de Contratação, assinada obrigatoriamente pelo representante legal do Estipulante, deverá ser entregue à Seguradora.

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

7.3. A Seguradora terá um prazo de 15 (quinze) dias, contados a partir da data do recebimento da Proposta de Contratação, **para aceitá-la ou recusá-la. Vencido o prazo de 15 (quinze) dias, sem manifestação da Seguradora, o seguro será considerado aceito.**

7.4. A Seguradora poderá por uma única vez solicitar documentos complementares para análise e aceitação da Proposta de Contratação. **Neste caso, o prazo de 15 (quinze) dias ficará suspenso**, voltando a correr a partir da data em que se der a entrega da documentação complementar.

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

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

8. ACEITAÇÃO DA PROPOSTA DE ADESÃO

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

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

8.2.1. A aceitação da proposta estará sujeita à análise do risco pela Seguradora.

8.3. A Seguradora terá um prazo de 15 (quinze) dias corridos, contados da data do recebimento da Proposta de Adesão, para aceitar ou recusar a inclusão do Proponente no seguro.

8.3.1. A Seguradora poderá solicitar documentos complementares para análise e aceitação do risco ou da alteração proposta, uma única vez. Neste caso, o prazo de 15 (quinze) dias previsto no item anterior ficará suspenso, voltando a correr a partir da data do recebimento pela Seguradora das informações adicionais.

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

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

8.3.4. Caso a Proposta de Adesão não seja aceita pela Seguradora, a recusa será comunicada por escrito e o respectivo Prêmio eventualmente pago 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.

8.3.5. A compensação do cheque ou o efetivo recebimento do valor do Prêmio pela Seguradora não implica na aceitação da Proposta de Adesão, devendo-se observar, na hipótese de recusa da referida proposta, o disposto no item anterior.

8.4. O Segurado está obrigado a comunicar à Seguradora, logo que saiba, qualquer fato suscetível de agravar o risco coberto, sob pena de perder o direito à(s) cobertura(s) contratada(s), se ficar comprovado que ele silenciou de má-fé.

8.4.1. A Seguradora poderá, no prazo de 15 (quinze) dias após o recebimento do aviso de agravamento do risco, dar ciência ao Segurado, por escrito, de sua decisão de cancelar o seguro ou, mediante acordo entre as partes, restringir a cobertura ou cobrar a diferença de Prêmio cabível.

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

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

9. CUSTEIO DO SEGURO

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

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

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

10. COBRANÇA E PAGAMENTO DOS PRÊMIOS

10.1. É de responsabilidade do Estipulante, salvo disposições em contrário previstas contratualmente, a

cobrança do Prêmio Individual e da quitação nas Apólices Coletivas, nos prazos contratuais das respectivas faturas de seguro emitidas pela Seguradora.

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

10.2. 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.

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

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

10.5. **É vedada a cobrança de qualquer taxa de inscrição ou intermediação.**

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

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

10.7.1. 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).

10.7.2. **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 indicados no item 10.7 acima.**

10.8. **Em caso de atraso no pagamento de qualquer parcela do Prêmio, independentemente do pagamento de parcelas subsequentes, o Estipulante será notificado para que regularize o(s) pagamento(s), no prazo máximo de 10 (dez) dias, sob pena de cancelamento da Apólice.**

10.8.1. **No período de mora no pagamento do Prêmio, não haverá suspensão das coberturas, sem prejuízo à cobrança dos Prêmios respectivos.**

10.8.2. **Em caso de atraso no pagamento de qualquer parcela de Prêmio, superior a 90 (noventa) dias consecutivos ou alternados, o seguro será automaticamente cancelado, mediante prévia comunicação, independentemente de haver parcela(s) em atraso intercalada(s) com parcela(s) paga(s). Este prazo será definido no Contrato.**

