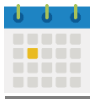
Condições Gerais do Seguro Prestamista

Índice

Conheça seu seguro____04

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



Conheça seus prazos____07

6. Aceitação do Grupo Segurado
7. Prazo de carencia
8. Vigência e Renovação Do Seguro
9. Cancelamento do Seguro
10. Informações Sobre Risco e Declarações para a Formação Do Contrato

Conheça os valores____10

11. Custeio do Seguro
12. Reavaliação da Taxa do Seguro
13. Cobrança e Pagamento Do Prêmio
14. Cobertura e Cancelamento em caso de não Pagamento do Prêmio
15. Capital Segurado e Despesas de Salvamento
16. Atualização dos Valores

Como Utilizar____13

17. Beneficiários
18. Ocorrência do Evento
19. Pagamento do Capital Segurado
20. Perícia Médica/Junta Médica
21. Perda do Direito à Indenização
22. Obrigações das Partes Contratantes
23. Material de Divulgação
24. Cumprimento das Leis Anticorrupção
25. Da Violação de Leis e Normas De Embargos ou Sanções Econômicas e Comerciais
26. Tributo
27 Prescrição
28. Foro
29. Disposições Finais

Condições Especiais

Cobertura de Morte 23

Cobertura de Morte Acidental (MA) 24

Cobertura de Invalidez Permanente Total Por Acidente (IPTA) 25

Cobertura de Desemprego Involuntário (DI) 26

Cobertura de Incapacidade Física Total E Temporária (ITT) 28

Internação Hospitalar por Acidente ou Doença (IHAD) 30

Cobertura de Cobertura De Perda De Renda (PR) 33

Cobertura de Invalidez Laborativa Total Permanente Por Doença Profissional (ILTP-D) 38

Cobertura de Doenças Graves - (DG) 40

CONDIÇÕES GERAIS DO SEGURO PRESTAMISTA – CAPITAL FIXO

1. CARACTERÍSTICAS

1.1. A METROPOLITAN LIFE SEGUROS E PREVIDÊNCIA PRIVADA S.A., doravante denominada Seguradora, institui o Seguro Coletivo Prestamista de descrito nestas Condições Gerais, nas Condições Especiais e demais Condições Contratuais.

2. OBJETIVO

2.2. O objetivo do Seguro Prestamista é amortizar ou custear, total ou parcialmente, Obrigação ou dívida assumida junto ao Estipulante/ Credor pelo Segurado, caso este venha a sofrer um dos eventos previstos no Contrato, **até o limite do respectivo Capital Segurado, exceto se decorrentes de Riscos Excluídos e desde que respeitadas as disposições destas Condições Gerais, das Condições Especiais, da Apólice de Seguro e legislação aplicável.**

3. DEFINIÇÕES

3.1. **Acidente Pessoal:** é o evento com data caracterizada, exclusivo e diretamente externo, súbito, involuntário e violento, causador de lesão física que, por si só e independentemente de toda e qualquer outra causa, tenha como consequência direta a Morte ou a Invalidez Permanente Total ou torne necessário o afastamento do Segurado.

3.1.1. Incluem-se ainda no conceito de Acidente Pessoal:
a) suicídio, ou a sua tentativa, após dois anos de contratação do seguro, que será equiparado, para fins de Indenização, a acidente pessoal, observada legislação em vigor;
b) acidentes decorrentes de ação da temperatura do ambiente ou influência atmosférica, quando a elas o Segurado ficar sujeito em decorrência de acidente coberto;
c) acidentes decorrentes de escapamento acidental de gases e vapores;
d) acidentes decorrentes de sequestros e suas tentativas;
e) acidentes decorrentes de alterações anatômicas ou funcionais da coluna vertebral, de origem traumática, causadas exclusivamente por fraturas ou luxações, radiologicamente comprovadas;

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

3.2. Apólice: é o documento escrito, emitido pela Seguradora, que instrumentaliza o Contrato de seguro celebrado entre a Seguradora e o Estipulante, e que é integrado por estas Condições Gerais, e, se houver, pelas Coberturas Adicionais. A Apólice prova a existência e o conteúdo do Contrato de seguro.

3.3. Beneficiários: são as pessoas físicas ou jurídicas que, em decorrência de Sinistro coberto, farão jus ao recebimento do valor do Capital Segurado.

3.4. Capital Segurado: é o valor máximo a ser pago pela Seguradora para a Cobertura contratada, em caso de ocorrência de Evento Coberto. Nenhuma Indenização será superior ao Capital Segurado.

3.5. Carência: é o período de tempo ininterrupto contado da data do início de vigência do certificado individual do Seguro ou do aumento do capital, durante o qual o Segurado permanece no seguro sem ter direito as Coberturas contratadas, sem prejuízo do pagamento dos Prêmios individuais..

3.6. Certificado Individual do Seguro: é o documento emitido pela Seguradora e destinado ao Segurado que indica todas as características do Seguro Contratado incluindo, mas não limitando a: vigência do Seguro, a(s) Cobertura(s), o(s) valore(s) do(s) Capital(is) Segurado(s) e o Prêmio mensal contratado.

3.7. Cobertura Adicional: é o conjunto de disposições que descreve especificamente cada uma das Coberturas adicionais contratadas passando a ser parte integrante do Seguro.

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 Gerais: é o conjunto de coberturas que regem um mesmo plano de seguro, estabelecendo obrigações e direitos da Seguradora, dos Segurados, dos Beneficiários e do Estipulante, bem como as características gerais do seguro.

3.10. Contratante: é a pessoa física ou jurídica que mantém Vínculo com o Estipulante, regularmente incluída

e aceita no seguro.

3.11. Contrato: é o instrumento jurídico firmado entre o Estipulante e a Seguradora que estabelece as peculiaridades da contratação do plano coletivo e fixam os direitos e obrigações do Estipulante, da Seguradora, dos Segurados e dos Beneficiários.

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

3.13. Condições Contratuais: é o conjunto de condições que regem a contratação, incluindo as constantes na Proposta de Adesão, do contrato, da Apólice e do Certificado Individual do Seguro.

3.14. Credor: aquele a quem o Devedor deve pagar o valor decorrente da Obrigação contratada.

3.15. Despesas de Contratação: valores exclusivamente destinados a viabilizar a contratação do seguro, compreendendo, despesas administrativas, comissões e custos relativos à intermediação, bem como tributos diretamente incidentes sobre o prêmio

3.16. Devedor: aquele que deve pagar o valor decorrente da Obrigação contratada.

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

3.18. Endosso / Aditivo: é o documento emitido pela Seguradora, utilizado para alterar, acrescentar ou excluir dispositivos contratuais do seguro e que fará parte integrante e inseparável da Apólice.

3.19. Estipulante: é a pessoa jurídica que propõe a contratação de plano coletivo, ficando investida de poderes de representação do Segurados, nos termos da legislação e regulamentação em vigor

3.20. Evento Coberto: é o acontecimento futuro e incerto, previsto nas Coberturas do seguro, ocorrido durante sua vigência e não excluído nas Condições Gerais, Coberturas Adicionais ou no Contrato de Seguro, capaz de acarretar obrigações pecuniárias à Seguradora em favor do Segurado ou de seus Beneficiários.

3.21. Excedente Técnico: Saldo positivo obtido pela Seguradora na apuração do resultado operacional de uma Apólice coletiva. É aplicável desde que acordado entre a Seguradora e o Estipulante e será objeto de capítulo específico.

3.22. Franquia: é o período de tempo em cada evento gerador, contado a partir da data de ocorrência do Sinistro, durante o qual não há Cobertura pelo seguro, suportando o Segurado as consequências do evento gerador.

3.23. Grupo Segurado: é aquele constituído por todos os Segurados elegíveis componentes do Grupo Segurável, regularmente aceitos e incluídos na Apólice do Seguro.

3.24. Grupo Segurável: é o grupo constituído pela totalidade das pessoas físicas ou jurídicas que mantém Vínculo com o Estipulante, que podem aderir ou serem incluídos no seguro, desde que atendam aos demais requisitos estabelecidos nestas Condições Gerais e, se houver, nas Coberturas Adicionais e no Contrato.

3.25. Início de vigência: É a data de início da qual as Coberturas de risco propostas serão garantidas pela Seguradora.

3.26. Indenização: é o valor descrito no Certificado Individual de Seguro que a Seguradora deverá pagar ao Beneficiário quando da ocorrência de um Evento Coberto. A Indenização está limitada ao Capital Segurado individual contratado para cada uma das Coberturas.

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

3.28. Obrigação: produto, serviço ou compromisso financeiro a que o Segurado está atrelado, com Vínculo contratual entre Credor ou Devedor, que confere ao Credor o direito de exigir do Devedor o pagamento do valor correspondente

3.29. Prêmio: é o valor a ser pago à Seguradora em contraprestação às Coberturas contratadas. Cada Cobertura determinará a cobrança de um Prêmio correspondente.

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

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

3.32. Profissional Autônomo e liberal regulamentado: é a pessoa que exerce sua atividade profissional, por conta própria e com aceitação de seus próprios riscos, e que comprove seus rendimentos através de documento contábil comprobatório da atividade profissional, e que sejam contribuintes regulares à previdência social.

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

comprobatório da atividade profissional.

3.34. Questionário de Avaliação de Risco: é o documento que engloba a Declaração Pessoal de Saúde e Atividade (DPSA), conjunto de questões sobre as características do segurado,do objeto segurado e do risco, produzido e submetido pela Seguradora, o qual deve ser respondido pelo Proponente para fins da avaliação e aceitação do risco e que é parte integrante da proposta.

3.35. Riscos Excluídos: são aqueles riscos, previstos nas Condições Gerais, e demais Disposições Contratuais que não serão cobertos pelo presente seguro.

3.36. Segurado: pessoa física sobre a qual se procederá a avaliação do risco e se estabelecerá o seguro.

3.37. Seguradora: é a Metropolitan Life Seguros e Previdência Privada S.A., Sociedade Seguradora devidamente autorizada a comercializar seguros e que assume os riscos inerentes às Coberturas contratadas deste seguro, nos termos da legislação vigente e demais Disposições Contratuais.

3.38. Sinistro: é a ocorrência de um Evento Coberto pelas Coberturas contratadas, desde que, estas estejam em vigor e capaz de acarretar obrigações pecuniárias à Seguradora.

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

As Coberturas deste seguro são:

4.1. Básicas:

- Morte
- Morte Acidental

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

4.2. Adicionais:

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

- Invalidez Permanente Total por Acidente (IPTA)
- Desemprego Involuntário (DI)
- Incapacidade Física Total e Temporária (ITT)
- Internação Hospitalar Por Acidente Ou Doença (IHAD)
- Perda de Renda (PR)
- Invalidez Laborativa Total Permanente por Doença Profissional (ILTP-D)
- Doenças Graves - (DG)

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

- Morte Acidental, quando contratada a cobertura de Morte
- Perda de Renda (PR) quando contratadas as Coberturas de Desemprego Involuntário (DI) e Incapacidade Total e Temporária (ITT), Internação Hospitalar por Acidente ou Doença (IHAD).

4.4. As Coberturas previstas nestas Condições Gerais somente terão validade quando contratadas e expressamente incluídas na Apólice pelo Contrato e/ou seu Aditivo e constarão nos Certificados Individuais do Seguro.

4.5. A definição de cada uma das Coberturas nestas Condições Gerais, seus respectivos objetivos, seus Riscos Excluídos específicos, capital(is) Segurado(s) e demais disposições estão determinados nas condições especiais correspondentes às respectivas Coberturas.

