Condições Contratuais Vida Segura

Seguro Pessoas Individual

Índice

Regras básicas do seu seguro

1. Características ---------- 4
2. Objetivo ---------- 4
3. Definições ---------- 4
4. Coberturas ---------- 7
5. Riscos excluídos ---------- 8
6. Beneficiário(s) ---------- 9
7. Aceitação da proposta de contratação ---------- 9
8. Âmbito territorial da cobertura ---------- 10

Como utilizar

15. Ocorrência do sinistro ---------- 18
16. Indenização e reembolso ---------- 18
17. Perícia médica / junta médica ---------- 20
18. Perda do direito a indenização ou reembolso -- 20
19. Período de não contestação ---------- 21
20. Alterações da apólice ---------- 21

Conheça as regras das suas coberturas

9. Período de vigência do seguro ---------- 10
10. Período de carência e período de franquia ------ 11
11. Montante disponivel ---------- 13
12. Capital segurado ---------- 11
13. Prêmio do seguro ---------- 14
14. Atualização dos valores do seguro ---------- 17

Regras básicas do seu seguro

21. Sub-rogação ---------- 21
22. Tributos ---------- 21
23. Foro ---------- 21
24. Material de divulgação ---------- 21
25. Cumprimento das leis anticorrupção ---------- 22
26. Disposições finais ---------- 23

Condição Especial – Cobertura Básica Morte ----------24

Condição Especial – Cobertura Adicional Morte com Capital Segurado Decrescente a Cada Ano----------28

Condição Especial – Cobertura Adicional Morte Acidental (MA) ----------33

Condição Especial – Cobertura Adicional Invalidez Permanente por Acidente (IPA) ----------36

Condição Especial – Cobertura Adicional de Doenças Graves e Procedimentos Cirúrgicos----------42

Condição Especial – Cobertura Adicional de Doenças Graves e Procedimentos Cirúrgicos Premium------47

Condição Especial – Cobertura Adicional de Doenças Graves Mais Proteção----------53

Condição Especial – Cobertura Adicional Diária de Internação Hospitalar----------61

Condição Especial – Doenças Incapacitantes Ampliada----------65

Condição Especial – Doenças Incapacitante----------71

Condição Especial - Temporária Morte----------76

Condição Especial – Cobertura Adicional Funeral----------80

Condição Especial – Cobertura Adicional Invalidez Funcional Permanente Total por Doença----------85

Condição Especial – Cobertura Adicional Fratura Óssea----------91

Condição Especial – Cobertura Adicional Amparo Funeral----------94

Condição Especial - Cobertura Adicional Diária por Incapacidade Temporária (DIT) ----------99

Condições Gerais do Seguro de Vida e Integridade Física

1. CARACTERÍSTICAS

1.1. A METROPOLITAN LIFE SEGUROS E PREVIDÊNCIA PRIVADA S.A., doravante denominada Seguradora, institui o Plano de Seguro Individual – Vida Temporária, descrito nestas Condições Gerais e nas Condições Especiais.

2. OBJETIVO

2.1. O presente Seguro tem por objetivo garantir o pagamento de uma indenização ao Segurado ou a seu(s) Beneficiário(s), na ocorrência de **Eventos Cobertos pela(s) Cobertura(s) contratada(s), desde que respeitadas as Condições Gerais e Especiais deste documento.**

3. DEFINIÇÕES

3.1. Acidente Pessoal: o evento com data caracterizada, exclusivo e diretamente externo, súbito, involuntário, violento, e causador de lesão física, que, por si só e independente de toda e qualquer outra causa, tenha como consequência direta a morte, ou a invalidez permanente, total ou parcial, ou que torne necessário tratamento médico do Segurado, observando-se que:

a) Incluem-se nessa definição:

- O suicídio, ou a sua tentativa após 2 anos de vigência da apólice, será equiparado, para fins de indenização, a Acidente Pessoal, observada legislação em vigor.
- Os acidentes decorrentes de ação da temperatura do ambiente ou influência atmosférica, quando a elas o Segurado ficar sujeito, em decorrência de acidente coberto.
- Os acidentes decorrentes de escapamento acidental de gases e vapores.
- Os acidentes decorrentes de sequestros e tentativas de sequestros.
- Os acidentes decorrentes de alterações anatômicas ou funcionais da coluna vertebral, de origem traumática, causadas exclusivamente por fraturas ou luxações, radiologicamente comprovadas.

b) Excluem-se dessa definição:

- Quaisquer doenças, conforme apuradas nos termos dessa Apólice, mesmo as consideradas acidentes pela legislação trabalhista e previdenciária, 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 em decorrência de acidente coberto. As intercorrências ou complicações consequentes da realização de exames, tratamentos clínicos ou cirúrgicos, quando não decorrentes de acidente coberto.
- As lesões decorrentes, dependentes, predispostas ou facilitadas por esforços repetitivos ou micro traumas cumulativos, ou que tenham relação de causa e efeito com os mesmos, assim como as lesões classificadas como: Lesão por Esforços Repetitivos – LER, Doenças Osteomusculares Relacionadas ao Trabalho – DORT, Lesão por Trauma Continuado ou Contínuo – LTC, ou similares que venham a ser aceitas pela classe médico-científica, bem como as suas consequências pós-tratamentos, inclusive cirúrgicos, em qualquer tempo, desde que não decorram direta ou indiretamente de acidente de trabalho, causa laborativa ou situação relacionada ao trabalho.
- As 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. Análise de Risco: uma das etapas do processo de aceitação da Proposta de Contratação, que consiste na avaliação da chance de ocorrência de um evento de acordo com as informações fornecidas pelo Proponente e na definição do perfil do Segurado.

3.3. Aniversário da Apólice: é o dia em que a Apólice completa um ou mais anos, contados da data de Início de Vigência da Apólice.

3.4. Apólice: documento emitido pela Seguradora formalizando a aceitação da cobertura solicitada pelo Proponente.

3.5. Assistência 24 horas: serviço prestado por empresa especializada disponível 24 horas por dia, previsto na Cobertura Funeral ao Solicitante, após a solicitação pelo telefone correspondente.

3.6. Beneficiário: pessoa física ou pessoa jurídica indicada livremente pelo Segurado na Apólice, para receber a indenização na hipótese da ocorrência de evento coberto na forma prevista nestas Condições Gerais. Em caso de Antecipação do Pagamento Total

do Capital Segurado em decorrência de Doença em Estágio Terminal, Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente, Doenças Graves Mais Proteção, Doenças Graves e Procedimentos Cirúrgicos ou Doenças Graves e Procedimentos Cirúrgicos Premium, Diária de Internação Hospitalar, Doenças Incapacitantes Ampliada e Doenças Incapacitantes, Invalidez Funcional Permanente Total por Doença, Fratura Óssea e Diária por Incapacidade Temporária o Beneficiário será o próprio Segurado.