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

11. CANCELAMENTO DA APÓLICE

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

- a) a qualquer tempo, por mútuo acordo entre Seguradora e Estipulante, desde que mediante anuência prévia e expressa de Segurados que representem, no mínimo, $\frac{3}{4}$ (três quartos) do Grupo Segurado, respeitado o aviso prévio de 30 (trinta) dias. Tratando-se de contratação cujo Vínculo entre Estipulante e Segurado seja exclusivamente securitário, não será aplicada a anuência de $\frac{3}{4}$ (três quartos) do grupo, sendo o tratamento diretamente com o Segurado;
- b) no final do prazo de sua vigência, se não houver renovação;
- c) pelo atraso no pagamento do Prêmio conforme disposto no item 10.8.2 destas Condições Gerais;
- d) na hipótese do segurado, seus prepostos ou seus beneficiários ou, no caso de pessoas jurídicas, seus sócios controladores, dirigentes e administradores legais agirem com dolo, fraude ou simulação na contratação do seguro, durante toda sua vigência, ou ainda para obter ou para majorar a indenização.

12. CESSAÇÃO DA COBERTURA INDIVIDUAL

12.1. A cobertura de cada Segurado cessa:

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

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

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

- a) com o cancelamento da Apólice por quaisquer das situações previstas no item 11;
- b) quando o Segurado solicitar sua exclusão da Apólice, com antecedência mínima de 30 (trinta) dias;
- c) com o falecimento do Segurado;
- d) com o pagamento da Indenização, se houver previsão de exclusão do Segurado da Apólice na respectiva cobertura contratada, que gerou a Indenização;
- e) imediatamente, se constatada uma das hipóteses previstas no item “Perda do Direito a Indenização” destas Condições Gerais;
- f) quando o Segurado não pagar o Prêmio Individual, observado o disposto no item 10.8.2 destas Condições Gerais.

13. CAPITAL SEGURADO

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

14. ATUALIZAÇÃO DOS VALORES DO SEGURO

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

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

14.2. Alternativamente ao critério de atualização mencionado no item 14.1 acima, poderá se estabelecer ainda, o recálculo periódico para adequação dos valores do Capital Segurado, e, conseqüentemente, dos respectivos prêmios, aos novos valores previstos nos Planos de Benefícios da EFPC, ou outros fatores objetivos conforme definido em Contrato.

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

15. TAXA DO SEGURO E RECÁLCULO DO PRÊMIO

15.1. 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 conforme disposto no Contrato.

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

15.3. A Seguradora anualmente, no aniversário da apólice, deverá recalculer 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.

15.4. As modificações previstas no item 15.2 acima, se implicar em ônus ou dever para os Segurados ou redução de seus direitos, dependerá da anuência prévia e expressa dos Segurados que representem, no mínimo, 3/4 (três quartos) do Grupo Segurado.

16. BENEFICIÁRIO(S)

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

17. OCORRÊNCIA DO SINISTRO

17.1. 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).

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

18. PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO

18.1. 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.

18.2. As despesas efetuadas com a comprovação 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.

18.3. O pagamento de qualquer Indenização decorrente do presente seguro será efetuado em até 30 (trinta) dias, sob forma de parcela única, contados da data de entrega de todos os documentos básicos, relacionados nas respectivas coberturas, observados os itens **18.6** e **18.6.1** destas Condições Gerais.

18.3.1. **A relação de documentos necessários para a regulação de Sinistro, está prevista em cada uma das respectivas coberturas contratadas. O não fornecimento da documentação solicitada acarreta a suspensão do prazo para pagamento da Indenização.**

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

18.5. **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.**

18.6. **A documentação listada nas respectivas coberturas não é restritiva. A Seguradora poderá, no caso de dúvida fundada e justificável, solicitar outros documentos que se façam necessários durante o processo de análise do Sinistro, para sua completa elucidação.**

18.6.1. **Caso a Seguradora exija a apresentação de outros documentos, o prazo de 30 (trinta) dias previsto no item 18.3. acima será suspenso, voltando a contar a**

partir do primeiro dia útil subsequente àquele em que forem completamente atendidas as exigências.