5. RISCOS EXCLUÍDOS

5.1. Além dos riscos expressamente excluídos apresentados no Conceito de Acidente Pessoal, item 3.1. estão excluídos para todas as Coberturas passíveis de contratação disponibilizadas pela Seguradora, os eventos ocorridos em consequência, direta ou indireta de e/ou relacionados a:
a) uso de material nuclear para quaisquer fins, ainda que ocorridos em testes, experiências ou no transporte de armas e/ou projéteis nucleares, incluindo explosões nucleares provocadas ou não, bem como a contaminação radioativa ou exposição a radiações nucleares ou ionizantes;
b) atos ou operações de guerra, declarada ou não, de guerra química ou bacteriológica, de guerra civil, invasão, hostilidade, insurreição de poder militar ou usurpado, guerrilha, revolução, agitação, motim, revolta, sedição, sublevação, atos de terrorismo ou outras perturbações da ordem pública e delas decorrentes, excetuando-se os casos de prestação de serviço militar, ou de atos de humanidade em auxílio de outrem;
c) doenças e acidentes preexistentes omitidos voluntariamente pelo Segurado no Questionário de Avaliação de Risco, assim entendido: estados mórbidos e doenças contraídas anteriormente à contratação do seguro, de conhecimento do Segurado e não declaradas no ato da contratação, bem como os acidentes sofridos pelo Segurado antes da resposta ao Questionário de Avaliação de Risco. Em relação as doenças preexistentes, excepcionalmente, mediante expresso acordo entre Seguradora e Segurado, poderá ser excluída da Cobertura Doenças Preexistentes

específicas declaradas no Questionário de Risco que integra a Proposta de Adesão.
Nestas hipóteses, o certificado individual discriminará a(s) doença(s) preexistente(s) objeto(s) de exclusão de cobertura.
d) suicídio voluntário ou sua tentativa nos 2 (dois) primeiros anos de vigência, ou da recondução do contrato, quando suspenso, contados:
- do início de vigência individual do seguro; ou
- da solicitação de aumento de Capital Segurado feita exclusivamente pelo Segurado/Estipulante. Nesta hipótese a exclusão somente se aplica à diferença do Capital Segurado aumentado;
- A presente exclusão não será aplicável se comprovado que o suicídio decorreu de grave ameaça ou legitima defesa de terceiro;
e) atos ilícitos dolosos praticados pelo Segurado, pelo Beneficiário ou pelo representante legal, de um ou de outro, ou ainda pelos sócios controladores, dirigentes e administradores do Estipulante ou Credor;
f) tufões, furacões, ciclones, terremotos, maremotos, erupções vulcânicas e outras convulsões da natureza;
g) epidemias, pandemias, envenenamento de caráter coletivo ou qualquer outra causa física que atinja maciçamente a população, assim declaradas por órgão competente.
h) prática de atos reconhecidamente perigosos que não sejam motivados por necessidade justificada, excetuando-se quando a morte ou a incapacidade decorrer do trabalho, utilização de meios de transporte mais arriscados, de prestação de serviço militar, da prática de esporte ou de atos de humanidade em auxílio de outrem.

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

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

6. ACEITAÇÃO DO GRUPO SEGURADO

6.1. Somente poderão ser incluídas no seguro, pessoas físicas ou jurídicas que contraíram Obrigação junto ao Estipulante, devidamente formalizada através de Contrato, e possuem intenção em amortizar a referida Obrigação.

6.2. Poderão ser feitas outras exigências para aceitação dos componentes no grupo, como o preenchimento do Questionário de Avaliação de Risco, incluindo a Declaração Pessoal ou prova de saúde.

6.3. O Proponente deverá preencher Proposta de Adesão que será submetida à análise de risco da Seguradora.

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

6.5. Condições Contratuais completas deste Seguro serão disponibilizadas aos Segurados previamente à formalização da proposta de adesão ao Seguro.

6.6. O prazo para aceitação ou recusa da Proposta de Adesão será de 25 (vinte e cinco) dias, sendo certo que a recusa da Proposta de Adesão deve ser comunicada por escrito.

6.7. A Seguradora poderá solicitar esclarecimentos ou a produção de exames ou documentos complementares. Neste caso, o prazo de 25 (vinte e cinco) dias previsto no item anterior será interrompido, tendo novo início a partir da data do recebimento pela Seguradora das informações adicionais solicitadas.

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

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

6.10. É facultado à Seguradora solicitar, para efeito de aceitação, informação ao Proponente ou ao Segurado quanto à contratação de outros seguros de pessoas com Coberturas concomitantes.

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

6.12. O Segurado que dolosamente descumprir o dever previsto no item 6.11 perde a garantia, sem prejuízo da dívida de prêmio e da obrigação de ressarcir as Despesas Incorridas pela seguradora.

6.13. Quando o descumprimento do dever previsto no item 6.11 não for doloso, o Segurado fica obrigado a pagar a diferença de prêmio apurada ou, se a garantia for tecnicamente impossível ou o fato corresponder a tipo de risco que não seja normalmente subscrito pela Seguradora, perderá a cobertura.

6.14. A Seguradora poderá, no prazo de 20 (vinte) dias após o recebimento do aviso de relevante agravamento do risco, cobrar do Segurado ou do Estipulante (em se tratando de seguro não contributário) a diferença de prêmio para o risco agravado ou, em se tratando de um risco tecnicamente impossível, dar ciência ao Segurado, por escrito, de sua decisão de cancelar o seguro, mediante notificação ao Segurado e/ou ao Credor.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

7. PRAZO DE CARÊNCIA

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

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

7.3. Para os fins deste Seguro, a caracterização da substituição somente ocorrerá no caso de a substituição ter sido informada pelo proponente na contratação deste Seguro.

7.4. Ocorrendo o sinistro no prazo de carência, caso o segurado torne-se inelegível à referida cobertura durante a vigência da apólice, a Seguradora poderá restituir ao Segurado ou Beneficiário(s) o valor do prêmio pago da cobertura, se houver.

7.5. Durante o Prazo de Carência estão excluídos da Cobertura os sinistros cuja causa exclusiva ou principal corresponda a estados patológicos preexistentes à fase de Proposta de Seguro não informados no Questionário de Risco.

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

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

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

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

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

8. VIGÊNCIA E RENOVAÇÃO DO SEGURO

8.1. Vigência da Apólice Coletiva

8.1.1. O início de vigência da Apólice Coletiva será estabelecido contratualmente, tendo seu início às (vinte e quatro) horas e término de vigência do seguro às 24:00 (vinte e quatro) horas das datas indicadas, respectivamente, na Apólice, nos Certificados Individuais do Seguro e nos endossos.

8.1.2. O prazo de vigência do Contrato de seguro será de 1 (um) ano, quando outro prazo não for estabelecido contratualmente ou no Certificado Individual do Seguro.

8.2. A Apólice Coletiva será automaticamente renovada, caso em até 30 (trinta) dias antes de seu término, a Seguradora ou Estipulante não comunique sua decisão de não renovar ou das eventuais modificações que pretenda fazer para a renovação.

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

8.3. Caso haja na renovação, alteração da Apólice que possa gerar efeitos contrários aos interesses dos Segurados e dos Beneficiários, deverá haver anuência prévia e expressa de pelo menos 3/4 (três quartos) do Grupo Segurado.

8.4. Vigência do Certificado Individual

8.4.1. 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.

8.4.2. Caso o credor e o devedor repactuarem o prazo original da Obrigação, a Seguradora deverá ser formalmente comunicada.

8.4.3. Na hipótese de redução do prazo original da Obrigação, o seguro permanecerá vigente até o término do novo prazo, sem prejuízo, se for o caso, da devolução do prêmio correspondente ao período remanescente.

8.4.4. Na hipótese da ampliação do prazo original da Obrigação, a Seguradora deverá se manifestar, dentro do prazo fixado na legislação aplicável, quanto ao interesse na extensão da vigência do seguro, bem como eventual ajuste do prêmio correspondente.

9. CANCELAMENTO DO SEGURO

9.1. A Apólice poderá ser cancelada:

a) a qualquer tempo, por mútuo acordo entre Seguradora e a Estipulante, desde que mediante anuência prévia e expressa de Segurados que representem, no mínimo ¾ (três quartos) do Grupo Segurado, respeitado o aviso prévio de 30 (trinta) dias.
b) automaticamente, se houver dolo por parte do Estipulante e/ou do Segurado, no ato da contratação ou durante toda a vigência do Contrato;
c) pelo atraso no pagamento do Prêmio conforme disposto no item 12. destas Condições Gerais, após o término do prazo de 90 (noventa) dias da última notificação ao Estipulante, se o pagamento não for regularizado.

9.1.1. O Segurado poderá solicitar o cancelamento do Certificado Individual a qualquer tempo, ainda que anteriormente à extinção da Obrigação.

9.2. A Cobertura de cada Segurado cessará:

a) quando a Obrigação for extinta, e quando o Segurado solicitar sua exclusão do Seguro
b) quando o Prêmio não for pago conforme o convencionado, observado o que dispuserem as Condições Contratuais no que diz respeito à inadimplência; e
c) no final do prazo de vigência da Apólice, se esta não for renovada.
d) com o cancelamento da Apólice por quaisquer das situações previstas no item 8.1;
e) quando o Segurado ou Estipulante solicitar sua exclusão da Apólice, mediante comunicação por escrito, com aviso prévio de 30 (trinta) dias, no mínimo;
f) quando o Segurado e ou o Estipulante deixarem de contribuir com sua parte do Prêmio, observado o disposto no item 13 destas Condições Gerais;
g) com o pagamento de Indenização em decorrência das Coberturas de Morte, Morte Acidental ou Invalidez Permanente Total por Acidente;
h) imediatamente, se constatada uma das hipóteses previstas na cobertura "Perda do Direito a Indenização" destas Condições Gerais.
i) com o desaparecimento do Vínculo entre o Segurado e o Credor / Estipulante, em função da quitação da Obrigação contraída;
j) quando ocorrer a quitação antecipada do Contrato relativo à Obrigação; devendo a Seguradora ser formalmente comunicada, sem prejuízo, se for o caso, da devolução do Prêmio pago referente ao período a decorrer.
k) A pedido do Segurado a qualquer tempo, ainda que anteriormente à extinção da Obrigação.

8.3. As Apólices não poderão ser canceladas durante a vigência pela Seguradora sob a alegação de alteração da natureza dos riscos.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

10.9. O seguro será considerado nulo de pleno direito nas seguintes hipóteses:

a). quando não houver interesse legítimo segurável sobre o objeto do seguro, e
b) quando não comprovado houver qualquer interesse legítimo do contratante sobre a vida do segurado.

10.10. Na ocorrência de qualquer das hipóteses de nulidade acima, o Segurado terá direito à devolução do Prêmio pago, deduzidas as despesas efetivamente realizadas pela Seguradora, desde que não haja má-fé comprovada por parte do Segurado ou Estipulante.

10.11. Em caso de má-fé, a Seguradora poderá reter integralmente o valor do prêmio pago, sem prejuízo da adoção de medidas legais cabíveis.

11. CUSTEIO DO SEGURO

11.1. Para fins deste Seguro e de acordo com o Contrato, o custeio será:

a) não contributário: em que os Segurados não pagam o Prêmio, recaindo o ônus totalmente sobre o Estipulante; ou
b) contributário: em que os Segurados pagam, total ou parcialmente, o Prêmio do seguro.

12. REAVALIAÇÃO DA TAXA DO SEGURO

12.1. A Seguradora poderá no aniversário da Apólice recalcular a taxa do seguro se a natureza dos riscos do seguro tornar-se inviável ou prejudicar o equilíbrio financeiro-atuarial.

12.1.1. Caso haja alteração de taxa que implique 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.

12.1.2. O aumento na taxa do seguro deverá ser realizado por Endosso ou Aditivo ao Contrato com concordância expressa e escrita do Estipulante ou Segurado.

13. COBRANÇA E PAGAMENTO DO PRÊMIO

13.1. É da responsabilidade do Estipulante a cobrança dos Prêmios dos Segurados, e o repasse dos prêmios, mediante quitação nos respectivos vencimentos nos prazos contratuais, das respectivas faturas de Seguro emitidas pela Seguradora ao Estipulante.

13.2. A responsabilidade do pagamento do Prêmio poderá ser do Segurado, no caso em que a cobrança for feita diretamente a este, conforme estabelecido contratualmente.

13.3. A periodicidade e a forma de pagamento dos Prêmios serão definidas no Contrato do seguro, podendo ser mensal, trimestral semestral, anual ou único.

13.4. Quando a data limite para pagamento do Prêmio cair em dia em que não haja expediente bancário o pagamento do Prêmio poderá ser efetuado no primeiro dia útil em que houver expediente bancário.

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

13.6. É vedada a cobrança de qualquer taxa de inscrição ou intermediação nos planos de Seguro.

13.7. 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 do Índice de Preços ao Consumidor Amplo (IPCA/IBGE) ambos contados desde a data do vencimento da parcela até o efetivo pagamento.

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

13.9. Devem ser observados os encargos estabelecidos em Contrato firmado entre o Segurado e o Estipulante, encargos estes totalmente desvinculados dos encargos indicados no item 13.8.

13.10. As regras e critérios para casos em existam mais de um proponente responsável pelos pagamentos da Obrigação, se houverem, serão estabelecidos nas Condições Particulares do Seguro.

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

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

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

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

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

13.16. Decorridos os prazos previstos na notificação de inadimplência, e não havendo a purgação da mora, a Seguradora estará suscetível à suspensão da Cobertura e poderá enviar nova notificação ao Segurado e ao Estipulante, informando sobre sua decisão em cancelar o Seguro, independentemente de haver parcela(s) em atraso intercalada(s) com parcela(s) paga(s).

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

13.18. Caso o Estipulante e/ou–Segurado recuse o recebimento da notificação ou não seja localizado no último endereço informado à Seguradora, o prazo para regularização da parcela em atraso, previsto na notificação, terá início na data em que a tentativa de entrega for considerada frustrada.