3.7. Benefício Prolongado: interrupção definitiva do pagamento do Prêmio, mantendo-se, de forma temporária, o direito à Cobertura, no valor do Capital Segurado em vigor na data da interrupção.

3.8. Capital Segurado: valor máximo para a cobertura contratada a ser pago pela Sociedade Seguradora na ocorrência do Sinistro, a ser efetuado ao Beneficiário.

3.9. Capital Segurado Líquido: valor do Capital Segurado menos quaisquer Prêmios devidos e não pagos, acrescidos de multa, juros e atualização monetária, quando aplicável.

3.10. Carregamento: parte do Prêmio destinada às despesas administrativas e de comercialização do plano.

3.11. Clínica Especializada: estabelecimento legalmente autorizado a funcionar como tal, destinado à assistência ambulatorial que dispõe de um corpo clínico permanente composto por, no mínimo, 1 (um) médico e 1 (um) enfermeiro diplomados, possuindo serviço de enfermaria, podendo um paciente permanecer internado por 24 (vinte e quatro) horas.

3.12. Cobertura Básica: é a cobertura de Morte por Qualquer Causa que abrange os Riscos assumidos pela Seguradora durante a vigência do seguro, respeitadas as Condições Gerais e Especiais deste documento.

3.13. Cobertura Adicional: cobertura adicionada ao contrato, facultativamente, mediante cobrança de Prêmio adicional.

3.14. 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.

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

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

3.17. Condições Gerais: conjunto de cláusulas que regem um mesmo plano de seguro, estabelecendo obrigações e direitos, da Sociedade Seguradora, dos Segurados e dos Beneficiários.

3.18. Cônjuge: é a (o) esposa (o) do Segurado(a). A (o) companheira(o) equipara-se ao Cônjuge, desde que comprovada a união estável na data do Sinistro, nos termos da legislação em vigor.

3.19. Cotação: são solicitações de informações acerca de coberturas e os preços praticados pela Seguradora. Não se confunde com a Proposta de seguro, não criando qualquer obrigação perante a Seguradora.

3.20. 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.

3.21. 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.

3.22. Doenças e Lesões Preexistentes: estados mórbidos, doenças contraídas e lesões sofridas anteriormente à contratação do seguro, de conhecimento do Segurado e não declaradas no ato da contratação, que acarretam a perda do direito à indenização.

3.23. Doença em Estágio Terminal: aquela que atingiu estágio no qual não há qualquer alternativa terapêutica médica disponível e é considerada irreversível, sendo o paciente considerado definitivamente sem perspectiva de sobrevivência, com expectativa de morte iminente, conforme atestado pelo médico assistente do Segurado e obrigatoriamente, reconhecido pela Seguradora.

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

3.25. Hospital: estabelecimento legalmente autorizado a funcionar como tal, e que dispõe de pelo menos 5 (cinco) leitos, para internação de pacientes, que garante um atendimento básico de diagnóstico e tratamento, com equipe clínica organizada e presença de médico 24 (vinte e quatro) horas, com prova de admissão e assistência permanente prestada por médicos e serviços de enfermagem durante 24 (vinte e quatro) horas, podendo um

paciente permanecer internado por 24 (vinte e quatro) horas.

3.26. Início de Vigência: data a partir da qual o Segurado se encontra coberto pela Seguradora, em caso de ocorrência de Evento Coberto, desde que respeitados os períodos de carência e franquia.

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. Internação Hospitalar: período mínimo de 12 (doze) horas em regime de internação em Hospital/Clínica Especializada, caracterizado pela necessidade de tratamento médico que não possa ser realizado em regime ambulatorial.

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

3.30. Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente: lesões físicas causadas ao Segurado por Acidente Pessoal Coberto onde não há alternativa terapêutica médica disponíveis na época que promova a recuperação ou reabilitação, e que gera a perda ou impotência definitiva de membros ou órgãos, de acordo com as Condições Especiais da Cobertura Adicional de Invalidez Permanente por Acidente.

3.31. Montante Disponível: valor correspondente a um percentual do valor acumulado na Provisão Matemática de Benefícios a Conceder relativo às Coberturas do plano de seguro estruturadas no Regime Financeiro de Capitalização, referente a todos os meses vigentes com prêmios pagos

3.32. Período de Carência: período corrido, determinado na Condição Especial de cada Cobertura, contado a partir do início da Vigência do Seguro, na qual em caso de ocorrência de um Evento Coberto, não haverá pagamento por parte da Seguradora ao Beneficiário.

3.33. Período de Franquia: é o período 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.

3.34. Período de Vigência: período durante o qual, o Segurado se encontra coberto pela Seguradora, em caso de ocorrência de evento coberto.

3.35. Período de Tolerância: período de 45 (quarenta e cinco) dias ininterruptos, contados a partir do dia posterior à data de vencimento do primeiro Prêmio não pago, durante o qual o Segurado ainda estará resguardado pela Seguradora, em caso de ocorrência de evento coberto.

3.36. Pretenso Segurado: é a pessoa que manifesta interesse em contratar o seguro, mas ainda não possui vínculo contratual formal com a Seguradora.

3.37. Prêmio: valor correspondente a cada um dos pagamentos destinados ao custeio do plano.

3.38. Procedimento Cirúrgico: procedimento realizado para reparação de lesões, diagnóstico e cura de determinadas doenças e acidentes.

3.39. Proponente: Pessoa física que deseje contratar o Seguro para si ou em nome de terceiro sobre o qual detenha interesse legítimo, nos termos da lei.

3.40. Proposta de Contratação: documento que formaliza o interesse do Proponente em contratar uma Cobertura(s). A Proposta contém os itens essenciais ao conhecimento do interesse e do risco a ser garantido e à fixação do valor de Prêmio, em que o Proponente, pessoa física, formaliza a intenção de contratar uma Cobertura (ou Coberturas), manifestando pleno conhecimento das condições contratuais.

3.41. Pro Rata Temporis: expressão latina com significado de algo "proporcional ao tempo", ou seja, quando uma medição deve ser feita, considerando algum período. Usada quando se deve mensurar um valor em um período menor do que o contratual.

3.42. Provisão Matemática de Benefícios a Conceder (PMBaC): provisão atuarial constituída mensalmente para as Apólices vigentes, em conformidade com a regulamentação em vigor para fazer face aos compromissos da Seguradora com seus Segurados, antes da Indenização.