18.7. **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.**

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

18.8. **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.**

19. PERÍCIA MÉDICA/JUNTA MÉDICA

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

19.2. **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.**

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

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

20. PERDA DO DIREITO À INDENIZAÇÃO

20.1. **A Seguradora não pagará qualquer Indenização com base no presente seguro se o Estipulante,**

Segurado, seu representante legal, ou seu corretor de seguros fizer declarações inexatas ou omitir circunstâncias que possam influir na aceitação da Proposta ou no valor do Prêmio.

20.2. Sem prejuízo do previsto nos itens 8.4., 8.4.1. e 8.4.2., se a inexatidão ou a omissão nas declarações não resultar de má-fé do Segurado, a Seguradora poderá:

20.2.1. Na hipótese de não ocorrência do Sinistro:

a) cancelar o seguro, retendo, do Prêmio originalmente pactuado, a parcela proporcional ao tempo decorrido; ou
b) mediante acordo entre as partes, permitir a continuidade do seguro, cobrando a diferença de Prêmio cabível ou restringindo a cobertura contratada.

20.2.2. 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;
b) ou 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.

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

20.3. O Segurado perderá o direito à Indenização para qualquer das coberturas contratadas, ainda, pelas seguintes razões:

a) inobservância das obrigações convencionadas neste seguro;
b) dolo, fraude ou sua tentativa, simulação ou culpa grave, para obter ou majorar a Indenização, ou ainda se o Segurado ou o(s) Beneficiário(s) tentar(em) obter vantagem indevida com o Sinistro;
c) inobservância do artigo 768 do Código Civil, que dispõe que o Segurado perderá o direito à cobertura do seguro se agravar intencionalmente o risco objeto do Contrato.

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

21. ALTERAÇÕES DA APÓLICE

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

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

21.1.2. Se a modificação for por força do reenquadramento por idade ou faixa etária previsto no item 15.1, não haverá a necessidade da anuência expressa de 3/4 (três quartos) do Grupo Segurado.

22. OUTRAS OBRIGAÇÕES DO ESTIPULANTE

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

a) fornecer à seguradora todas as informações necessárias para a análise e aceitação do risco, previamente estabelecidas por aquela, incluindo dados cadastrais;
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) 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.

23. MATERIAL DE DIVULGAÇÃO

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

24. CUMPRIMENTO DAS LEIS ANTICORRUPÇÃO TRIBUTO

24.1. 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 8.420/2015, proíbem qualquer oferta direta ou indireta, pagamento ou recebimento de dinheiro ou qualquer coisa de valor de/para qualquer pessoa (inclusive, sem limitação, qualquer servidor público, organização internacional, partido político, oficial de partido ou candidato a cargos políticos) para fins de obter, manter ou instruir negócios, garantir qualquer vantagem imprópria na condução de negócios ou aliciar a realização imprópria de qualquer função pública ou comercial. O Estipulante declara e garante que durante o cumprimento de suas obrigações segundo as presentes Condições Gerais, não ofertou tampouco realizou, e concorda que não ofertará tampouco fará nenhum pagamento proibido.

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

25.1. 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.

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

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

25.4. 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.

25.5. 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.

26. TRIBUTO

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

27. PRESCRIÇÃO

27.1. Qualquer direito do Segurado ou do(s) Beneficiário(s), com fundamento no presente Seguro, prescreve nos prazos estabelecidos pelo Código Civil Brasileiro.