13.19. No caso de atraso de qualquer parcela do prêmio, exceto a primeira, as disposições das Cláusulas 13.17, 3.18 e 13.19 serão adotadas exclusivamente em relação ao Estipulante quando se tratar de suspensão ou cancelamento da Apólice Coletiva.

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

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

13.22. 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.

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

14. COBERTURA E CANCELAMENTO EM CASO DE NÃO PAGAMENTO DO PRÊMIO

14.1. Em caso de atraso no pagamento de qualquer parcela do prêmio, exceto a primeira, o Estipulante e o Segurado serão notificados por meio idôneo, com comprovação de recebimento, para regularizar o(s) pagamento(s) no prazo máximo de 15 (quinze) dias.

12.2. O Estipulante/Segurado deverá pagar as faturas em atraso, acrescidas dos encargos previstos no item 13.8 no prazo mencionado no item 13.5

14.2. Caso o Segurado ou o Estipulante recusem o recebimento da notificação ou não seja localizado no último endereço informado à Seguradora, o prazo para regularização da parcela em atraso, previsto na notificação, terá início na data em que a tentativa de entrega for considerada frustrada.

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

15. CAPITAL SEGURADO E DESPESAS DE SALVAMENTO

15.1. O Capital Segurado será fixo, ou seja, mantendo-se sem variação ao longo da vigência, independentemente da evolução do valor da Obrigação, conforme estabelecido nas Condições Contratuais e no Certificado Individual do Seguro, respeitado o limite máximo aplicável

15.2. Para a(s) cobertura(s) adicional(is), se contratada(s), o Capital Segurado poderá corresponder ao próprio valor da Obrigação ou a parcelas fixas referentes a este, de acordo com o estabelecido nas Condições Contratuais.

15.3. O valor máximo de cada parcela e a quantidade máxima de parcelas indenizáveis, serão estabelecidos nas Condições Contratuais e no Certificado Individual do Seguro.

15.4. Será considerado para efeito de pagamento de Indenização, o saldo devedor (ou parcelas) trazido a valor presente na data do evento.

15.5. Saldos (ou parcelas) em atraso na data do evento, assim como respectivas multas e/ou juros, não estão cobertos pelo seguro.

15.6. Para efeito de determinação do Capital Segurado considera-se data do evento, para a Cobertura básica, a data do falecimento.

15.7. Para a(s) Cobertura(s) adicional(is), se contratada(s), a data do evento será fixada na(s) respectiva(s) Cláusula(s) Adicional(is).

15.8. Será considerado para efeito de pagamento de Indenização, o saldo devedor (ou parcelas) trazido a valor presente na data do evento.

15.9. Saldos (ou parcelas) em atraso na data do evento, assim como respectivas multas e/ou juros, não estão cobertos pelo seguro.

15.10. Para efeito de determinação do Capital Segurado considera-se data do evento, para a Cobertura básica, a data do falecimento.

15.11. Para a(s) Cobertura(s) adicional(is), se contratada(s), a data do evento será fixada na(s) respectiva(s) Cláusula(s) Adicional(is).

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

15.13. A seguradora não estará obrigada a custear: (a) Despesas de contenção ou salvamento relativas à prevenção ordinária, incluindo qualquer tipo de manutenção, as quais são de responsabilidade exclusiva do Segurado; e (b) Despesas com medidas notoriamente inadequadas ou desproporcionais ao risco, considerando a garantia contratada para o tipo de sinistro iminente ou verificado.

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

15.15. A ocorrência de sinistros com efeitos parciais importa em redução do valor da garantia aplicável.
A seguradora não estará obrigada a custear:

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

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

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

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

16. ATUALIZAÇÃO DOS VALORES

16.1. Para esta modalidade de capital (fixo), o Capital Segurado bem como o Prêmio serão atualizados anualmente pela variação do Índice de Preços ao Consumidor Amplo (IPCA/IBGE).

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

17. BENEFICIÁRIOS

17.1. O primeiro Beneficiário é o próprio Credor / Estipulante até o valor do saldo devedor da Obrigação contraída ou do compromisso assumido, trazido a valor presente na data do evento, conforme estabelecido contratualmente e limitado ao Capital Segurado contratado.

17.2. Nos casos em que o Capital Segurado ultrapassar o saldo devedor da Obrigação ou do compromisso assumido junto ao Estipulante, a diferença será paga ao(s) Beneficiário(s), previamente indicado(s) pelo Segurado, no caso de seu falecimento, ou ao próprio Segurado, nas demais Coberturas.

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

18. OCORRÊNCIA DO EVENTO

18.1. 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).

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

I - Adotar, de forma imediata, todas as providências razoáveis e eficazes para evitar ou minimizar os efeitos do evento danoso;
II – Comunicar prontamente a seguradora, por qualquer meio idôneo que permita comprovação, e seguir as instruções recebidas para contenção dos danos ou salvamento dos bens segurados;
III – fornecer à Seguradora todos os elementos de que disponha sobre o sinistro, suas causas e consequências.
IV - O descumprimento doloso dos deveres previstos nesta cláusula implica a perda do direito à indenização ou ao capital segurado, sem prejuízo da dívida de prêmio e da obrigação de ressarcir as despesas efetuadas pela seguradora.

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

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

19. PAGAMENTO DO CAPITAL SEGURADO

19.1. Para o recebimento da Indenização, deverá ser comprovada satisfatoriamente a ocorrência do evento, bem como todas as circunstâncias a ele relacionadas, facultado à Seguradora quaisquer medidas tendentes à elucidação do fato.

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

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

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

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

19.6. Reconhecida a Cobertura, a Seguradora efetuará o pagamento da indenização no prazo máximo de 30 (trinta)

dias, a contar da data em que a Seguradora manifestou-se sobre a existência de Cobertura

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

19.8. A diferença entre a parcela da Indenização devida ao Credor e o Capital Segurado apurado na data do evento coberto, se houver, deverá ser paga ao próprio Segurado ou ao segundo Beneficiário indicado, conforme dispuserem as Condições Gerais.

19.9. O pagamento de Indenização decorrente do presente seguro será efetuado em até 30 (trinta) dias, após a entrega de todos os documentos básicos abaixo relacionados, observado o item 19.5 e 19.6, destas Condições Gerais:

19.10. Para as Coberturas adicionais de Desemprego Involuntário, Incapacidade Física Total e Temporária, Internação Hospitalar por Acidente ou Doença e Perda de Renda, se contratadas, o pagamento do Capital Segurado poderá ser efetuado sob forma de parcela(s) mensal(is), enquanto o Segurado permaneça na condição de desempregado, incapacitado ou internado, sempre observado o valor limite de parcelas/capital contratado e constante do certificado individual do Seguro.

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

19.12. Caso ao final do prazo indicado no item 19.12 não tenham sido entregues todos os elementos e documentos básicos solicitados, a indenização será negada e o procedimento de análise será encerrado, sendo possibilitado ao interessado efetuar novamente a comunicação do evento, para abertura de novo procedimento de análise junto à Seguradora.

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

19.14. As parcelas em atraso, juros e/ou multas decorrentes de eventual inadimplência no pagamento da obrigação por parte do segurado serão incorporados ao valor do capital segurado e consequentemente à indenização a ser paga ao primeiro beneficiário em caso de sinistro coberto.

19.15. Independentemente dos documentos acima, a Seguradora poderá consultar, livremente e a seu critério exclusivo, especialistas de sua indicação, para apurar comprovação ou não do evento.

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

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

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

19.18. Para a análise do pagamento da Indenização, respeitado o disposto nas Condições Gerais item 19., além do aviso de sinistro devidamente preenchido, deverão ser apresentados os seguintes documentos:

a) Morte

Não decorrente de acidente

Aviso de Sinistro preenchido e assinado (formulário padrão MetLife);
- Relatório médico informando desde quando o Segurado recebeu o primeiro diagnóstico das doenças registradas na Declaração/Certidão de Óbito, descrição da evolução clínica e data em que iniciou o tratamento;
- Cópia da Certidão de Óbito;
- Cópia do RG (Carteira de Identidade) e CPF (Cadastro de Pessoa Física);
- Cópia do Contrato de Financiamento;
- Declaração do Estipulante informando o saldo devedor, demonstrando o cálculo trazido a valor presente;

Documentação para habilitação do(s) Beneficiário(s):
- Cópia do RG (carteira de identidade), CPF (Cadastro de Pessoa Física) e comprovante de residência do(s) Beneficiário(s);
- "Autorização para Crédito" em conta corrente nominal a cada um do(s) Beneficiário(s);
- Cônjuge: Certidão de Casamento atualizada;
- Companheiro(a): Comprovação de união estável por ocasião da ocorrência do Sinistro;
- Filhos: Caso não tenha RG (carteira de identidade) e CPF (Cadastro de Pessoa Física), enviar Certidão de Nascimento;
- Pais ou Outros: RG (carteira de identidade), CPF (Cadastro de Pessoa Física)

b) Morte Acidental

Além dos documentos relacionados na alínea a) acima, providenciar:

- Cópia do Boletim de Ocorrência Policial (B.O.), se houver;
- Cópia do Laudo Necroscópico - I.M.L. (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 houver;
- Cópia da perícia do local de acidente, se houver.

c) Invalidez Permanente Total por Acidente (IPTA)

- Aviso de Sinistro preenchido e assinado (formulário padrão MetLife);
- 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 "Autorização para Crédito" preenchido e assinado pelo Segurado;
- Cópia do RG (carteira de identidade), C.P.F. (Cadastro de Pessoa Física) e comprovante de residência do Segurado;
- Cópia do Boletim de Ocorrência Policial (B.O.) ou da Comunicação de Acidente de Trabalho (C.A.T.), 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 houver
- Cópia do Contrato de Financiamento;
- Declaração do Estipulante informando o saldo devedor, demonstrando o cálculo trazido a valor presente.

Na hipótese de Contratantes Pessoa Jurídica, para as Coberturas de Morte, Morte Acidental ou Invalidez Permanente Total por Acidente, além dos documentos mencionados acima:

- Cópia do Contrato Social e última alteração que comprove a participação societária do Segurado há no mínimo 06 (seis) meses antes da data do evento coberto da empresa devedora ou Ficha Cadastral de Empresário Individual devidamente registrada na Junta Comercial ou Comprovante de cadastro de Microempreendedor Individual

d) Desemprego Involuntário (DI)

- Aviso de Sinistro preenchido e assinado (formulário padrão MetLife);
- formulário "Autorização para Crédito de Indenização" (formulário padrão MetLife) devidamente preenchido e assinado pelo Segurado;
- Cópia autenticada da Carteira de Trabalho, página da foto e qualificação civil, página do último Contrato de Trabalho, folha posterior ao Contrato (a autenticação deverá ocorrer após cumprido o período de franquia) e da página que comprove o recebimento do Seguro Desemprego, quando houver; (*) Ou Carteira de Trabalho Digital
- Cópia do RG (carteira de identidade), CPF (Cadastro de Pessoa Física) e do comprovante de residência do Segurado;
- Cópia do Contrato de Financiamento
- Cópia autenticada do Termo de Rescisão do Contrato de Trabalho homologado no TRT ou Sindicato;
- Cópia autenticada da Autorização de Movimento do Fundo de Cobertura por Tempo de Serviço (FGTS);
- Cópia autenticada do último extrato do Fundo de Garantia por Tempo de Serviço caso tenha sido fornecido pela empresa;
- Declaração do Estipulante informando o saldo devedor, demonstrando o cálculo trazido a valor presente.