3.43. Questionário de Avaliação do 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 de Contratação.

3.44. Responsável pelo Pagamento: pessoa física ou jurídica que se obriga ao pagamento dos Prêmios.

3.45. Risco: eventos futuros e incertos, de natureza súbita e imprevista que possam vir a acontecer, independente da vontade do Segurado.

3.46. Riscos Cobertos: evento previsto na cobertura contratada, onde em caso de concretização **comprovada, origina a indenização ao Beneficiário.**

3.47. Riscos Excluídos: evento expressamente excluído da cobertura contratada, que em caso de concretização, o Beneficiário não tem direito à indenização.

3.48. Segurado: pessoa física, sobre a qual será feita uma avaliação de Risco, para uma possível aprovação do seguro.

3.49. Segurado Dependente: Cônjuge do Segurado, que poderá ser incluído no seguro, de acordo com o disposto na Cláusula Suplementar.

3.50. Seguradora: é a Metropolitan Life Seguros e Previdência Privada S.A., constante da Proposta de Contratação, que assume os Riscos inerentes às coberturas, nos termos deste Seguro.

3.51. Sinistro: a ocorrência do evento coberto, durante o Período de Vigência do plano de seguro.

3.52. Solicitante: Pessoa Física que acionar a utilização do serviço ofertado pela Assistência 24 horas para a Cobertura Funeral. No caso de solicitação de reembolso, será a Pessoa Física que comprovar que arcou com as despesas ocorridas com o funeral do Segurado ou do Segurado Dependente, após a comprovação das mesmas, limitado ao Capital Segurado da Cobertura.

3.53. Regime Financeiro de Capitalização: regime financeiro no qual há constituição da Provisão Matemática de Benefícios a Conceder com base nos Prêmios pagos, capitalizados atuarialmente, após o desconto das despesas administrativas e da parcela do Prêmio destinada à cobertura de Risco a que o Segurado está exposto.

3.54. Regime Financeiro de Repartição: regime financeiro no qual todos os Prêmios pagos pelos Segurados de um mesmo plano, em determinado período, destinam-se ao custeio das despesas de administração e das indenizações a serem pagas no próprio período. **Dessa forma, as coberturas concedidas no Regime Financeiro de Repartição, não dão direito a Resgate ou devolução de quaisquer Prêmios pagos, e os Segurados ou Beneficiários só terão direito à indenização, em caso de Sinistro.**

3.55. Unidade de Terapia Intensiva (UTI): área crítica dentro da estrutura Hospitalar destinada à internação de pacientes graves, que requerem atenção profissional especializada de forma contínua, materiais específicos e tecnologias necessárias ao diagnóstico, monitorização e terapia. Os cuidados ministrados aos pacientes deverão compreender:

3.55.1. Cuidados para estabilizar os sistemas fisiológicos principais para a manutenção da vida;

Cuidados que não possam ser executados em outras unidades do Hospital, devido a técnicas próprias de UTI.

4. COBERTURAS

4.1. Este seguro é formado pela Cobertura Básica e coberturas adicionais. Sendo somente a Cobertura Básica de contratação obrigatória**.**

4.2. Em caso de contratação de coberturas adicionais ao Seguro, o Proponente, deverá ser informado na Proposta de Contratação, qual(is) Cobertura(s) adicional(is) o segurado deseja adquirir.

4.3. Cobertura Básica:

4.3.1. Morte do Segurado:

4.3.1.1. Aos Beneficiários é garantido o pagamento do Capital Segurado desta Cobertura, em um único pagamento, em caso de morte do Segurado. Além disso, em caso de comprovação de Doença em Estágio Terminal, a Seguradora fará a Antecipação do Pagamento Total do Capital Segurado desta Cobertura, ao Segurado, em um único pagamento, exceto se decorrente de Riscos Excluídos, observados os demais termos destas Condições Gerais, das Condições Especiais e da Apólice.

4.3.1.2. A Cobertura de Morte é estruturada como benefício definido e no Regime Financeiro de Capitalização. Sendo assim, está prevista a formação de **Provisão Matemática de Benefícios a Conceder e disponibilização do Montante Disponível, em caso de cancelamento.**

4.4. Coberturas Adicionais:

4.4.1. Poderão ser contratadas as Coberturas adicionais a seguir mencionadas, desde que obedecidas as configurações permitidas pela Seguradora e estabelecidas nestas Condições Gerais e na Apólice do Seguro:

a) Morte Capital Decrescente a cada ano;
b) Morte Acidental;
c) Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente;
d) Doenças Graves e Procedimentos Cirúrgicos;
e) Doenças Graves e Procedimentos Cirúrgicos Premium;
f) Doenças Graves Mais Proteção;
g) Diária de Internação Hospitalar;
h) Doenças Incapacitantes Ampliada;
i) Doenças Incapacitantes;
j) Temporária de Morte;

k) Funeral;
l) Invalidez Funcional Permanente Total por Doença
m) Fratura Óssea
n) Amparo Funeral
o) Diária por Incapacidade Temporária

4.5. As Coberturas adicionais de Morte Acidental, Morte Capital Decrescente a cada ano, Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente, Doenças Graves e Procedimentos Cirúrgicos, Doenças Graves e Procedimentos Cirúrgicos Premium, Doenças Graves Mais Proteção, Diária de Internação Hospitalar, Doenças Incapacitantes Ampliada, Doenças Incapacitantes, Invalidez Funcional Permanente Total por Doença, Fratura Óssea, Amparo Funeral e Diária por Incapacidade Temporária **estão estruturadas sob o Regime Financeiro de Repartição. Sendo assim, não está prevista a formação de reserva, devoluções ou Resgates ao Segurado ou ao Beneficiário.**

4.6. A Cobertura Adicional Temporária de Morte e a Cobertura de Funeral estão estruturadas sob o Regime Financeiro de Capitalização. Sendo assim está prevista a formação de Provisão Matemática de Benefícios a Conceder (reserva) e benefício prolongado, em caso de cancelamento.

4.7. As Coberturas contratadas constarão expressa e claramente na Apólice de Seguro.

4.8. As definições, normas e Riscos Excluídos pertinentes às Coberturas previstas nos itens 4.3.1 e 4.4.1 estão dispostas nas respectivas Condições Especiais.

4.9. O cancelamento da Cobertura de Morte acarretará o cancelamento automático da Apólice, não sendo permitida a manutenção do seguro apenas com as Coberturas Adicionais.