28. FORO

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

29. DISPOSIÇÕES FINAIS

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

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

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

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

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



COBERTURA DE MORTE

1. OBJETIVO

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

2. DEFINIÇÃO

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

3. RISCOS EXCLUÍDOS

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

4. CAPITAL SEGURADO

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

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

5. INÍCIO DE VIGÊNCIA

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

6. CESSAÇÃO DE COBERTURA

6.1. Além das hipóteses previstas nos itens 11. e 12. 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. Para a análise do pagamento da Indenização, respeitado o disposto nas Condições Gerais item 18., deverão ser apresentados os respectivos documentos básicos, a seguir relacionados:

Morte decorrente de doença

- Aviso de sinistro preenchido e assinado (formulário padrão MetLife);
- Formulário “Autorização para Crédito de Indenização” (Formulário padrão MetLife), devidamente preenchido e assinado pelos Procuradores, devendo a firma (assinatura) ser reconhecida;
- Cópias do RG (cédula de identidade), CPF (Cadastro de Pessoas Físicas) e comprovante de residência do Segurado;
- Cópia da Certidão de Óbito do Segurado;
- Cópia do Certificado Individual do Seguro
- Cópia completa do Estatuto Social da Estipulante e ata da eleição da diretoria, bem como cópia do RG e CPF dos representantes eleitos; e
- Cópia da Procuração dando poderes ao procurador de receber / assinar documentos dando quitação em nome do Estipulante, bem como cópia do RG e CPF do procurador.

Morte decorrente de acidente

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

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

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

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

11. DISPOSIÇÕES GERAIS

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



COBERTURA DE MORTE ACIDENTAL (MA)

1. OBJETIVO

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

2. DEFINIÇÃO

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

3. RISCOS EXCLUÍDOS

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

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

4. CAPITAL SEGURADO

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

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

5. INÍCIO DE VIGÊNCIA

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

6. CESSAÇÃO DE COBERTURA

6.1. Além das hipóteses previstas nos itens 11. e 12. 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. Para a análise do pagamento da Indenização, respeitado o disposto nas Condições Gerais item 18., deverão ser apresentados os respectivos documentos básicos:

- Aviso de sinistro preenchido e assinado (formulário padrão MetLife);
- Formulário “Autorização para Crédito de Indenização” (Formulário padrão MetLife), devidamente preenchido e assinado pelos Procuradores, devendo a firma (assinatura) ser reconhecida;
- Cópias do RG (cédula de identidade), CPF (Cadastro de Pessoas Físicas) e comprovantes de residência do Segurado;
- Cópia da Certidão de Óbito do Segurado;
- Cópia do Certificado Individual do Seguro;
- Cópia do BO (Boletim de Ocorrência Policial) e/ou CAT (Comunicação de Acidente do Trabalho), se houver;
- Cópia do Laudo do Necroscópico - IML (Instituto Médico-Legal), se realizado;
- Cópia da CNH (Carteira Nacional de Habilitação), em caso de acidente com veículo dirigido pelo Segurado;
- Cópia do Laudo do Exame de Dosagem Alcoólica e/ou Toxicológico, se realizado(s);
- Cópia do laudo da perícia técnica realizada no local do acidente, se houver.

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

- Cópia do Contrato Social e/ou estatuto com as respectivas atualizações;

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

10. DISPOSIÇÕES GERAIS

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



COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE POR ACIDENTE (IPA)

1. OBJETIVO

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

2. DEFINIÇÕES

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

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

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

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

2.5. Quando do mesmo acidente resultar invalidez de mais de um membro ou órgão, a Indenização será calculada somando-se as percentagens respectivas, sem que possa, todavia, exceder a 100% (cem por cento) do Capital

Segurado contratado para esta cobertura. Havendo 2 (duas) ou mais lesões em um mesmo membro ou órgão, a soma das percentagens correspondentes não poderá exceder o percentual de Indenização prevista para a perda total do referido membro ou órgão.

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

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

3. RISCOS EXCLUÍDOS

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

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

4. CAPITAL SEGURADO

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

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

5. REINTEGRAÇÃO DO CAPITAL SEGURADO

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

6. ACUMULAÇÃO DE INDENIZAÇÕES

6.1. As Indenizações decorrentes de eventos por morte acidental e invalidez permanente por acidente, em quaisquer das coberturas contratadas, não se acumulam. Se, depois de paga uma Indenização por invalidez permanente por acidente, seja parcial ou total, ocorrer a caracterização de outra cobertura de invalidez permanente por acidente e/ou a

morte do Segurado, em consequência do mesmo acidente, será deduzido, do valor do Capital Segurado a ser pago, o valor já indenizado.