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

e) Incapacidade Física Total e Temporária (ITT)

- Aviso de Sinistro preenchido e assinado (formulário padrão MetLife);
- formulário "Autorização para Crédito de Indenização" (formulário padrão MetLife), devidamente preenchido e assinado pelo Segurado;
- Cópia do RG (carteira de identidade), CPF (Cadastro de Pessoa Física) e do comprovante de residência do Segurado;
- Exames médicos complementares realizados;
- Cópia do Contrato de Financiamento
- Comprovante de recolhimento do INSS ou Recibo de Pagamento Autônomo (RPA) - os três últimos anteriores ao afastamento - ou Declaração do imposto de renda ou Carnê leão – último;
- Cópia da comprovação contábil/fiscal da atividade profissional nos 3 (três) meses que antecedem ao afastamento;
- Declaração do Estipulante informando o saldo devedor, demonstrando o cálculo trazido a valor presente.

f) Internação Hospitalar por Acidente ou Doença (IHAD)

- 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 enfermaria e UTI;
- Cópia do BO (Boletim de Ocorrência Policial) e/ou CAT (Comunicação de Acidente do Trabalho), se houver;

• Cópia da CNH (Carteira Nacional de Habilitação), em caso de acidente com veículo dirigido pelo Segurado;
Cópia do Laudo do Exame de Dosagem Alcoólica e/ou Toxicológico, se realizado(s);
Cópia do laudo da perícia técnica realizada no local do acidente, se houver;
Cópia do resultado de exames complementares realizados;
Cópia da Ficha de Registro de Empregado, quando tratar-se de Apólice Coletiva, cujo Vínculo prévio seja empregatício;
Cópia dos 3 (três) últimos comprovantes de salário, quando tratar-se de Apólice Coletiva, cujo Vínculo prévio seja empregatício;
Cópia do Certificado Individual do Seguro;
Cópia da Conta da Concessionária com vencimento imediatamente anterior à ocorrência do Sinistro, quando tratar-se de Apólice cuja cobrança seja efetuada por intermédio de Conta de Concessionária;
Cópia do comprovante de quitação da Conta da Concessionária indicada no item anterior.
• Todos os resultados de exames comprobatórios do acidente ou doença, de Clínicas, Consultórios e Hospitais, exames laboratoriais, laudo do médico-assistente e quaisquer outros documentos referentes ao evento.
• Laudo de Exame de Corpo Delito (IML) quando realizado

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

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

g) Perda de Renda (PR)

• Aviso de Sinistro preenchido e assinado (formulário padrão MetLife);
Cópia autenticada da Carteira de Trabalho, página da foto e qualificação civil, página do último Contrato de Trabalho, folha posterior ao Contrato (a autenticação deverá ocorrer após cumprido o período de franquia) e da página que comprove o recebimento do Seguro Desemprego, quando houver; (*) Ou Carteira de Trabalho Digital
• Cópia do RG (carteira de identidade), CPF (Cadastro de Pessoa Física) e do comprovante de residência do Segurado;
• Cópia do Contrato de Financiamento
• Declaração do Credor informando o saldo devedor, demonstrando o cálculo trazido a valor presente, quando esta for a modalidade de cálculo da Indenização
• Cópia autenticada do Termo de Rescisão do Contrato de Trabalho homologado no TRT ou Sindicato;
• Cópia autenticada da Autorização de Movimento do Fundo de Cobertura por Tempo de Serviço (FGTS);
• Cópia autenticada do último extrato do Fundo de Garantia por Tempo de Serviço caso tenha sido fornecido pela empresa.
• Extrato do Cartão de Crédito com o primeiro vencimento subsequente à data de Sinistro e que conste a Obrigação (cópia legível), quando este for o meio de pagamento do Seguro.

Para a análise do pagamento da Indenização em caso de Segurado que trabalhe como profissional liberal ou autônomo, deverão ser apresentados os respectivos documentos básicos, a seguir relacionados:

• Aviso de Sinistro preenchido e assinado (formulário padrão MetLife);
• Relatório médico informando desde quando o Segurado recebeu o primeiro diagnóstico do quadro médico apresentado, bem como descrição da evolução clínica e data em que iniciou o tratamento. No caso de acidente, deverá conter a data do acidente, o percentual do déficit funcional apresentado por segmento, a data de confirmação da alta médica e, obrigatoriamente, da reabilitação;
• Exames médicos complementares realizados;
• Cópia do RG (carteira de identidade), CPF (Cadastro de Pessoa Física) e do comprovante de residência do Segurado;
• Exames médicos complementares realizados;
• Cópia do Contrato de Financiamento
• Comprovante de recolhimento do INSS ou Recibo de Pagamento Autônomo (RPA) - os três últimos anteriores ao afastamento - ou Declaração do imposto de renda ou Carnê leão – último;
• Cópia da comprovação contábil/fiscal da atividade profissional nos 3 (três) meses que antecedem ao afastamento.
• Declaração do Credor informando o saldo devedor, demonstrando o cálculo trazido a valor presente, quando esta for a modalidade de cálculo da Indenização;
• Extrato do Cartão de Crédito com o primeiro vencimento subsequente à data de Sinistro e que conste a Obrigação (cópia legível), quando este for o meio de pagamento do Seguro.

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

• A Invalidez Laborativa Total Permanente por Doença Profissional, cujas são adquiridas no ambiente de trabalho deve ser comprovada por relatório médico detalhado pelo médico-assistente do Segurado justificando seu estado de invalidez, acompanhado dos laudos e resultados de exames clínicos e laboratoriais a que o Segurado tiver se submetido e que também comprovem sua invalidez.
• **A aposentadoria por invalidez concedida por instituições oficiais de previdência social, assim como por órgãos do poder público e por outras instituições público-privadas, precede a avaliação do sinistro, mas não caracteriza, por si só, a Invalidez Laborativa Total Permanente por Doença Profissional.**

- Para análise do pagamento da Indenização, deverão ser apresentados os respectivos documentos básicos, a seguir relacionados:
- Formulário “Aviso de Sinistro”, devidamente preenchido e assinado pelo Segurado;
- Cópia do Contrato de Financiamento
- Relatório médico informando o(s) diagnóstico(s) da(s) doença(s) profissional, com sua(s) data(s), tratamento realizado, prescrições futuras, se foram esgotadas todas as possibilidades terapêuticas para o caso e a data da caracterização da invalidez como total e definitiva;
- Exames comprobatórios do diagnóstico, para posterior devolução;
- Carta de Concessão de Auxílio Doença ou de Aposentadoria, expedidas pelo INSS, caso existam
- Formulário “Autorização para Crédito de Indenização”, devidamente preenchido e assinado pelo Segurado;
- Cópias do RG. (cédula de identidade), CPF (Cadastro de Pessoas Físicas) e comprovante de residência do Segurado;
- Quando o vínculo for empregatício: Cópia da Ficha de Registro do empregado;
- Quando o vínculo for de prestação de serviços: Cópia do Contrato;
- Cópia dos 03 (três) últimos comprovantes de salário, quando o vínculo for empregatício;
- Cópia dos 03 (três) últimos demonstrativos de pagamentos ou nota fiscal, quando o vínculo for de prestação de serviços.
- Declaração do Estipulante informando o saldo devedor, demonstrando o cálculo trazido a valor presente.

i) Doenças Graves

Diagnóstico de Câncer – (DC)
- Aviso de sinistro preenchido e assinado (formulário padrão MetLife); formulário “Autorização para Crédito de Indenização” (formulário padrão MetLife), devidamente preenchido e assinado pelo Segurado;
- Cópias do RG (cédula de identidade), CPF (Cadastro de Pessoas Físicas) e comprovante de residência do Segurado;
- Relatório médico informando desde quando o segurado recebeu o primeiro diagnóstico das doenças registradas na Declaração/Certidão de Óbito, descrição da evolução clínica e data em que iniciou o tratamento;
- Cópia de todos os documentos médicos e exames realizados;
- Cópia da Ficha de Registro do empregado, quando se tratar de Apólice Coletiva, cujo Vínculo prévio seja empregatício.
- Cópia dos 3 (três) últimos comprovantes de salário, quando se tratar de Apólice Coletiva, cujo Vínculo prévio seja empregatício;
- Cópia do Certificado Individual do Seguro;
- Cópia da Conta da Concessionária com vencimento imediatamente anterior à ocorrência do Sinistro, quando tratar-se de Apólice cuja cobrança seja efetuada por intermédio de Conta de Concessionária;
- Cópia do comprovante de quitação da Conta da Concessionária indicada no item anterior;
- Resultado do exame Anátomo- Patológico, comprovando a malignidade do Câncer;
- Relatório do médico assistente constando: nome do paciente, história clínica, tempo de evolução da doença, estadiamento, diagnóstico (CID-10), tratamento proposto e identificação do médico (nome e nº do CRM-UF);
- Na ausência do exame Anátomo-Patológico, poderão ser solicitados, a critério da seguradora, exames laboratoriais e de imagem que comprovem o diagnóstico.

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

Diagnóstico Insuficiência Renal Crônica – (DIRC)
- Aviso de sinistro preenchido e assinado (formulário padrão MetLife);
- formulário “Autorização para Crédito de Indenização” (formulário padrão MetLife), devidamente preenchido e assinado pelo Segurado;

- Cópias do RG (cédula de identidade), CPF (Cadastro de Pessoas Físicas) e comprovante de residência do Segurado;
- Relatório médico informando desde quando o segurado recebeu o primeiro diagnóstico das doenças registradas na Declaração/Certidão de Óbito, descrição da evolução clínica e data em que iniciou o tratamento;
- Cópia de todos os documentos médicos e exames realizados;
- Cópia da Ficha de Registro do empregado, quando se tratar de Apólice Coletiva, cujo Vínculo prévio seja empregatício.
- Cópia dos 3 (três) últimos comprovantes de salário, quando se tratar de Apólice Coletiva, cujo Vínculo prévio seja empregatício;
- Cópia do Certificado Individual do Seguro;
- Cópia da Conta da Concessionária com vencimento imediatamente anterior à ocorrência do Sinistro, quando tratar-se de Apólice cuja cobrança seja efetuada por intermédio de Conta de Concessionária;
- Cópia do comprovante de quitação da Conta da Concessionária indicada no item anterior;
- Comprovação de uremia através de exames laboratoriais (aumento da ureia, aumento da creatinina e diminuição do clearance de creatinina, diminuição da taxa de filtração glomerular);
- No caso de persistência da dúvida diagnóstica, poderá ser solicitado, a critério da seguradora, análise do prontuário médico e/ou perícia médica.

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

Diagnóstico de Infarto Agudo do Miocárdio – (DIAM)
- Aviso de sinistro preenchido e assinado (formulário padrão MetLife);
- Formulário “Autorização para Crédito de Indenização” (formulário padrão MetLife), devidamente preenchido e assinado pelo Segurado;
- Cópias do RG (cédula de identidade), CPF (Cadastro de Pessoas Físicas) e comprovante de residência do Segurado;
- Relatório médico informando desde quando o segurado recebeu o primeiro diagnóstico das doenças registradas na Declaração/Certidão de Óbito, descrição da evolução clínica e data em que iniciou o tratamento;
- Cópia de todos os documentos médicos e exames realizados;
- Cópia da Ficha de Registro do empregado, quando se tratar de Apólice Coletiva, cujo Vínculo prévio seja empregatício.
- Cópia dos 3 (três) últimos comprovantes de salário, quando se tratar de Apólice Coletiva, cujo Vínculo prévio seja empregatício;
- Cópia do Certificado Individual do Seguro;
- Cópia da Conta da Concessionária com vencimento imediatamente anterior à ocorrência do Sinistro, quando tratar-se de Apólice cuja cobrança seja efetuada por intermédio de Conta de Concessionária;
- Cópia do comprovante de quitação da Conta da Concessionária indicada no item anterior;

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

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

• Cópia da Conta da Concessionária com vencimento imediatamente anterior à ocorrência do Sinistro, quando tratar-se de Apólice cuja cobrança seja efetuada por intermédio de Conta de Concessionária;
• Cópia do comprovante de quitação da Conta da Concessionária indicada no item anterior;
• Exame de Imagem: Tomografia Computadorizada ou Ressonância Magnética mostrando áreas de isquemia ou de hemorragia cerebral recentes e Angiografia Cerebral (em caso de dúvida do diagnóstico) mostrando interrupção do fluxo sanguíneo (isquemia) ou extravasamento de sangue em alguma região do cérebro;
• No caso de persistência da dúvida diagnóstica, poderá ser solicitado, a critério da seguradora, análise do prontuário médico e/ou perícia médica.

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

19.20. O não fornecimento da documentação solicitada acarreta a suspensão do prazo para pagamento da Indenização.

19.21. Independentemente dos documentos acima, a Seguradora poderá consultar, livremente e a seu critério exclusivo, especialistas de sua indicação, para apurar comprovação ou não do evento.

19.22. A documentação listada acima 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.

19.23. A Seguradora poderá, de forma justificada, solicitar documentos complementares ao Segurado ou Beneficiário, sendo que, a solicitação de documentos complementares suspende o prazo previsto no item 19.3. por, no máximo, 1 (uma) vez, reiniciando-se a contagem no primeiro dia útil subsequente ao atendimento integral da solicitação.

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

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

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

19.27. As parcelas em atraso, juros e/ou multas decorrentes de eventual inadimplência no pagamento da obrigação por parte do segurado serão incorporados ao valor do capital segurado e consequentemente à indenização a ser paga ao primeiro beneficiário em caso de sinistro coberto.

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

19.29. As providências ou atos que a Seguradora praticar após o Sinistro não importam, por si só, no reconhecimento da obrigação de pagar qualquer Indenização.

20. PERÍCIA MÉDICA/JUNTA MÉDICA

20.1. A Seguradora poderá, a seu critério, submeter o Segurado a exame (perícia) para comprovação da invalidez e/ou avaliação do nível de incapacidade e/ou do período indicado de afastamento. No caso de divergências e dúvidas de natureza médica relacionada ao objeto do Seguro, sobre a causa, natureza ou extensão das lesões, bem como a avaliação da incapacidade ou invalidez ou ainda sobre matéria médica não prevista expressamente na Apólice 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.