5. RISCOS EXCLUÍDOS

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

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

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

c) Ato reconhecidamente perigoso que não seja motivado por necessidade justificada, exceto quando a morte ou incapacidade decorrer do trabalho, utilização de meio de transporte mais arriscado, de prestação de serviço militar, da prática desportiva, ou de atos de humanidade em auxílio de outrem;

d) Doenças, Lesões 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.

d.1) Em relação às doenças preexistentes, excepcionalmente, mediante expresso acordo entre Seguradora e Segurado, poderá ser excluída da cobertura doenças preexistentes específicas declaradas no Questionário de Avaliação de Risco que integra a Proposta, desde que não seja estabelecido Prazo de Carência para a cobertura.

d.2) Caso seja estabelecido Prazo de Carência para a cobertura, a Seguradora não responderá pelo Sinistros cuja causa exclusiva ou principal seja a doença preexistente durante o Período de Carência estabelecido.

d.2.1.) Nestas hipóteses, a Apólice discriminará a(s) doença(s) preexistente(s) objeto(s) de exclusão de cobertura.

e) Suicídio voluntário ou sua tentativa nos 2 (dois) primeiros anos de vigência, ou da recondução do contrato, quando suspenso, nos termos da lei, exceto se o suicídio decorrer de grave ameaça ou de legítima defesa de terceiro.

e.1) Caso tenha sido solicitado aumento de Capital Segurado pelo Segurado, a exclusão de risco do item "e" somente se aplica à diferença do Capital Segurado aumentado;

f) Atos ilícitos dolosos praticados pelo Segurado, pelo Beneficiário ou pelo representante legal, de um ou de outro, salvo dolo do representante do segurado ou beneficiário em prejuízo desses.

f.1.) Não se aplica a exclusão da alínea "f" da Cláusula 5.1. quando o sinistro for dolosamente provocado pelo beneficiário e

existirem outros beneficiários, os quais receberão o valor a eles devido redefinido proporcionalmente pela eliminação do beneficiário autor do ato ou da omissão dolosos;

g) Epidemias, pandemias ou envenenamento de caráter coletivo, assim declarado por órgão competente.

6. BENEFICIÁRIO(S)

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

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

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

6.2. A Seguradora efetuará o pagamento da Indenização referente ao evento coberto por este seguro, ao(s) Beneficiário(s) expressamente designado(s) pelo Segurado, desde que obedecida a legislação vigente sobre o assunto, bem como as observações deste item.

6.3. Considera-se ineficaz a indicação quando o Beneficiário falecer antes da ocorrência do sinistro e em caso de Comoriência. Nessas hipóteses, o Capital Segurado será pago metade ao cônjuge, se houver, e o restando aos demais herdeiros do Segurado.

6.4. A Antecipação do Pagamento Total do Capital Segurado decorrente de Doença em Estágio Terminal será pago ao próprio Segurado, em uma única vez, conforme Condições Especiais da Cobertura Básica, da Cobertura Adicional Temporária de Morte e da Cobertura Adicional de Morte com Capital Segurado Decrescente a cada ano, quando contratada.

6.5. No caso de Invalidez Permanente Parcial por Acidente, Invalidez Acidental Majorada, Cirurgias, Doenças Incapacitantes Ampliada, Doenças Incapacitantes, Invalidez Funcional Permanente Total por Doença e Fratura Óssea, será efetuado o pagamento, ao próprio Segurado, de um percentual do Capital Segurado Líquido de acordo com o grau da invalidez, doença ou fratura, conforme tabela apresentada nas Condições Especiais de cada cobertura.

6.6. No caso de Doenças Graves e Procedimentos Cirúrgicos ou Doenças Graves e Procedimentos Cirúrgicos Premium ou Doenças Graves Mais Proteção, Diária de Internação Hospitalar e Diária por Incapacidade Temporária será efetuado o pagamento, ao próprio Segurado, do Capital Segurado Líquido, de acordo com as Condições Especiais da respectiva cobertura.

6.7. No caso de solicitação de reembolso relativo às despesas da Cobertura Adicional de Funeral ou Amparo Funeral, o Beneficiário será o Solicitante que comprovar as despesas ocorridas com o funeral do Segurado ou do Segurado Dependente, quando aplicável, limitado ao Capital Segurado da respectiva cobertura.

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

6.9. Caso o Segurado seja separado, judicialmente ou de fato, caberá ao companheiro a metade que caberia ao cônjuge.

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

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

7. ACEITAÇÃO DA PROPOSTA DE CONTRATAÇÃO

7.1. A aceitação da Proposta estará sujeita à Análise de Risco.

7.2. A celebração ou alteração do contrato de seguro será feita mediante Proposta de Contratação formalizada por qualquer meio idôneo, pelo Proponente, seu representante ou por corretor de seguros habilitado. A Proposta terá os elementos essenciais para análise e aceitação do Risco. A Seguradora fornecerá ao Proponente, no recebimento da proposta, um número de protocolo para o início da análise de aceitação de Risco.

7.3. A Seguradora terá o prazo de 25 (vinte e cinco) dias corridos, contados da data do recebimento da Proposta de Contratação, para aceitar ou recusar a contratação do seguro.

7.4. A Seguradora poderá solicitar documentos complementares para análise e aceitação da

Proposta de Contratação. Neste caso, o prazo de 25 (vinte e cinco) dias será reiniciado a partir da entrega da documentação solicitada.

7.5. A Seguradora fará, obrigatoriamente, a comunicação formal ao Proponente com a devida justificativa, no caso de não aceitação da proposta. A ausência de manifestação da Seguradora, no prazo previsto no item 7.3, caracterizará a aceitação da proposta.

7.6. Em caso de recusa do Risco, em que tenha havido adiantamento de valor total ou parcial do prêmio para cobertura provisória, em caso de recusa, o valor do adiantamento será restituído ao Proponente, no prazo máximo de 10 (dez) dias corridos, integralmente ou deduzido da parcela "Pro Rata Temporis", correspondente ao período em que tiver vigorado a Cobertura. Neste caso, o Proponente tem cobertura do seguro entre a data de recebimento da proposta com adiantamento do Prêmio e a data da formalização da recusa.

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

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

8.1. 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.

8.2. 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.

8.3. Quando o seguro for feito sobre a vida ou integridade física de outra pessoa que não seja o Proponente, 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.

8.4. 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. Além disso, devem declarar tudo o que souberem ou deveriam saber sobre o interesse e o risco a serem garantidos, conforme as regras ordinárias de conhecimento e boa-fé.

8.5. 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.

8.6. 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.

8.7. 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.

9. ÂMBITO TERRITORIAL DA COBERTURA

9.1. Este seguro abrange os eventos ocorridos em qualquer parte do globo terrestre.

10. PERÍODO DE VIGÊNCIA DO SEGURO

10.1. Este é um seguro por prazo determinado, ou seja, existirá cobertura pelo período contratado. O início e o término de vigência da Cobertura Básica estarão descritos na Proposta de Contratação e na Apólice de Seguro.