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

INVALIDEZ PERMANENTE	DISCRIMINAÇÃO	% SOBRE O CAPITAL
TOTAL	Perda total da visão de ambos os olhos	100%
	Perda total do uso de ambos os membros superiores	100%
	Perda total do uso de ambos os membros inferiores	100%
	Perda total do uso de ambas as mãos	100%
	Perda total do uso de um membro superior e um membro inferior	100%
	Perda total do uso de uma das mãos e de um dos pés	100%
	Perda total do uso de ambos os pés	100%
	Alienação mental total e incurável	100%
	Nefrectômica bilateral	100%
INVALIDEZ PERMANENTE	DISCRIMINAÇÃO	% SOBRE O CAPITAL
PARCIAL DIVERSAS	Perda total da visão de um olho	30%
	Perda total da visão de um olho, quando o Segurado já não tiver a outra vista	70%
	Surdez total incurável de ambos os ouvidos	40%
	Surdez total incurável de um dos ouvidos	20%
	Mudez incurável	50%
	Fratura não consolidada do maxilar inferior	20%
	Imobilidade do segmento cervical da coluna vertebral	20%
	Imobilidade do segmento tóraco-lombo-sacro da coluna vertebral	25%
INVALIDEZ PERMANENTE	DISCRIMINAÇÃO	% SOBRE O CAPITAL
PARCIAL MEMBROS SUPERIORES	Perda total de uso de um dos membros superiores	70%
	Perda total do uso de uma das mãos	60%
	Fratura não consolidada de um dos úmeros	50%
	Fratura não consolidada de um dos segmentos rádio-ulnares	30%
	Anquilose total de um dos ombros	25%
	Anquilose total de um dos cotovelos	25%
	Anquilose total de um dos punhos	20%
	Perda total do uso de um dos polegares, inclusive o metacarpiano	25%
	Perda total do uso de um dos polegares, exclusive o metacarpiano	18%
	Perda total do uso da falange distal do polegar	9%
	Perda total do uso de um dos dedos indicadores	15%

Perda total do uso de um dos dedos mínimos ou um dos dedos médios	12%
Perda total do uso de um dos dedos anulares	9%
Perda total do uso de qualquer falange, excluídas as do polegar: equivalente a 1/3 do valor do dedo respectivo	

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

INVALIDEZ PERMANENTE	DISCRIMINAÇÃO	% SOBRE o CAPITAL
DIVERSAS	MANDÍBULA	
	Maxilar inferior (mandíbula) redução de movimentos	
	Em grau mínimo	5%
	Em grau médio	10%
	Em grau máximo	20%
	NARIZ	
Amputação total do nariz com perda total do olfato	25%	

	Perda total do olfato	7%
	Perda do olfato com alterações gustativas	10%
	APARELHO VISUAL E ANEXOS DO OLHO	
	Diplopia	15%
	LESÕES DAS VIAS LACRIMAIS	
	Unilateral	7%
	Unilateral com fístulas	15%
	Bilateral	14%
	Bilateral com fístulas	25%
	LESÕES DA PÁLPEBRA	
	Ectrópio unilateral	3%
	Ectrópio bilateral	6%
	Entrópio unilateral	7%
	Entrópio bilateral	14%
	Má oclusão palpebral unilateral	3%
	Má oclusão palpebral bilateral	6%
	Ptose palpebral unilateral	5%
	Ptose palpebral bilateral	10%
	APARELHO DA FONAÇÃO	
	Perda da palavra (mudez incurável)	50%
	Perda de substância (palato mole e duro)	15%
	SISTEMA AUDITIVO	
	Amputação total de uma orelha	8%
	Amputação total das duas orelhas	16%