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

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

21. PERDA DO DIREITO À INDENIZAÇÃO

21.1. Se o Segurado, seu representante legal, ou seu corretor de seguros fizer declarações inexatas ou omitir circunstâncias necessárias à aceitação da proposta e à fixação da taxa para cálculo do valor do prêmio, de acordo com o Questionário de Risco submetido pela Seguradora, o Segurado:
Quando as declarações inexatas ou omissões ocorrerem de forma dolosa, perderá a garantia, sem prejuízo da dívida de prêmio e da obrigação de ressarcir as despesas efetuadas pela Seguradora, . ou;

ii) Quando as declarações inexatas ou omissões ocorrerem de forma culposa, terá sua garantia reduzida proporcionalmente à diferença entre o prêmio pago e o que seria devido caso prestadas inicialmente as informações que foram posteriormente reveladas.

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

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

21.3. O Segurado perderá o direito à Indenização 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 Beneficiário tentar obter vantagem indevida com o Sinistro;
c) Omitir ou prestar informações falsas à Seguradora dolosamente;
d) Provocar dolosamente o sinistro, exceto quando se tratar da hipótese de suicídio, que obedecerá a disposição do PERÍODO DE CARÊNCIA;
e) Tiver prévia ciência de prática delituosa por parte do Beneficiário em causar o sinistro.
f) Deixar de avisar prontamente a Seguradora, por qualquer meio idôneo ou deixar de prestar todas as informações de que disponha sobre o sinistro, suas causas e consequências, sempre que questionado a respeito pela Seguradora.
g) cometer fraude por ocasião da reclamação do sinistro

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

22. OBRIGAÇÕES DAS PARTES CONTRATANTES

22.1. Compete à Seguradora garantir o pagamento de Indenização aos Segurados, Estipulante e/ou Beneficiário(s), quando da ocorrência dos eventos garantidos por essa Apólice, nos termos destas Condições Gerais, Coberturas Adicionais e Contrato do Seguro.

20.2. Sem prejuízo das demais obrigações previstas nestas Condições Gerais e, se houver, nas Coberturas Adicionais e no Contrato, constituem obrigações do Estipulante:

a) fornecer todas as informações necessárias à aceitação da proposta e à fixação da taxa para cálculo do valor do prêmio,incluindo dados cadastrais, conforme lhe for solicitado pela Seguradora manter a Seguradora informada a respeito dos dados cadastrais dos Segurados, alterações na natureza do risco coberto, bem como quaisquer eventos que possam, no futuro, resultar em Sinistro, de acordo com o definido contratualmente;
b) Assistir o segurado ou o beneficiário durante a execução do contrato e fornecer ao segurado, sempre que solicitado, informações relativas ao seguro contratadoao ;
c) repassar os prêmios à seguradora, nos prazos estabelecidos contratualmente, caso seja responsável pelo recolhimento dos prêmios;
d) repassar aos segurados todas as comunicações ou avisos inerentes à apólice coletiva, quando for responsável por tais ações;
e) discriminar a razão social e, se for o caso, o nome fantasia da sociedade seguradora responsável pelo risco nos documentos, comunicações e materiais de comercialização e publicidade referentes ao seguro;
f) comunicar, de imediato, à seguradora, a ocorrência de qualquer sinistro, ou expectativa de sinistro, referente ao grupo que representa, assim que deles tiver conhecimento, quando esta comunicação estiver sob sua responsabilidade;
g) dar ciência aos segurados dos procedimentos e prazos estipulados para a liquidação de sinistros;
h) comunicar, de imediato, à Susep, quaisquer procedimentos que considerar irregulares quanto ao seguro contratado;
i) fornecer à Susep quaisquer informações solicitadas, dentro do prazo por ela estabelecido;
j) Informar com destaque aos segurados ou beneficiários, nas propostas de adesão, nos questionários e nos demais documentos do contrato, as quantias eventualmente recebidas da seguradora pelos serviços prestados;
k) fornecer ao Beneficiário indicado a título oneroso, tão logo quanto possível, certificado e condições contratuais do seguro;
l) cumprir as obrigações e os deveres do contrato, salvo os que por sua natureza devam ser cumpridos pelo Segurado ou pelo Beneficiário; e
m) informar tudo de relevante que souber ou que deveria saber a respeito do interesse e do risco a serem garantidos, de acordo com as regras ordinárias de conhecimento.

23. MATERIAL DE DIVULGAÇÃO

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

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

24. CUMPRIMENTO DAS LEIS ANTICORRUPÇÃO

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 11.129/22, proíbem qualquer oferta direta ou indireta, pagamento ou recebimento de dinheiro ou qualquer coisa de valor de/para qualquer pessoa (inclusive, sem limitação, qualquer servidor público, organização internacional, partido político, oficial de partido ou candidato a cargos políticos) para fins de obter, manter ou instruir negócios, garantir qualquer vantagem imprópria na condução de negócios ou aliciar a realização imprópria de qualquer função pública ou comercial. O Estipulante declara e garante que durante o cumprimento de suas obrigações segundo as presentes Condições Gerais, não ofertou tampouco realizou, e concorda que não ofertará tampouco fará nenhum pagamento proibido.

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

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

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.

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

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

28. FORO

28.1. Fica eleito o foro de domicílio do Segurado ou do Beneficiário, conforme o caso, para dirimir quaisquer dúvidas relacionadas às presentes Condições Gerais.

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 renová-lo na data de vencimento, independentemente do tempo de relação contratual

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

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

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

29.9. Na ocorrência de evento coberto, caso o valor da Obrigação financeira devida ao Credor seja menor do que o valor a ser indenizado no seguro prestamista, a diferença apurada será paga ao próprio Segurado ou ao segundo Beneficiário indicado.

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

29.11. O corretor de seguros é responsável por entregar ao segurado, beneficiário ou estipulante todos os documentos e informações que lhe forem confiados, como apólices, certificados e comunicações, em até 5 (cinco) dias úteis após o recebimento. Se houver risco de perda de algum direito — como prazo para comunicar um sinistro ou solicitar uma cobertura — o corretor deverá fazer a entrega o mais rápido possível, garantindo que o segurado possa exercer seus direitos dentro do prazo legal.

29.12. O Corretor, Estipulante e Representante (Intermediários) são obrigados a agir com lealdade e boa-fé e prestar informações completas e verídicas sobre todas as questões envolvendo a formação e a execução do contrato.

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

CONDIÇÕES ESPECIAIS COBERTURA DE MORTE

1. OBJETIVO

1.1. Esta Cobertura, garante o pagamento de uma Indenização ao Credor, 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 3.1.2. 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. 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 09, 14 e 21 das Condições Gerais.

7. PRÊMIO

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

8. ÂMBITO TERRITORIAL DE COBERTURA

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

9. Carência

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

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

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

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

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

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

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

10 . DISPOSIÇÕES GERAIS

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

CONDIÇÕES ESPECIAIS DE MORTE ACIDENTAL (MA)

1. OBJETIVO

1.1. Esta Cobertura, desde que contratada, garante o pagamento de uma Indenização ao Credor, em caso de morte do Segurado decorrente Acidente Pessoal, **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 3.1.2.Aplicam-se os riscos excluídos do item 5 das Condições Gerais, estão também excluídos os eventos ocorridos em consequência, direta ou indireta de e/ou relacionados a:

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

4. CAPITAL SEGURADO

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

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

5. 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 09, 14 e 21 das Condições Gerais.

7. PRÊMIO

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

8. ÂMBITO TERRITORIAL DE COBERTURA

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

9. DISPOSIÇÕES GERAIS

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

CONDIÇÕES ESPECIAIS COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL POR ACIDENTE (IPTA)

1. OBJETIVO

1.1. Esta Cobertura, desde que contratada, garante o pagamento de uma Indenização ao Credor, em caso de Invalidez Permanente e Total do Segurado, decorrente de Acidente Pessoal, **exceto se decorrente de Riscos Excluídos, observados os demais termos desta Cobertura Adicional, das Condições Gerais e do Contrato.**

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: é a perda ou impotência funcional definitiva e total de membros ou órgãos, decorrente de lesão física causada por 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 e Total por 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

2.2.1 Nos casos de perda parcial ou redução de funções de membros e/ou órgãos, sem aboli-los por completo, não haverá Indenização a ser paga, pois a Cobertura estabelecida nesta Cobertura Adicional limita-se a riscos de Invalidez Permanente Total por Acidente.

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

2.2.3 Ainda que do mesmo acidente resulte mais de uma situação prevista acima, a Indenização não poderá exceder a 100% (cem por cento) do Capital Segurado contratado para esta Cobertura Adicional.

3. RISCOS EXCLUÍDOS

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

a) 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.

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 09, 14 e 21 das Condições Gerais.

7. PRÊMIO

7.1. O Prêmio referente a esta Cobertura Adicional estará previsto contratualmente e no Certificado Individual de Seguro.

8. ÂMBITO TERRITORIAL DE COBERTURA

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

9. DISPOSIÇÕES GERAIS

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

CONDIÇÕES ESPECIAIS COBERTURA DE DESEMPREGO INVOLUNTÁRIO (DI)

1. OBJETIVO

1.1. Esta Cobertura desde que contratada, garante o pagamento de uma Indenização ao Credor, em caso de rescisão do Contrato de trabalho do Segurado, não motivada por justa causa por parte do empregador, **exceto se decorrente de Riscos Excluídos e observadas as disposições desta Cobertura e as constantes das Condições Gerais.**

2. ELEGIBILIDADE

2.1. Somente serão considerados elegíveis ao recebimento da Indenização, os Segurados que na data do desligamento, na rescisão do Contrato de trabalho, tiverem vínculo empregatício, sujeito exclusivamente ao regime da CLT (Consolidação das Leis do Trabalho), apresentando mínimo de 12 (doze) meses ininterruptos de duração do Contrato de Trabalho para o atual empregador.

2.1.1. O vínculo empregatício do Segurado deve ser mantido com uma pessoa física ou jurídica, através de Contrato de trabalho formalizado pela Carteira Profissional (CTPS) e que receba pagamentos periódicos consecutivos, com uma jornada mínima de 30 (trinta) horas semanais na data do evento.

2.1.2. Após um evento de desemprego involuntário indenizado, o Segurado deverá comprovar novo período de 12 (doze) meses de trabalho contínuo e ininterrupto para um mesmo empregador para que venha a ser elegível à Indenização de um segundo evento de desemprego involuntário.

2.1.3 Não serão elegíveis à Indenização as pessoas que contratarem o seguro no período de aviso prévio, cumprido ou indenizado.

3. CARÊNCIA

3.1. É o período de até 180(cento e oitenta) dias contados a partir da data do início de vigência individual do Seguro durante o qual o Segurado não terá direito à cobertura descrita nesta cobertura. Este período será expresso no Certificado Individual do Seguro

4. FRANQUIA

4.1. É o período de até 90 (noventa) dias ininterruptos, contados a partir da data do evento coberto, durante o qual não há Cobertura pelo seguro, suportando o Segurado as consequências do evento gerador. Este período será expresso no Certificado Individual do Seguro e será contado em cada evento coberto.

5. RISCOS EXCLUÍDOS

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

a) abandono de emprego ou pedido voluntário de demissão pelo empregado;
b) adesão do empregado a programas de demissão voluntária (PDV) de qualquer natureza ou incentivada e/ou por acordo coletivo de trabalho;
c) demissão quando o Segurado é funcionário direto de parente, consanguíneo ou afim;
d) acordo entre empregado e empregador;
e) dispensa do empregado por justa causa;
f) jubilação, exoneração, pensão ou aposentadoria por qualquer causa;
g) perda de emprego decorrente da falência, concordata e recuperação judicial ou extrajudicial do empregador;
h) prestação de Serviço Militar;
i) campanhas de demissões em massa. Para fins de aplicação deste seguro, considera-se demissão em massa empresas que demitam mais de 10% (dez por cento) de seu quadro de pessoal no prazo de seis meses contados a partir do primeiro Sinistro avisado;
j) extinção automática ou término do Contrato de trabalho, quando o Contrato tiver prazo determinado (Contrato a termo);
k) quando o Segurado for profissional liberal;
l) Demissão motivada por guerra, revolução ou assemelhados;
m) quando o Segurado for membro do conselho de administração da empresa
n) dispensa com imediata admissão em outra empresa seja ela ou não, do mesmo grupo econômico, coligada, filiada, associada, subsidiária e/ou acionista.
o) contratação e/ou início de vigência do seguro dentro do período de Aviso Prévio, cumprido ou indenizado.