10.2. O Período de Vigência das Coberturas adicionais será determinado e estabelecido na Proposta de Contratação, assim como na Apólice de seguro.

10.3. O Período de Vigência das coberturas adicionais observará o período de pagamento de Prêmio das respectivas coberturas.

10.4. O início e fim das vigências das Cobertura de Risco contratada estará descrito na Apólice de Seguro e se dará as 24 (vinte e quatro) horas da data estabelecida. Respeitado o período correspondente ao Prêmio pago e o Período de Tolerância, a cobertura cessa automaticamente no final do prazo de vigência da Apólice.

10.5. O Início de Vigência da Cobertura cuja proposta tenha sido recepcionada pela Seguradora, sem pagamento de Prêmio, coincidirá com a data de aceitação da proposta ou com data distinta, desde que expressamente acordada entre as partes.

10.6. Os contratos de seguro cujas propostas tenham sido recepcionadas, com adiantamento de valor para futuro pagamento parcial ou total do Prêmio, terão seu Início de Vigência a partir da data de recepção da proposta pela Seguradora, observado o item 7.6.

11. CAPITAL SEGURADO

11.1. Todos os valores deste Plano de Seguro serão expressos em moeda corrente nacional.

11.2. Os Capitais Segurados serão indenizados sob a forma de pagamento único.

11.3. Os Capitais Segurados serão estabelecidos na Proposta de Contratação e na Apólice de Seguro, por Cobertura, conforme proposto pelo Segurado e dentro dos limites aceitos pela Seguradora.

11.4. Considera-se como data do evento, para efeito de determinação do Capital Segurado, as datas listadas por cobertura, conforme abaixo:

Regra de data do evento	
Cobertura	**Data do evento**
Morte	Data do falecimento
Antecipação de capital por doença terminal	Data do relatório médico que atesta a doença
Morte Acidental	Data do acidente
Funeral e Amparo Funeral	Data do falecimento
Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente	Data do acidente
Diária por Internação Hospitalar	Data da internação
Doenças Graves e procedimentos cirúrgicos	Data do diagnóstico da doença ou realização do procedimento médico
Doenças Graves e procedimentos cirúrgicos Premium	Data do diagnóstico da doença ou realização do procedimento médico
Doenças Graves Mais Proteção	Data do diagnóstico da doença ou realização do procedimento médico
Doenças Incapacitantes Ampliada	Data do Laudo Médico que atesta a doença
Doenças Incapacitantes	Data do Laudo Médico que atesta a doença
Temporária de Morte	Data do falecimento
Invalidez Permanente por Doença Funcional	Data do Laudo Médico que atesta a doença funcional.
Fratura Óssea	Data do acidente
Diária por Incapacidade Temporária	Data do Laudo Médico que atesta o afastamento da ocupação profissional remunerada.

11.5. No caso de Invalidez Parcial por Acidente, o Capital Segurado será automaticamente reintegrado após cada Sinistro. Desta forma, o Capital Segurado não sofrerá redução para Sinistros futuros.

11.6. No caso de utilização das coberturas Básica de **Morte, Morte Acidental, Morte decrescente, Temporária de Morte, Invalidez Total por Acidente, Doenças Graves e Procedimentos Cirúrgicos, Doenças Graves e Procedimentos Cirúrgicos Premium , Doenças Graves Mais Proteção, Funeral e Amparo Funeral, o Segurado terá a Cobertura, ou o módulo, quando este for a Cobertura Doenças Graves Mais Proteção, automaticamente cancelada após o pagamento da indenização,** com a consequente devolução de valores eventualmente pagos após esta data, devidamente atualizados nos termos da regulamentação específica.

11.7. Se houver o pagamento de indenização por Doenças Graves e Procedimentos Cirúrgicos, Doenças Graves e Procedimentos Cirúrgicos Premium ou Doenças Graves Mais Proteção, e verificar-se a Invalidez Permanente por Acidente do Segurado em consequência do mesmo acidente, a importância já paga por Doenças Graves e Procedimentos Cirúrgicos ou Doenças Graves e Procedimentos Cirúrgicos Premium será deduzida do Capital Segurado de Invalidez Permanente por Acidente**.** Esta dedução é limitada ao valor de capital da cobertura de Invalidez Permanente por Acidente.

11.8. Se após o pagamento da indenização por Invalidez Permanente por Acidente, for constatado que a Morte do Segurado em consequência do mesmo acidente, a importância já paga por Invalidez

Permanente por Acidente será deduzida do Capital Segurado de Morte Acidental. Esta dedução é limitada ao valor de capital da cobertura de Morte Acidental.

11.9. Mudança de capital segurado

11.9.1.1. O Segurado poderá solicitar, **a qualquer momento, desde que o seguro esteja vigente e com os Prêmios pagos em dia**, a alteração do Capital Segurado das coberturas contratadas, por meio de formulário apropriado, respeitando as regras de contratação, os valores mínimos e máximos de Capital Segurado e de Prêmio estabelecidos pela Seguradora. A alteração de capital de qualquer cobertura contratada, permitirá a revisão dos demais Capitais Segurados pela Seguradora, de forma que sejam respeitadas as regras de contratação e os valores mínimos e máximos de Capital Segurado e de Prêmio estabelecidos, pela Seguradora.

11.9.1.2. A alteração de capital, será válida a partir da data de aceitação, formalizada pela Seguradora, **não podendo ter efeito retroativo.**

11.9.1.3. A alteração de Capital das coberturas Morte com Capital Decrescente, Morte Acidental Invalidez por Acidente, Doenças Graves e Procedimentos Cirúrgicos, Doenças Graves e Procedimentos Cirúrgicos Premium, Doenças Graves Mais Proteção, Doenças Incapacitantes e Diária de Internação Hospitalar, Invalidez por Doença Funcional e Fratura Óssea, se contratada, **em caso de pagamento de Prêmio em periodicidade anual, resultará em devolução do Prêmio, proporcional à redução do capital e ao período restante, até o próximo Aniversário da Apólice, contados a partir da data de alteração do Capital.**

11.9.1.4. A alteração do Capital da Cobertura Básica de morte, da Cobertura Adicional Temporária de Morte e das coberturas Funeral Individual e Funeral Cônjuge, **por seguirem o Regime Financeiro de Capitalização, permitirá Resgate da diferença na Provisão Matemática de Benefícios a Conceder, proporcional à alteração, de acordo com o Montante Disponível proporcional.**

11.9.1.5. Não há devolução de Prêmios, em caso de pagamento de Prêmio com periodicidade anual, para as coberturas de Morte, Temporária de Morte e Funeral Individual e Funeral Cônjuge.