INVALIDEZ PERMANENTE	DISCRIMINAÇÃO	% SOBRE O CAPITAL
DIVERSAS	Perda do Baço	15%
	APARELHO URINÁRIO	
	Retenção crônica de urina (sondagens obrigatórias)	15%
	Cistostomia (definitiva)	30%
	Incontinência urinária permanente	30%
	PERDA DE UM RIM, COM RIM REMANESCENTE	
	com função renal preservada	30%
	Redução da função renal (não dialítica)	50%

Redução da função renal (dialítica)	75%
Perda de rim único	75%
APARELHO GENITAL E REPRODUTOR	
Perda de um testículo	5%
Perda de dois testículos	15%
Amputação traumática do pênis	40%
Perda de um ovário	5%
Perda de dois ovários	15%
Perda do útero antes da menopausa	30%
Perda do útero depois da menopausa	10%
PESCOÇO	
Estenose da faringe com obstáculo a deglutição	15%
Lesão do esôfago com transtornos da função motora	15%
Traqueostomia definitiva	40%
TÓRAX	
APARELHO RESPIRATÓRIO	
Sequelas pós-traumáticas pleurais	10%
RESSECÇÃO TOTAL OU PARCIAL DE UM PULMÃO (PNEUMECTOMIA - PARCIAL OU TOTAL)	
com função respiratória preservada	15%
com redução em grau mínimo da função respiratória	25%
com redução em grau médio da função respiratória	50%
com insuficiência respiratória	75%

INVALIDEZ PERMANENTE	DESCRIMINAÇÃO	SOBRE O CAPITAL
DIVERSAS	MAMAS (FEMININAS)	
	Mastectomia unilateral	10%
	Mastectomia bilateral	20%
	ABDOMEM (ORGÃO E VÍSCERAS)	
	Gastrectomia subtotal	20%
	Gastrectomia total	40%
	INTESTINO DELGADO	
	Ressecção parcial	20%
	Ressecção parcial com síndrome disabsortiva ou ileostomia definitiva	40%
	INTESTINO GROSSO	
	Colectomia parcial	20%

Colectomia total	40%
Colestomia definitiva	40%
RETO E ÂNUS	
Incontinência fecal sem prolapso	30%
Incontinência fecal com prolapso	50%
Retenção anal	10%
FÍGADO	
Lobectomia hepática sem alteração funcional	10%
Lobectomia com insuficiência hepática	50%
SÍNDROMES NEUROLÓGICAS	
Epilepsia pós-traumática	20%
Derivação ventrículo-peritoneal (hidrocefalia)	20%
Síndrome pós-concussional	5%

8. INÍCIO DE VIGÊNCIA

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

9. CESSAÇÃO DE COBERTURA

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

9.1.1. Para o Segurado:

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

10. PRÊMIO

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

11. ÂMBITO TERRITORIAL DE COBERTURA

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

12. PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO

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

12.2. Para análise do pagamento da Indenização, respeitado o disposto nas Condições Gerais item 18., deverão ser apresentados os respectivos documentos básicos, a seguir relacionados:

- Aviso de sinistro preenchido e assinado (formulário padrão MetLife);
- Formulário "Autorização para Crédito de Indenização" (Formulário padrão MetLife), devidamente preenchido e assinado pelo Segurado;
- Cópias do RG. (cédula de identidade), CPF (Cadastro de Pessoas Físicas) e comprovante de residência do Segurado;
- Cópia do BO (Boletim de Ocorrência Policial) e/ou CAT (Comunicação de Acidente do Trabalho), se houver;
- Cópia da CNH (Carteira Nacional de Habilitação), em caso de acidente com veículo dirigido pelo Segurado;
- Cópia do Laudo do Exame de Dosagem Alcoólica e/ou Toxicológico, se realizado(s);

- Cópia do laudo da perícia técnica realizada no local do acidente, se houver;
- Radiografia e resultados de exames realizados;
- Relatório médico informando a data do acidente, o percentual do déficit funcional apresentado por segmento, a data de confirmação da alta médica e, obrigatoriamente, da reabilitação;
- Cópia de todos os documentos médicos e exames realizados;
- Cópia do Certificado Individual do Seguro;