6. CAPITAL SEGURADO

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

6.2. Para fins desta cobertura, considera-se data do evento a data desligamento indicada no Termo de Rescisão do Contrato de Trabalho e/ou na Carteira de Trabalho (CTPS), data que deve incluir o aviso prévio cumprido ou indenizado. Caso a data de desligamento indicada no Termo de Rescisão e/ou Carteira de Trabalho (CTPS) não contemple o período de aviso prévio, cumprido

ou indenizado, tal período deverá ser computado para caracterização da data do evento.

7. VIGÊNCIA

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

8. CESSAÇÃO DE COBERTURA

8.1. Para fins desta cobertura se aplicam as hipóteses previstas nos itens 09, 14 e 21 das Condições Gerais.

9. PRÊMIO

9.1 O Prêmio referente a esta Cobertura estará previsto contratualmente.

10. ÂMBITO TERRITORIAL DE COBERTURA

10.1. Esta Cobertura abrange os eventos ocorridos no Brasil.

11. REINTEGRAÇÃO

11.1. A reintegração do Capital Segurado da Cobertura desta Cobertura é automática após cada evento, observado o disposto no item **2.1.2** acima.

12. 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.

CONDIÇÕES ESPECIAIS COBERTURA DE INCAPACIDADE FÍSICA TOTAL E TEMPORÁRIA (ITT)

1. OBJETIVO

1.1 Esta Cobertura desde que contratada, garante o pagamento de uma Indenização ao Estipulante / Credor, caso o Segurado sofra um estado de incapacidade física total e temporária em decorrência de acidente ou doença que o impeça de realizar sua atividade laborativa, **exceto se decorrente de Riscos Excluídos e observadas as disposições desta Cobertura e as constantes das Condições Gerais.**

2. ELEGIBILIDADE

2.1. Somente terá direito a esta Cobertura o Segurado, profissional liberal ou autônomo em atividade profissional, que possua documento contábil/fiscal comprobatório da atividade exercida.

2.2. Após um evento de incapacidade física total e temporária indenizado, o Segurado somente estará elegível à Indenização de um segundo evento de Incapacidade Física Total e Temporária, após 6 (seis) meses, a partir da data do pagamento total do Capital Segurado.

3. CARÊNCIA

3.1. É o período de até 180 (cento e oitenta) dias contados a partir da data do início de vigência individual do Seguro durante o qual o Segurado não terá direito à cobertura descrita nesta cobertura. Este período será expresso no Certificado Individual do Seguro.

3.2. Para os eventos decorrentes de acidentes pessoais não haverá Carência.

4. FRANQUIA

4.1. É o período de até 15 (quinze) dias ininterruptos, contados a partir da data do evento coberto, durante o qual não há Cobertura pelo seguro, suportando o Segurado as consequências do evento gerador. Este período será expresso no Certificado Individual do Seguro e será contado em cada evento coberto.

5. RISCOS EXCLUÍDOS

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

a) gravidez;
b) procedimentos e/ou tratamentos, clínicos ou cirúrgicos, para esterilidade, infertilidade, inseminação artificial, impotência sexual, controle de natalidade, , bem como suas consequências, inclusive períodos de convalescença a eles relacionados;
c) tratamentos clínicos ou cirúrgicos com finalidade estética, salvo quando necessárias à restauração das funções alteradas em razão de Sinistro ocorrido na vigência do seguro;
d) cirurgias plásticas (estéticas ou não) e períodos de convalescença a elas relacionados;
e) tratamentos para obesidade, em qualquer modalidade, inclusive gastroplastia redutora;
f) tratamentos para senilidade, geriatria, rejuvenescimento, repouso, convalescença e suas consequências;
g) tratamentos odontológicos e ortodônticos de quaisquer espécies, salvo quando decorrentes de Acidente Pessoal, ocorridos dentro do período de vigência do seguro;
h) doenças degenerativas da coluna vertebral, com exceção de tratamento cirúrgico;
i) doenças crônicas, mesmo em fase aguda, entendendo-se como tal aquelas caracterizadas por sua evolução longa e insidiosa, com período de melhora e piora, não respondendo satisfatoriamente a procedimentos terapêuticos;
j) doenças de características reconhecidamente progressivas, tais como fibromialgia, artrite reumatoide, osteoartrose, dor miofascial, esclerose múltipla, doença de Alzheimer, Doença de Parkinson, entre outras;
k) prática de atos reconhecidamente perigosos que não sejam motivados por necessidade justificada, excetuando-se os casos que provierem da utilização de meios de transporte mais arriscado, de prestação de serviço militar, da prática de esporte ou de atos de humanidade em auxílio de outrem;
l) eventos causados exclusivamente pela não utilização, pelo Segurado, de equipamentos de segurança exigidos por lei;
m) eventos causados exclusivamente pela ausência de habilitação do Segurado para condução de veículo automotor;
n) eventos em que o Segurado tenha intencionalmente atentado contra a vida e integridade física de outrem consumado ou não, exceto em caso de legítima defesa ou assistência à pessoa em perigo.

6. CAPITAL SEGURADO

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

6.2. Para fins desta cobertura, considera-se data do evento, a data do afastamento do Segurado de suas atividades profissionais.

7. VIGÊNCIA

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

8. CESSAÇÃO DE COBERTURA

8.1. Para fins desta cobertura se aplicam as hipóteses previstas nos itens 09, 14 e 21 das Condições Gerais.

9. PRÊMIO

9.1 O Prêmio referente a esta Cobertura estará previsto contratualmente.

10. ÂMBITO TERRITORIAL DE COBERTURA

10.1. Esta Cobertura abrange os eventos ocorridos no Brasil.

11. REINTEGRAÇÃO

11.1. A reintegração do Capital Segurado da Cobertura desta Cobertura é automática após cada evento, observado o disposto no item **2.1.2** acima.

12. DISPOSIÇÕES GERAIS

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

CONDIÇÕES ESPECIAIS COBERTURA DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR POR ACIDENTE OU DOENÇA (IHAD)

1. OBJETIVO

1.1. Esta cobertura, desde que contratada, garante o pagamento de uma Indenização ao Estipulante/Credor, em caso de internação hospitalar do Segurado em decorrência de Acidente Pessoal ou Doença, **exceto se decorrente de Riscos Excluídos, observados os demais termos desta cobertura, das Condições Gerais e as demais Disposições Contratuais**.

1.2. As Indenizações previstas nesta cobertura serão devidas após decorrido o período de Franquia e respeitado o Limite Máximo de Parcelas Indenizáveis, conforme estabelecido contratualmente.

2. ELEGIBILIDADE

2.1. Somente terá direito a esta cobertura o Segurado, Profissional Autônomo e Liberal NÃO Regulamentado, conforme definido no item 3.31. das Condições Gerais, e segurados que não exerçam atividades remuneradas.

3. DEFINIÇÕES

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

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

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

3.3. Hospitalização: é a permanência em hospital por período mínimo de **no máximo de 15 (quinze) dias ininterruptos,** em regime de internação, caracterizada pela utilização de acomodação, qualquer que seja o tipo, para tratamento médico-hospitalar que não possa ser realizado em residência. Observado o estabelecido contratualmente

3.4. Limite Máximo de Parcelas Indenizáveis: é a quantidade máxima de Parcelas a que o Segurado fará jus enquanto o mesmo estiver hospitalizado por motivo de Acidente Pessoal ou doença, a contar do término do período de Franquia. Observado o Limite Máximo de Parcelas Indenizáveis estabelecido contratualmente.

4. RISCOS EXCLUÍDOS

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

a) perturbações e intoxicações alimentares de qualquer espécie;
b) eventos causados exclusivamente pela não utilização, pelo Segurado, de equipamentos de segurança exigidos por lei;
c) eventos causados exclusivamente pela ausência de habilitação do Segurado para condução de veículo automotor;
d) eventos em que o Segurado tenha intencionalmente atentado contra a vida e integridade física de outrem, consumado ou não, exceto em caso de legítima defesa ou assistência à pessoa em perigo.
e) tratamentos clínicos ou cirúrgicos experimentais e/ou não previstos no Código Brasileiro de Ética Médica e/ou não reconhecidos pelo Ministério da Saúde;
f) tratamento odontológico de qualquer espécie e suas consequências;
g) tratamentos clínicos ou cirúrgicos com finalidade estética;
h) cirurgias plásticas (estéticas ou não);
i) diárias de internação não necessárias para o efetivo tratamento médico, tais como, mas não se limitando a, espera para a realização de cirurgia; disponibilidade para exames; internação com a finalidade exclusiva de realização de exames de qualquer natureza para fins de avaliação do estado de saúde, inclusive check-up.;
j) procedimentos e/ou tratamentos clínicos ou cirúrgicos para esterilidade, infertilidade, inseminação artificial, impotência sexual, controle de natalidade, bem como suas conseqüências;
k) cirurgia para correção de fimose;
l) tratamentos para obesidade em qualquer modalidade, inclusive gastroplastia redutora; tratamentos para senilidade, geriatria, rejuvenescimento e suas conseqüências;
m) diárias de internação não necessárias para o efetivo tratamento médico, tais como, mas não se limitando a, espera para a realização de cirurgia; disponibilidade para exames de diagnose; repouso; internação com a finalidade exclusiva de realização de exames de qualquer natureza para fins de avaliação do estado de saúde, inclusive check-up; internação para doação de órgãos;
n) doenças mentais e/ou psiquiátricas inclusive o "stress".

Também estão excluídas dessa cobertura, as internações em estabelecimento não considerados como sendo hospitais, tais como:

a) Instituições para atendimento de deficientes mentais, de tratamento psiquiátrico, incluindo departamento psiquiátrico de hospital;
b) Local de internação de idosos, do tipo asilo, casa de repouso e similares;
c) Instituições de recuperação de viciados em álcool e drogas;
d) Clínicas hidroterápicas ou de métodos curativos naturais;
e) Clínicas de convalescença de tratamento médico, do tipo pós-operatório e/ou reabilitação de acidentes e doenças;
f) Estâncias hidrominerais, "spa" (ou assemelhadas), e/ou internação domiciliar.

5. CAPITAL SEGURADO

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

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

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

6. REINTEGRAÇÃO DO CAPITAL SEGURADO

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

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

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

7. INÍCIO DE VIGÊNCIA

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

8. CESSAÇÃO DE COBERTURA

8.1. Além das hipóteses previstas nos itens 09, 14 e 21 das Condições Gerais, a cobertura do risco cessa ainda:

8.1.1. Para o Segurado:

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

9. PRÊMIO

9.1. O Prêmio referente a esta cobertura estará previsto contratualmente

10. CARÊNCIA

10.1. É o período de até 180 (cento e oitenta) dias contados a partir da data do início de vigência individual do Seguro durante o qual o Segurado não terá direito à cobertura descrita nesta cobertura. Este período será expresso no Certificado Individual do Seguro.

11. FRANQUIA

11.1. O período de Franquia é de 15 (quinze) dias ininterruptos, por evento, conforme definido no Contrato de Seguro e/ou Certificado Individual do Seguro a contar do momento da hospitalização do Segurado.

12. AMBITO TERRITORIAL DE COBERTURA

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

13. PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO

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

(i) o aviso de sinistro totalmente preenchido e assinado

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

Para a análise do pagamento da Indenização, respeitado o disposto nas Condições Gerais item 19., além do aviso de sinistro devidamente preenchido, deverão ser apresentados os seguintes documentos:,

• Aviso de sinistro preenchido e assinado (formulário padrão MetLife);
• Formulário "Autorização para Crédito de Indenização" (formulário padrão MetLife), devidamente preenchido e assinado pelo Segurado ou, quando for o caso, por cada um dos Beneficiários;

• Cópias do RG (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 enfermaria e UTI;
• Cópia do BO (Boletim de Ocorrência Policial) e/ou CAT (Comunicação de Acidente do Trabalho), se houver;
• Cópia da CNH (Carteira Nacional de Habilitação), em caso de acidente com veículo dirigido pelo Segurado;
• Cópia do Laudo do Exame de Dosagem Alcoólica e/ou Toxicológico, se realizado(s);
• Cópia do laudo da perícia técnica realizada no local do acidente, se houver;
•Cópia do resultado de exames complementares realizados;
• Cópia da Ficha de Registro de Empregado, quando tratar-se de Apólice Coletiva, cujo Vínculo prévio seja empregatício;
• Cópia dos 3 (três) últimos comprovantes de salário, quando tratar-se de Apólice Coletiva, cujo Vínculo prévio seja empregatício;
• Cópia do Certificado Individual do Seguro;
• Cópia da Conta da Concessionária com vencimento imediatamente anterior à ocorrência do Sinistro, quando tratar-se de Apólice cuja cobrança seja efetuada por intermédio de Conta de Concessionária;
• Cópia do comprovante de quitação da Conta da Concessionária indicada no item anterior.
• Todos os resultados de exames comprobatórios do acidente ou doença, de Clínicas, Consultórios e Hospitais, exames laboratoriais, laudo do médico-assistente e quaisquer outros documentos referentes ao evento.
• Laudo de Exame de Corpo Delito (IML) quando realizado

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

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

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

14. DISPOSIÇÕES GERAIS

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

CONDIÇÕES ESPECIAIS COBERTURA DE COBERTURA DE PERDA DE RENDA (PR)

1. OBJETIVO

1.1. Esta Cobertura desde que contratada garante ao Estipulante/Credor o pagamento de valor determinado e limitado ao descrito na Apólice, em caso de Perda de Renda, para Profissionais Registrados, Profissionais Liberais ou Autônomos Regulamentados e Profissionais Liberais ou Autônomos NÃO Regulamentados, em consequência de evento coberto, ocorrido durante a vigência do seguro, **exceto se decorrente de Riscos Excluídos, observados os termos destas Condições Especiais, das Condições Gerais e as demais Disposições Contratuais.**

2. ELEGIBILIDADE

2.1. Segurado sob Regime da Consolidação das Leis do Trabalho (CLT)

2.1.1. Em caso de Segurado que trabalhe sob regime exclusivo da CLT somente será considerado elegível ao recebimento da Indenização, o Segurado que na data da rescisão involuntária do contrato de trabalho demonstrar vínculo empregatício **pelo período mínimo de 12 (doze) meses consecutivos e ininterruptos de trabalho para o atual empregador** e desde que o seguro não esteja cancelado, a Cobertura suspensa ou o evento prescrito como risco excluído na data do evento.