11.10. Mudança para Seguro com Benefício Prolongado

11.10.1. A partir do 25º mês de vigência da Apólice, o Segurado poderá solicitar para a Cobertura Básica deste seguro, a mudança do seguro original para o de Benefício Prolongado, interrompendo o pagamento dos Prêmios a vencer. A solicitação deve ser feita em formulário apropriado e a provisão matemática referente ao último prêmio pago será a base de cálculo para a conversão em Benefício Prolongado.

11.10.2. O Valor do Montante Disponível referente às Coberturas de Morte, Temporária de Morte e Funeral deste seguro e disponível na data da solicitação será utilizado para a manutenção da Cobertura de Morte e, portanto, o Período de Vigência será reduzido em função do Prêmio único, utilizado para sua quitação. Neste caso, o Capital Segurado do novo seguro será o mesmo que o Capital Segurado vigente, sendo mantidas as características de atualização monetária até que o novo Período de Vigência estipulado. Ao se tornar um seguro temporário, não haverá constituição de Montante Disponível.

11.10.3. Após a mudança, a Seguradora emitirá um documento com as informações pertinentes à mudança para Seguro com Benefício Prolongado, e as Coberturas adicionais vinculadas serão canceladas**.**

11.10.4. As Coberturas adicionais não poderão fazer mudança para Seguro com Benefício Prolongado, ocorrendo assim seu cancelamento.

11.10.5. Após a mudança para Seguro com Benefício Prolongado, o Segurado perderá o direito à Antecipação do Pagamento Total do Capital Segurado em decorrência de Doença em Estágio Terminal.

12. PERÍODO DE CARÊNCIA E PERÍODO DE FRANQUIA

12.1. Para as Coberturas adicionais de Doenças Graves e Procedimentos Cirúrgicos, Doenças Graves e Procedimentos Cirúrgicos Premium, Doenças Graves Mais Proteção, Diárias de Internação Hospitalar, Doenças Incapacitantes Ampliada, Doenças

Incapacitantes e Fratura óssea haverá carência e Período de Franquia conforme tabela a seguir:

Período de Carência e Período de Franquia		
Cobertura	**Período de carência**	**Período de Franquia**
Doenças Graves e Procedimentos Cirúrgicos	90 (noventa) dias	Sobrevivência de 30 (trinta) dias, após data do evento.
Doenças Graves e Procedimentos Cirúrgicos Premium	90 (noventa) dias	Sobrevivência de 30 (trinta) dias, após data do evento.
Doenças Graves Mais Proteção	90 (noventa) dias	Sobrevivência de 30 (trinta) dias, após data do evento
Diária de Internação Hospitalar	90 (noventa) dias	4 (quatro) dias corridos de internação, após data do evento.
Doenças Incapacitantes Ampliada	60 (sessenta) dias	Por doença, conforme definido nas condições especiais.
Doenças Incapacitantes	60 (sessenta) dias	Por doença, conforme definido nas condições especiais.
Fratura Óssea	**-**	4% da Lista de Fratura de Ossos ou Grupo de Ossos Cobertos
Diária por Incapacidade Temporária	**180 (cento e oitenta) ou 60 (sessenta) dias conforme Condição Especial.**	Módulos 1 e 3: 10 (dez) dias Módulos 2 e 4: 15 (quinze) dias

12.2. 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, ou a reserva matemática, se houver

12.3. Não haverá carência nos casos em que a Doença Coberta, Diária de Internação Hospitalar ou Diária por Incapacidade Temporária for proveniente de Acidente Pessoal do Segurado ocorrido após o início da vigência do seguro.

12.4. Haverá carência para utilização do Montante Disponível sob a forma de Benefício Prolongado conforme item 12.6.

13. MONTANTE DISPONIVEL

13.1. Enquanto a Apólice estiver em vigor, será constituída, para as **coberturas de Morte, Temporária de Morte e Funeral,** desde que contratadas, a Provisão Matemática de Benefícios a Conceder, com base nos parâmetros técnicos estabelecidos para este Plano de Seguro.

13.2. Com a Provisão Matemática de Benefícios a Conceder que é formada ao longo da vigência do Seguro, a Seguradora calcula o Montante Disponível, valor que fica à disposição do Segurado caso seja exercido o Resgate **(somente em caso de cancelamento por inadimplência)** ouo Benefício Prolongado, conforme condições estabelecidas nestas Condições Gerais.

13.3. O Valor do Montante Disponível é calculado aplicando-se a porcentagem da tabela a seguir ao valor da Provisão Matemática de Benefícios a Conceder formado, de acordo com o Período de Vigência.

13.3.1. Para fins de referência de vigência será considerada a competência da última parcela paga.

Regra de Disponibilização de Resgate Aplicável somente em caso de Cancelamento por Inadimplência	
Período de Vigência da Apólice	% de Disponibilização de Resgate em relação à PMBAC
1º ao 12º mês	0%
13º ao 24º mês	0%
25º ao 36º mês	20%
37º ao 48º mês	30%
49º ao 60º mês	40%
61º ao 72º mês	50%
73º ao 84º mês	60%
85º ao 96º mês	70%
97º ao 108º mês	80%
A partir do 109º mês	100&

13.4. O valor do Montante Disponível se iguala ao valor da Provisão Matemática de Benefícios a Conceder a partir do mês 109.

13.5. O cliente pode, portanto, acessar os valores do seu seguro:

13.5.1. Através do sinistro, onde após o evento coberto o capital segurado da cobertura sinistrada é pago conforme definido no item 16; ou

13.5.2. , A partir do **25º mês de vigência, o Segurado poderá solicitar** a utilização do Montante Disponível para a alteração da Apólice para Benefício Prolongado

13.6. Em caso, de inadimplência, a Provisão Matemática de Benefícios a Conceder (PMBC) continuará sendo constituída normalmente durante o Período de Tolerância e Suspensão.

13.6.1. Em caso de cancelamento por inadimplência ocorrido antes do 25º mês de vigência da Apólice, o Segurado não terá direito ao Resgate ou Benefício Prolongado, pois não há Montante Disponível, conforme tabela constante no item 13.3:

13.6.1.1. Em caso de cancelamento do seguro por falta de pagamento e desde que decorridos mais de 24 meses de vigência do seguro, o Segurado será notificado para que, no prazo de 30 (trinta) dias manifeste-se se deseja resgatar o Montante Disponível ou transformar o Montante Disponível em Benefício Prolongado.