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

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

13. DISPOSIÇÕES GERAIS

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



COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL POR ACIDENTE (IPTA)

1. OBJETIVO

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

2. DEFINIÇÕES

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

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

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

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

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

3. RISCOS EXCLUÍDOS

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

3.1.1. Aplicam-se os riscos excluídos do item 5. das Condições Gerais, considerando também como Riscos

Excluídos desta cobertura, os eventos ocorridos em consequência, direta ou indireta de e/ou relacionados a:

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

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

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

4. CAPITAL SEGURADO

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

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

5. REINTEGRAÇÃO DO CAPITAL SEGURADO

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

6. ACUMULAÇÃO DE INDENIZAÇÕES

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

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

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

8. INÍCIO DE VIGÊNCIA

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

9. CESSAÇÃO DE COBERTURA

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

9.1.1. Para o Segurado:

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

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

10. PRÊMIO

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

11. ÂMBITO TERRITORIAL DE COBERTURA

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

12. PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO

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

12.2. Para a análise do pagamento da Indenização, respeitado o disposto nas Condições Gerais item 18., deverão ser apresentados os respectivos documentos básicos, a seguir relacionados:

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

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

- Cópia do Contrato Social e/ou estatuto com as respectivas atualizações;

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

13. DISPOSIÇÕES GERAIS

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



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

1. OBJETIVO

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

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

2. DEFINIÇÕES

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

2.11. Deambular: ato de andar livremente.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

2.22. Etiologia: causa de cada doença.

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

2.24. Higidez: estado saudável.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

3. RISCOS COBERTOS

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

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

- a) doenças cardiovasculares **crônicas** enquadradas sob o conceito de “cardiopatia grave”;
- b) doenças neoplásicas malignas ativas, sem prognóstico evolutivo e terapêutico favorável, que não mais estejam inseridas em planos de tratamento direcionados à cura e/ou ao seu controle clínico;
- c) doenças crônicas de caráter progressivo, apresentando disfunções e/ou insuficiências orgânicas avançadas, com repercussões em órgãos vitais (consumpção), sem prognóstico terapêutico favorável e que não mais estejam inseridas em planos de tratamento direcionados à cura e/ou ao seu controle clínico;
- d) alienação mental total e permanente, com perda das funções cognitivas superiores (cognição);
- e) doenças manifestas no sistema nervoso com sequelas encefálicas e/ou medulares que acarretem repercussões deficitárias na totalidade de algum órgão vital e/ou sentido de orientação e/ou das funções de dois membros, em grau máximo;
- f) doenças do aparelho locomotor, de caráter degenerativo com total e definitivo impedimento da capacidade de transferência corporal;
- g) deficiência visual:
 - cegueira, na qual a acuidade visual é igual ou menor que 0,05 no melhor olho, com a melhor correção óptica;
 - baixa visão, que significa acuidade visual entre 0,3 e 0,05 no melhor olho, com a melhor correção óptica;
 - casos nos quais a somatória da medida do campo visual em ambos os olhos for igual ou menor que 60°;
 - ocorrência simultânea de quaisquer das condições anteriores.

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

i) estados mórbidos, a seguir relacionados:

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

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

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

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

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

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

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

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

4. RISCOS EXCLUÍDOS

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

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

5. CAPITAL SEGURADO

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

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

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

6. COMPROVAÇÃO DA INVALIDEZ

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

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

6.3. A Seguradora reserva-se o direito de não considerar quadros clínicos certificados por documentos médicos

que apenas caracterizem incapacidade parcial e/ou de natureza profissional.