2.1.2. O vínculo empregatício do Segurado deve ser mantido com uma pessoa física ou jurídica, através de Contrato de trabalho e a formalização na Carteira de Trabalho e Previdência Social (CTPS) e que receba pagamentos periódicos consecutivos, com uma jornada mínima de 30 (trinta) horas semanais, na data do evento.

2.1.3. Após um evento de Perda de Renda indenizado, o Segurado deverá comprovar novo período de 12 (doze) meses de trabalho contínuo e ininterruptos para um mesmo empregador para que venha a ser elegível à Indenização de um segundo evento de perda de renda por desemprego involuntário.

2.1.4. Não serão elegíveis a indenização as pessoas que contratarem o seguro no período de aviso prévio, cumprido ou indenizado.

2.2. Segurado Profissional Autônomo ou Liberal com comprovação de renda:

2.2.1. Em caso de Profissional Autônomo ou Liberal Regulamentado com comprovação de renda será considerado elegível ao recebimento da Indenização, o Segurado que em caso de afastamento ocorrido em virtude de acidente ou doença que gere comprovada interrupção temporária e involuntária de exercer todas as suas atividades profissionais, mediante comprovação por laudo médico reconhecido pela Seguradora.

2.2.2. Somente terá direito a esta Cobertura o Segurado, Profissional Autônomo ou Liberal Regulamentado em atividade profissional, que possua documento contábil/fiscal comprobatório da atividade exercida.

2.2.3. Após um evento de Perda de Renda indenizado, o Segurado somente estará elegível à Indenização de um segundo evento da mesma Cobertura , após 6 (seis) meses, contados a partir da data do retorno a toda e qualquer atividade laborativa.

2.3. Segurado Profissional Autônomo ou Liberal sem comprovação de renda:

2.3.1. Em caso de Profissional Liberal ou Autônomo NÃO Regulamentado sem comprovação de renda será considerado elegível ao recebimento da Indenização, o Segurado que em caso de Internação hospitalar causada por Acidente Pessoal ou Doença, mediante comprovação por laudo médico reconhecido pela Seguradora.

2.3.2. Somente terá direito a esta cobertura o Segurado, Profissional Autônomo ou Liberal NÃO Regulamentado, conforme definido no item 3.31. das Condições Gerais, e segurados que não exerçam atividades remuneradas.

2.3.3. O Capital Segurado relativo a esta Cobertura será totalmente reintegrado, de forma automática, após ocorrência de cada Evento Coberto, sem cobrança de Prêmio adicional.
Serão considerados como mesmo evento, a transferência de um Hospital para outro, desde que não tenha ocorrido alta hospitalar. O conjunto de ocorrências que tenham por origem ou causa o mesmo acidente ou a mesma doença será considerado um mesmo evento exceto quando o intervalo entre estas ocorrências for superior à 12 (doze) meses.

2.4. Será considerada elegível a condição empregatícia que o segurado possuir no momento da ocorrência do sinistro.

3. CARÊNCIA

3.1. É o período de até 180 (cento e oitenta) dias contados a partir da data do início de vigência individual do Seguro durante o qual o Segurado não terá direito à cobertura descrita nesta cobertura. Este período será expresso no Certificado Individual do Seguro.

3.2. Para os eventos decorrentes de acidentes pessoais não haverá Carência.

4. FRANQUIA

4.1. É o período contado a partir da data do evento coberto durante o qual não há Cobertura pelo seguro, suportando o Segurado as consequências do evento gerador. Este período será expresso no Certificado Individual do Seguro e será contado em cada evento coberto.

4.1.1. Em caso de Segurado que trabalhe sob regime CLT a Franquia é de 90 (noventa) dias ininterruptos, por evento, conforme definido no Contrato de Seguro e/ou Certificado Individual, contados a partir da data do desligamento do Segurado junto ao empregador.

4.1.2. Em caso de Segurado que trabalhe como Profissional Liberal ou Autônomo Regulamentado a Franquia é de 15 (quinze) dias ininterruptos, por evento, conforme definido no Contrato de Seguro e/ou Certificado Individual do Seguro, contados a partir da data do início da incapacidade total e temporária do Segurado que o impeça de realizar sua atividade laborativa.

4.1.3. Em caso de Segurado que trabalhe como Profissional Liberal ou Autônomo NÃO Regulamentado a Franquia é de 15 (quinze) dias ininterruptos, por evento, conforme definido no Contrato de Seguro e/ou Certificado Individual do Seguro, contados a partir do momento da hospitalização do Segurado.

5. RISCOS EXCLUÍDOS

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

5.1.1. Segurado sob Regime da Consolidação das Leis do Trabalho (CLT)

a) abandono de emprego ou pedido voluntário de demissão pelo empregado;
b) adesão do empregado a programas de demissão voluntária (PDV) de qualquer natureza ou incentivada e/ou por acordo coletivo de trabalho;
c) demissão quando o segurado é funcionário direto de parente, consanguíneo ou afim;
d) acordo entre empregado e empregador;
e) dispensa do empregado por justa causa;
f) jubilação, exoneração, pensão ou aposentadoria por qualquer causa;
g) perda de emprego decorrente da falência, concordata e recuperação judicial ou extra judicial do empregador;
h) prestação de Serviço Militar;
i) campanhas de demissões em massa. Para fins de aplicação deste seguro, considera-se demissão em massa empresas que demitam mais de 10% (dez por cento) de seu quadro de pessoal no prazo de seis meses contados a partir do primeiro Sinistro avisado;
j) extinção automática ou término do Contrato de trabalho, quando o Contrato tiver prazo determinado (Contrato a termo);
k) quando o Segurado for profissional liberal;
l) Demissão motivada por guerra, revolução ou assemelhados;
m) quando o Segurado for membro do conselho de administração da empresa
n) dispensa com imediata admissão em outra empresa seja ela ou não, do mesmo grupo econômico, coligada, filiada, associada, subsidiária e/ou acionista.
o) Segurados não considerados elegíveis a Indenização, conforme item 2.

5.1.2. Segurado Profissional Liberal ou Autônomo Regulamentado

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

n) Segurados não considerados elegíveis a Indenização, conforme item 2.

5.1.3. Segurado Profissional Liberal ou Autônomo NÃO Regulamentado

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

j) 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;

m) procedimentos e/ou tratamentos clínicos ou cirúrgicos para esterilidade, infertilidade, inseminação artificial, impotência sexual, controle de natalidade, bem como suas conseqüências;
n) cirurgia para correção de fimose;
o) tratamentos para obesidade em qualquer modalidade, inclusive gastroplastia redutora;
tratamentos para senilidade, geriatria, rejuvenescimento e suas conseqüências;
q) diárias de internação não necessárias para o efetivo tratamento médico, tais como, mas não se limitando a, espera para a realização de cirurgia; disponibilidade para exames de diagnose; repouso; internação com a finalidade exclusiva de realização de exames de qualquer natureza para fins de avaliação do estado de saúde, inclusive check-up; internação para doação de órgãos;
r) doenças mentais e/ou psiquiátricas inclusive o "stress".

Também estão excluídas dessa cobertura, as internações em estabelecimento não considerados como sendo hospitais, tais como:

a) Instituições para atendimento de deficientes mentais, de tratamento psiquiátrico, incluindo departamento psiquiátrico de hospital;
b) Local de internação de idosos, do tipo asilo, casa de repouso e similares;
c) Instituições de recuperação de viciados em álcool e drogas;
d) Clínicas hidroterápicas ou de métodos curativos naturais;
e) Clínicas de convalescença de tratamento médico, do tipo pós-operatório e/ou reabilitação de acidentes e doenças;
f) Estâncias hidrominerais, "spa" (ou assemelhadas), e/ou internação domiciliar.

6. CAPITAL SEGURADO

6.1. O Capital Segurado para esta Cobertura será estabelecido contratualmente e deverá constar na respectiva Apólice de Seguro.

6.2. Para fins desta Cobertura em caso de Segurado que trabalhe sob regime CLT, considera-se data do evento, para efeito de determinação do Capital Segurado, a data da Perda de Renda, sendo esta a data do desligamento indicada no Termo de Rescisão do Contrato de Trabalho, independentemente do aviso prévio ser cumprido ou indenizado, conforme documentação comprobatória.

6.3. Para fins desta cobertura em caso de Segurado que trabalhe como Profissional Liberal ou Autônomo Regulamentado considera-se data do evento, a data da Perda de Renda, sendo esta a data do afastamento, conforme documentação comprobatória.

6.4. Para fins desta cobertura em caso de Segurado que trabalhe como Profissional Liberal ou Autônomo NÃO Regulamentado considera-se data do evento, a data da Internação Hospitalar, sendo esta a data do afastamento, conforme documentação comprobatória.

7. VIGÊNCIA

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

8. CESSAÇÃO DE COBERTURA

8.1. Para fins desta cobertura se aplicam as hipóteses previstas nos itens 09, 14 e 21 das Condições Gerais.

9. PRÊMIO

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

10. ÂMBITO TERRITORIAL DE COBERTURA

10.1. Esta cobertura a abrange os eventos ocorridos no Brasil.

11. REINTEGRAÇÃO DO CAPITAL SEGURADO

11.1. O Capital Segurado relativo a esta Cobertura será totalmente reintegrado, de forma automática, sem cobrança de Prêmio adicional, observado o disposto nos itens 2.1.3. Segurado que trabalhe sob regime CLT, 2.2.3. para Segurado que trabalhe como Profissional Liberal ou Autônomo Regulamentado e 2.3.3. para Segurado que trabalhe como Profissional Liberal ou Autônomo NÃO Regulamentado conforme disposto acima.

12. PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO

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

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

12.2. Para a análise do pagamento da Indenização, respeitado o disposto nas Condições Gerais item 19., além do aviso de sinistro devidamente preenchido, deverão ser apresentados os seguintes documentos:,

- Aviso de sinistro preenchido e assinado (formulário padrão MetLife);
- Cópia autenticada da Carteira de Trabalho, página da foto e qualificação civil, página do último Contrato de Trabalho, folha posterior ao Contrato (a autenticação deverá ocorrer após cumprido o período de franquia) e da página que comprove o recebimento do Seguro Desemprego, quando houver; (*)
- Cópia do RG (carteira de identidade), CPF (Cadastro de Pessoa Física) e do comprovante de residência do Segurado;
- Cópia do Contrato de Financiamento
- Declaração do Credor informando o saldo devedor, demonstrando o cálculo trazido a valor presente, quando esta for a modalidade de cálculo da Indenização
- Cópia autenticada do Termo de Rescisão do Contrato de Trabalho homologado no TRT ou Sindicato;
- Cópia autenticada da Autorização de Movimento do Fundo de Cobertura por Tempo de Serviço (FGTS);
- Cópia autenticada do último extrato do Fundo de Garantia por Tempo de Serviço caso tenha sido fornecido pela empresa.
- Extrato do Cartão de Crédito com o primeiro vencimento subsequente à data de Sinistro e que conste a Obrigação (cópia legível), quando este for o meio de pagamento do Seguro.