13.6.1.2. **Decorridos os 30 dias da data da frustração da comunicação ou da data da comunicação sem que o Segurado se manifeste, o Montante Disponível devido ao Segurado será aquele constituído na data de vencimento do primeiro Prêmio vencido e não pago. O saldo do Montante Disponível será usado para converter a apólice em Benefício Prolongado, conforme as regras definidas no item 13.7.**

13.7. Benefício Prolongado

13.7.1. A alteração para Benefício Prolongado poderá ocorrer:

13.7.1.1. **Por solicitação do Segurado, a partir do 25º mês de vigência da Apólice,** alterando, desta forma, a configuração original para **Benefício Prolongado,** interrompendo o pagamento dos Prêmios a vencer.

13.7.1.2. Por cancelamento da apólice por inadimplência, conforme mencionado no item 13.6. destas Condições Gerais. **O Montante Disponível considerado será aquele disponível na data da solicitação, ou na data do último pagamento, em caso de inadimplência.**

13.7.2.1. O Período de Vigência será reduzido em função do Montante Disponível, utilizado para quitação do Seguro.

13.7.2.2. O Capital Segurado não será alterado, sendo mantidas as características de atualização monetária, com a redução da vigência inicialmente contratada, utilizando todo o saldo do Montante Disponível.

13.7.2. Após a mudança, a Seguradora emitirá um documento com as informações pertinentes à mudança para Seguro com Benefício Prolongado, e as demais Coberturas adicionais serão canceladas.

14. As coberturas adicionais não são aplicáveis a mudança para Benefício Prolongado, ocorrendo assim o cancelamento das coberturas adicionais contratadas.

14.1.1. Após a mudança para Seguro com Benefício Prolongado, o Segurado perderá o direito à Antecipação do Pagamento Total do Capital Segurado em decorrência de Doença em Estágio Terminal.

15. PRÊMIO DO SEGURO

15.1. Pagamento dos Prêmios

15.1.1. Os Prêmios deste seguro são custeados totalmente pelo Responsável do Pagamento.

15.1.2. O prazo para o pagamento dos Prêmios, estará disponível para a escolha do Responsável pelo Pagamento e será informado na Proposta de Contratação e na Apólice.

15.1.3. A data de vencimento dos Prêmios e a periodicidade de pagamento serão estabelecidas pelo Proponente na Proposta

de Contratação, com exceção do 1ª (primeiro) Prêmio, que dependerá da data da aceitação da Proposta. Quando a data de vencimento coincidir com dia em que não haja expediente bancário, o pagamento do Prêmio poderá ser efetuado no 1º (primeiro) dia útil seguinte. §1º Os Prêmios poderão ser pagos de forma anual ou mensal, sendo que esta periodicidade irá constar na Proposta de Contratação.

15.1.4. O pagamento dos Prêmios poderá ser efetuado através de débito em conta corrente, por meio de cartão de crédito ou outras formas admitidas pela Seguradora.

15.2. Pagamento por meio de débito automático em conta corrente

15.2.1. Se não houver manifestação do Responsável pelo Pagamento em até 30 (trinta) dias antes do dia do débito, a Seguradora não aceitará o cancelamento do mesmo. Ocorrendo a insuficiência de fundos nos respectivos vencimentos, na conta corrente bancária indicada pelo Responsável pelo Pagamento, ficará caracterizado o não pagamento do Prêmio. O Responsável pelo Pagamento poderá autorizar a Seguradora a reemitir, na conta corrente do Responsável pelo Pagamento, o débito vencido e não pago.

15.3. Pagamento por meio de cartão de crédito

15.3.1. Se houver a não autorização da administradora, o cancelamento ou a troca do número do cartão que impeça que o valor seja cobrado, ficará caracterizado o não pagamento do Prêmio. Se a administradora não autorizar o pagamento do Prêmio, o responsável pelo pagamento deverá autorizar a Seguradora a reemitir no seu cartão de crédito, o valor do débito vencido e não pago. Além disso, deverá informar imediatamente à Segurança o novo número do cartão de crédito, para que o pagamento do Prêmio seja realizado.

15.3.2. Se ficar caracterizado o não pagamento do Prêmio em qualquer uma das formas de pagamento descritas anteriormente, o seguro estará sujeito ao disposto nos itens 13.4, 13.5 e 13.6, destas Condições Gerais.

15.3.3. O Segurado poderá solicitar por meio de formulário apropriado, fornecido pela Seguradora, mudança na forma de pagamento do Prêmio, data de vencimento e alteração de periodicidade de pagamento.

15.3.4. Independente do momento que o pedido de alteração de periodicidade de pagamento for feito, a alteração ocorrerá exclusivamente no Aniversário da Apólice**.**

15.4. Inadimplência e Período de Tolerância

15.4.1. O não pagamento da primeira parcela até o vencimento, implicará no cancelamento automático do Seguro, sem direito à cobertura.

15.4.2. O Período de Tolerância é definido como o período de 45 (quarenta e cinco) dias corridos e consecutivos, a serem contados a partir do dia imediatamente posterior à data de vencimento do primeiro Prêmio vencido e não pago, durante o qual o Segurado ainda terá direito às Coberturas contratadas.

15.4.3. Se, durante o Período de Tolerância, ocorrer algum evento coberto, quaisquer Prêmios devidos e não pagos serão deduzidos da Indenização, observado o disposto nos itens 14.4.5. e 14.4.6.

15.4.4. Ao final do Período de Tolerância, caso os Prêmios vencidos não tenham sido pagos conforme previsto no item 15.4.2. o Segurado poderá, nos termos do item 12., desde que possua Montante Disponível, optar entre:

a) Resgatar o Montante Disponível, ou

b) Converter o Montante Disponível em Benefício Prolongado

15.4.5. Durante o Período de Tolerância, qualquer pagamento em atraso, será efetuado pelo valor do Prêmio vencido, acrescido de multa, aplicada de uma só vez, de 2% (dois por cento), conforme previsto em lei.

15.4.6. Além da multa mencionada no item 15.4.5., será acrescentada ao valor do Prêmio vencido e não pago, a atualização monetária com base na variação apurada entre o último índice (IPCA/IBGE) do mês anterior publicado da exigibilidade da obrigação pecuniária e aquele publicado imediatamente anterior à data de sua liquidação, acumulado desde a data de seu vencimento até a data do efetivo pagamento, acrescida de juro de 1% a.m.

(um por cento ao mês), em base Pro Rata Temporis.

15.4.7. Em caso de atraso no pagamento de qualquer parcela do prêmio, exceto a primeira, o Segurado será notificado por meio idôneo, após o Período de Tolerância, com comprovação de recebimento, para regularizar o(s) pagamento(s) no prazo de 15 (quinze) dias.