7. INÍCIO DE VIGÊNCIA

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

8. CESSAÇÃO DE COBERTURA

8.1. Além das hipóteses previstas nos itens 11. e 12. 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. Para a análise do pagamento da Indenização, respeitado o disposto nas Condições Gerais item 18., deverão ser apresentados os respectivos documentos básicos, a seguir relacionados:

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

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

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

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

13. DISPOSIÇÕES GERAIS

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

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

DOCUMENTO 1

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

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

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

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



INVALIDEZ PERMANENTE POR DOENÇA OU ACIDENTE (IPDA)

1. OBJETIVO

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

2. DEFINIÇÕES

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

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

É considerada Invalidez Permanente por Doença ou Acidente:

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

3. RISCO COBERTO

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

4. RISCOS EXCLUÍDOS

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

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

5. CAPITAL SEGURADO

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

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

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

6. ACUMULAÇÃO DE INDENIZAÇÕES

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

7. INÍCIO DE VIGÊNCIA

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

8. CESSAÇÃO DE COBERTURA

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

8.1.1. Para o Segurado:

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

9. PRÊMIO

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

10. CARÊNCIA

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

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

11. ÂMBITO TERRITORIAL DE COBERTURA

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

12. PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO

12.1. Para o análise do pagamento da Indenização, respeitado o disposto nas Condições Gerais item 18., deverão ser apresentados os respectivos documentos básicos, a seguir relacionados:

- Aviso de sinistro preenchido e assinado (formulário padrão MetLife);
- Formulário “Autorização para Crédito de Indenização” (Formulário padrão MetLife), devidamente preenchido e assinado pelo Segurado;
- Cópias do RG. (cédula de identidade), CPF (Cadastro de Pessoas Físicas) e comprovante de residência do Segurado;
- cópia da Comprovante de Concessão de Aposentadoria por Invalidez emitido pelo RGPS – Regime Geral de

Previdência Social ou RPPS - Regime Próprio de Previdência Social, conforme o caso ;

- Cópia do Prontuário Hospitalar completo;
- Declaração original assinada e carimbada por representante do Hospital indicando data e hora de entrada e de alta hospitalar, mencionando períodos de enfermagem e UTI;
- Cópia do BO (Boletim de Ocorrência Policial) e/ou CAT (Comunicação de Acidente do Trabalho), se houver;
- Cópia da CNH (Carteira Nacional de Habilitação), em caso de acidente com veículo dirigido pelo Segurado;
- Cópia do Laudo do Exame de Dosagem Alcoólica e/ou Toxicológico, se realizado(s);
- Cópia do laudo da perícia técnica realizada no local do acidente, se houver;
- Cópia do resultado de exames complementares realizados;
- Todos os resultados de exames comprobatórios do acidente ou doença, de Clínicas, Consultórios e Hospitais, exames laboratoriais, laudo do médico-assistente e quaisquer outros documentos referentes ao evento.
- Laudo de Exame de Corpo Delito (IML) quando realizado
- Cópia do Certificado Individual do Seguro;

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

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

13. DISPOSIÇÕES GERAIS

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



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

1. OBJETIVO

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

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

2. DEFINIÇÕES

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

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

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

3. RISCOS EXCLUÍDOS

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

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

4. CAPITAL SEGURADO

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

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

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

5. VIGÊNCIA

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

6. CESSAÇÃO DE COBERTURA

6.1. Para fins desta cobertura se aplicam as hipóteses previstas nos itens 8, 12 e 19 das Condições Gerais.

7. PRÊMIO

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

8. CARÊNCIA

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

9. PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO

9.1. Para a análise do pagamento da Indenização, respeitado o disposto nas Condições Gerais item 18., deverão ser apresentados os respectivos documentos básicos, a seguir relacionados:

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

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

quaisquer dispositivos existentes nas Condições Gerais que, em relação a esta Cobertura, têm função subsidiária.

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

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

10. ÂMBITO TERRITORIAL DE COBERTURA

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

11. DISPOSIÇÕES GERAIS

11.1. Esta Cobertura faz parte integrante das Condições Gerais e Contratuais da Apólice. As normas constantes desta Cobertura, por serem mais específicas, prevalecem sobre