12.3. Para a análise do pagamento da Indenização em caso de Segurado que trabalhe como Profissional Liberal ou Autônomo Regulamentado, deverão ser apresentados os respectivos documentos básicos, a seguir relacionados:

- Aviso de Sinistro preenchido e assinado (formulário padrão MetLife);
- Relatório médico informando desde quando o Segurado recebeu o primeiro diagnóstico do quadro médico apresentado, bem como descrição da evolução clínica e data em que iniciou o tratamento. No caso de acidente, deverá conter a data do acidente, o percentual do déficit funcional apresentado por segmento, a data de confirmação da alta médica e, obrigatoriamente, da reabilitação;
- Exames médicos complementares realizados;
- Cópia do RG (carteira de identidade), CPF (Cadastro de Pessoa Física) e do comprovante de residência do Segurado;
- Exames médicos complementares realizados;
- Cópia do Contrato de Financiamento
- Comprovante de recolhimento do INSS ou Recibo de Pagamento Autônomo (RPA) - os três últimos anteriores ao afastamento - ou Declaração do imposto de renda ou Carnê leão – último;
- Cópia da comprovação contábil/fiscal da atividade profissional nos 3 (três) meses que antecedem ao afastamento.
- Declaração do Credor informando o saldo devedor, demonstrando o cálculo trazido a valor presente, quando esta for a modalidade de cálculo da Indenização;
- Extrato do Cartão de Crédito com o primeiro vencimento subsequente à data de Sinistro e que conste a Obrigação (cópia legível), quando este for o meio de pagamento do Seguro.

12.4. Para a análise do pagamento da Indenização em caso de Segurado que trabalhe como Profissional Liberal ou Autônomo NÃO Regulamentado, 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 enfermaria e UTI;
- Cópia do BO (Boletim de Ocorrência Policial) e/ou CAT (Comunicação de Acidente do Trabalho), se houver;

• Cópia da CNH (Carteira Nacional de Habilitação), em caso de acidente com veículo dirigido pelo Segurado;
• Cópia do Laudo do Exame de Dosagem Alcoólica e/ou Toxicológico, se realizado(s);
• Cópia do laudo da perícia técnica realizada no local do acidente, se houver;
•Cópia do resultado de exames complementares realizados;
• Cópia da Ficha de Registro de Empregado, quando tratar-se de Apólice Coletiva, cujo Vínculo prévio seja empregatício;
• Cópia dos 3 (três) últimos comprovantes de salário, quando tratar-se de Apólice Coletiva, cujo Vínculo prévio seja empregatício;
• Cópia do Certificado Individual do Seguro;
Cópia da Conta da Concessionária com vencimento imediatamente anterior à ocorrência do Sinistro, quando tratar-se de Apólice cuja cobrança seja efetuada por intermédio de Conta de Concessionária;
• Cópia do comprovante de quitação da Conta da Concessionária indicada no item anterior.
• Todos os resultados de exames comprobatórios do acidente ou doença, de Clínicas, Consultórios e Hospitais, exames laboratoriais, laudo do médico-assistente e quaisquer outros documentos referentes ao evento.
• Laudo de Exame de Corpo Delito (IML) quando realizado.

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

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

13. DISPOSIÇÕES GERAIS

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

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 Estipulante / Credor, 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.

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

3. RISCOS EXCLUÍDOS

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

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

4. CAPITAL SEGURADO

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

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

4.3 Sendo reconhecida a invalidez pela Seguradora, esta pagará o valor da indenização de 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 09, 14 e 21 das Condições Gerais.

7. PRÊMIO

7.1 O Prêmio referente a esta Cobertura estará previsto contratualmente.

8. CARÊNCIA

8.1. 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.

8.2. 8.2. Para os eventos decorrentes de Acidentes Pessoais não haverá carência.

9. PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO

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

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

Para a análise do pagamento da Indenização, respeitado o disposto nas Condições Gerais item 19, além do aviso de sinistro devidamente preenchido, deverão ser apresentados os seguintes documentos:, Aviso de sinistro preenchido e assinado (formulário padrão MetLife);

• Formulário "Autorização para Crédito de Indenização" (formulário padrão MetLife), devidamente preenchido e assinado pelo Segurado ou, quando for o caso, por cada um dos Beneficiários;
• Cópias do RG (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 enfermaria e UTI;
• Cópia do BO (Boletim de Ocorrência Policial) e/ou CAT (Comunicação de Acidente do Trabalho), se houver;
• Cópia da CNH (Carteira Nacional de Habilitação), em caso de acidente com veículo dirigido pelo Segurado;
Cópia do Laudo do Exame de Dosagem Alcoólica e/ou Toxicológico, se realizado(s);
Cópia do laudo da perícia técnica realizada no local do acidente, se houver;
Cópia do resultado de exames complementares realizados;
Cópia da Ficha de Registro de Empregado, quando tratar-se de Apólice Coletiva, cujo Vínculo prévio seja empregatício;
Cópia dos 3 (três) últimos comprovantes de salário, quando tratar-se de Apólice Coletiva, cujo Vínculo prévio seja empregatício;
Cópia do Certificado Individual do Seguro;
Cópia da Conta da Concessionária com vencimento imediatamente anterior à ocorrência do Sinistro, quando tratar-se de Apólice cuja cobrança seja efetuada por intermédio de Conta de Concessionária;
Cópia do comprovante de quitação da Conta da Concessionária indicada no item anterior.
• Todos os resultados de exames comprobatórios do acidente ou doença, de Clínicas, Consultórios e Hospitais, exames laboratoriais, laudo do médico-assistente e quaisquer outros documentos referentes ao evento.
• Laudo de Exame de Corpo Delito (IML) quando realizado

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

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

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

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

CONDIÇÕES ESPECIAIS COBERTURA DE DOENÇAS GRAVES

1. OBJETIVO

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

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

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

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

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

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

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

2. RISCOS EXCLUÍDOS

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

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

3. CAPITAL SEGURADO

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

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

4. INÍCIO DE VIGÊNCIA

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

5. CARÊNCIA

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

6. FRANQUIA

6.1. O pagamento do Capital Segurado dessa Cobertura será condicionado ao período de franquia estabelecido contratualmente, sendo este a sobrevivência do Segurado após a ocorrência do diagnóstico de uma doença coberta ou da realização de um procedimento médico coberto.

7. CESSAÇÃO DE COBERTURA

7.1. Além das hipóteses previstas nos itens 09, 14 e 21 das Condições Gerais.
7.1.1. Para o Segurado**:**
a) simultaneamente, com o cancelamento da Apólice Coletiva ou da presente cobertura;
b) a partir da data em que ocorrer a exclusão do Segurado da Apólice Coletiva;
c) com o falecimento do Segurado;
d) com o pagamento da Indenização, se houver previsão de exclusão do Segurado da Apólice na respectiva cobertura contratada, que gerou a Indenização;
e) com o pagamento da Indenização, de qualquer uma das doenças graves relacionadas nestas Condições Gerais;
f) a partir da data em que o segurado atingir o limite de idade estabelecido na proposta de adesão ou Contrato, se houver previsão de exclusão na respectiva Apólice.

8. PRÊMIO

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

9. ÂMBITO TERRITORIAL DE COBERTURA

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

10. PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO

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

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

Para a análise do pagamento da Indenização, respeitado o disposto nas Condições Gerais item 19., além do aviso de sinistro devidamente preenchido, deverão ser apresentados os seguintes documentos:

a) Diagnóstico De Câncer
- Aviso de sinistro preenchido e assinado (formulário padrão MetLife); formulário “Autorização para Crédito de Indenização” (formulário padrão MetLife), devidamente preenchido e assinado pelo Segurado;
- Cópias do RG (cédula de identidade), CPF (Cadastro de Pessoas Físicas) e comprovante de residência do Segurado;
- Relatório médico informando desde quando o segurado recebeu o primeiro diagnóstico das doenças registradas na Declaração/Certidão de Óbito, descrição da evolução clínica e data em que iniciou o tratamento;
- Cópia de todos os documentos médicos e exames realizados;
- Cópia da Ficha de Registro do empregado, quando se tratar de Apólice Coletiva, cujo Vínculo prévio seja empregatício.
- Cópia dos 3 (três) últimos comprovantes de salário, quando se tratar de Apólice Coletiva, cujo Vínculo prévio seja empregatício;
- Cópia do Certificado Individual do Seguro;
- Cópia da Conta da Concessionária com vencimento imediatamente anterior à ocorrência do Sinistro, quando tratar-se de Apólice cuja cobrança seja efetuada por intermédio de Conta de Concessionária;
- Cópia do comprovante de quitação da Conta da Concessionária indicada no item anterior;
- Resultado do exame Anátomo- Patológico, comprovando a malignidade do Câncer;
- Relatório do médico assistente constando: nome do paciente, história clínica, tempo de evolução da doença, estadiamento, diagnóstico (CID-10), tratamento proposto e identificação do médico (nome e nº do CRM-UF);
- Na ausência do exame Anátomo-Patológico, poderão ser solicitados, a critério da seguradora, exames laboratoriais e de imagem que comprovem o diagnóstico.

b) Indicação De Cirurgia De Revascularização Do Miocárdio
- Aviso de sinistro preenchido e assinado (formulário padrão MetLife); formulário “Autorização para Crédito de Indenização” (formulário padrão MetLife), devidamente preenchido e assinado pelo Segurado;
- Cópias do RG (cédula de identidade), CPF (Cadastro de Pessoas Físicas) e comprovante de residência do Segurado;
- Relatório médico informando desde quando o segurado recebeu o primeiro diagnóstico das doenças

registradas na Declaração/Certidão de Óbito, descrição da evolução clínica e data em que iniciou o tratamento;
- Cópia de todos os documentos médicos e exames realizados;
- Cópia da Ficha de Registro do empregado, quando se tratar de Apólice Coletiva, cujo Vínculo prévio seja empregatício.
- Cópia dos 3 (três) últimos comprovantes de salário, quando se tratar de Apólice Coletiva, cujo Vínculo prévio seja empregatício;
- Cópia do Certificado Individual do Seguro;
- Cópia da Conta da Concessionária com vencimento imediatamente anterior à ocorrência do Sinistro, quando tratar-se de Apólice cuja cobrança seja efetuada por intermédio de Conta de Concessionária;
- Cópia do comprovante de quitação da Conta da Concessionária indicada no item anterior;
- Relatório médico detalhado da doença e do procedimento cirúrgico (Neste relatório deve constar: nome do paciente, história clínica, tempo de evolução da doença, diagnóstico (CID-10), tratamento realizado, descrição do procedimento, relato de intercorrências e identificação do médico (nome e nº do CRM-UF);
- Poderão ser solicitados, a critério da seguradora, exames laboratoriais, eletrocardiográficos e de imagem que mostrem alteração compatível com a insuficiência coronariana antes do procedimento, como por exemplo, Eletrocardiograma com desnivelamento da onda ST, Ecocardiograma com diminuição do DC e sobrecarga ventricular direita, Cintilografia Cardíaca com áreas de hipoperfisão ou necrose tecidual, Angiografia com hipoperfusão do miocárdio e Enzimas Cardíacas aumentadas (CK e CKMB);
- No caso de persistência da dúvida diagnóstica, poderá ser solicitado, também a critério da seguradora, auditoria do prontuário médico e/ou perícia médica.

c) Diagnóstico De Insuficiência Renal Crônica

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

d) Diagnóstico De Transplante De Órgãos

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

e) Diagnóstico De Infarto Agudo Do Miocárdio

- Aviso de sinistro preenchido e assinado (formulário padrão MetLife);
- Formulário “Autorização para Crédito de Indenização” (formulário padrão MetLife), devidamente preenchido e assinado pelo Segurado;
- Cópias do RG (cédula de identidade), CPF (Cadastro de Pessoas Físicas) e comprovante de residência do Segurado;
- Relatório médico informando desde quando o segurado recebeu o primeiro diagnóstico das doenças

registradas na Declaração/Certidão de Óbito, descrição da evolução clínica e data em que iniciou o tratamento;

- Cópia de todos os documentos médicos e exames realizados;
- Cópia da Ficha de Registro do empregado, quando se tratar de Apólice Coletiva, cujo Vínculo prévio seja empregatício.
- Cópia dos 3 (três) últimos comprovantes de salário, quando se tratar de Apólice Coletiva, cujo Vínculo prévio seja empregatício;
- Cópia do Certificado Individual do Seguro;
- Cópia da Conta da Concessionária com vencimento imediatamente anterior à ocorrência do Sinistro, quando tratar-se de Apólice cuja cobrança seja efetuada por intermédio de Conta de Concessionária;
- Cópia do comprovante de quitação da Conta da Concessionária indicada no item anterior;
- Eletrocardiograma (ECG) com alteração da onda ST, angiografia ou cintilografia mostrando a diminuição da perfusão do órgão e exame de sangue com elevação da dosagem de CK e CKMB;

f) Diagnóstico De Derrame (Acidente Vascular Cerebral)

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

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

11. DISPOSIÇÕES GERAIS

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

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