15.4.8. Recebida a notificação para regularização do(s) pagamento(s) e não purgada a mora no prazo nela indicado, poderá ser suscetível à suspensão das coberturas da apólice desde o vencimento da parcela original não paga.

15.4.9. Decorridos 30 (trinta) dias da suscetível Suspensão do Seguro e não purgada a mora, a Seguradora poderá enviar nova notificação ao Segurado, informando sobre sua decisão em rescindir o contrato.

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

15.4.11. . Caso o 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.

15.5. Rescisão do Seguro

15.5.1. Sem prejuízo de outras penalidades cabíveis, independentemente de notificação ou interpelação judicial, o Segurado e seu(s) Beneficiário(s) perderão o direito às Coberturas do Seguro contratado, ficando a Seguradora livre do dever de prestar o capital segurado ou a indenização, nas ocorrências de fraudes por reclamação do sinistro praticadas pelo Segurado, pelo(s) seu(s) Beneficiário(s) ou pelo representante legal de um ou de outro, com o propósito de obter vantagem ilícita do seguro.

15.6. Cancelamento do Seguro

15.6.1. O Segurado tem o direito de arrependimento, tornando o Seguro nulo de pleno direito no prazo de 10 (dez) dias, a partir do Início de Vigência da Apólice, mediante requerimento feito à Seguradora através de seus canais de atendimento. Com o recebimento da solicitação do arrependimento, a Seguradora devolverá qualquer Prêmio recebido, livre de taxas ou encargos e atualizada monetariamente, tendo como base a variação positiva acumulada do IPCA/IBGE, calculada, na forma da lei, desde a data do pagamento do Prêmio até a data da devolução do seu valor.

15.6.2. Decorrido o prazo de 10 (dez) dias acima ou com o pagamento do segundo Prêmio, o item acima perde validade e o Seguro será cancelado, se solicitado, com condições de devolução de Prêmios diferentes conforme a periodicidade de pagamento de Prêmio:

15.6.2.1. Em caso de Apólices com periodicidade de pagamento de Prêmio mensal não haverá devolução do Prêmio recebido pela Seguradora, sendo devido apenas o Valor do Montante Disponível, ou benefício prolongado conforme a cláusula 11 para as coberturas de Morte, Funeral Individual e Funeral Cônjuge.

15.6.2.2. O cálculo do Valor de Resgate Líquido mencionado no item 12.6.2.1. será correspondente ao Montante Disponível definido na data de vigência da última parcela do Prêmio pago.

15.6.2.3. Em caso de Apólices com periodicidade de pagamento de Prêmio anual, haverá devolução do Prêmio recebido pela Seguradora, proporcionalmente aos meses completos a decorrer, contados a partir do cancelamento da apólice, para as coberturas de Morte Acidental, Invalidez por Acidente, Morte com Capital Decrescente, Doenças Graves e Procedimentos Cirúrgicos, Doenças Graves e Procedimento Cirúrgicos Premium e Diária de Internação Hospitalar. Para as Coberturas de Morte, Funeral Individual e Funeral Cônjuge**. Em razão das características deste seguro e considerando o disposto no item Valor de Resgate Líquido, para as Coberturas de Morte, Funeral Individual e Funeral Cônjuge serão devidos apenas o Valor de Resgate líquido ou benefício prolongado, não havendo devolução de Prêmios, conforme a cláusula 12.**

15.6.2.4. O cálculo do Valor de Resgate Líquido mencionado no item 12.6.2.3. será correspondente ao Montante Disponível definido na data de vigência da última parcela do Prêmio pago.

15.6.2.5. A Apólice não poderá ser cancelada durante a vigência pela Seguradora sob a alegação de alteração da natureza dos Riscos.

15.6.3. Além das situações mencionadas nos itens 14.4,14.5 e 14.6. o seguro estará cancelado:

a) Com o falecimento do Segurado;

b) Com a solicitação expressa do Segurado nesse sentido, com antecedência mínima de 30 (trinta) dias;

c) Com a Antecipação do Pagamento Total do Capital Segurado em decorrência de Doença em Estágio Terminal; ou

d) Com o fim do novo período temporário após mudança para Seguro com Benefício Prolongado; ou

e) Se constada uma das hipóteses previstas nos itens "Perda do Direito a Indenização" das Condições Gerais.

f) Na hipótese do segurado, seus prepostos ou seus beneficiários ou, no caso de pessoas jurídicas, seus sócios controladores, dirigentes e administradores legais agirem com dolo, fraude ou simulação na contratação do seguro, durante toda sua vigência, ou ainda para obter ou para majorar a indenização.

e) Inadimplência por prazo superior ao prazo de tolerância previsto nessas condições.

15.6.4. 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 o interesse legítimo do contratante sobre a vida do segurado.

15.6.5. 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.

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

15.6.7. No caso de o interesse legítimo, entendido como a efetiva relação direta do segurado com uma perda coberta, passar a existir somente durante a vigência do seguro, qualquer das coberturas contratadas somente será eficaz a partir do momento que passou a existir o respectivo interesse legítimo, sem qualquer retroatividade.

15.6.8. O Segurado poderá solicitar a qualquer momento, o cancelamento do Seguro. A solicitação deverá ser feita através dos canais de atendimento da MetLife.

16. ATUALIZAÇÃO DOS VALORES DO SEGURO

16.1. Os Capitais Segurados e os Prêmios serão atualizados anual e monetariamente, em cada Aniversário da Apólice, com base na variação do IPCA/IBGE (Índice de Preços ao Consumidor Amplo), acumulado 12 meses até aquele publicado no mês imediatamente anterior ao mês do aniversário.

16.2. Quando a periodicidade de pagamento do Prêmio for anual, os Capitais Segurados pagáveis por morte ou invalidez, serão atualizados pelo IPCA/IBGE, desde a data da última atualização do Prêmio, até a data de ocorrência do respectivo evento gerador.

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

16.4. O saldo da Provisão Matemática de Benefícios a Conceder será atualizado mensal e monetariamente, com base na variação mensal do IPCA/IBGE, publicado imediatamente anterior ao mês base de cálculo da Provisão Matemática de Benefícios a Conceder.

16.5. O saldo da Provisão Matemática de Benefícios a Conceder será capitalizado mensal e atuarialmente, com base na taxa de juros de 3,0% a.a. (três por cento ao ano), enquanto a Apólice estiver em vigor, até a idade de 100 (cem) anos. A partir desta idade, a Provisão Matemática de Benefícios a Conceder será atualizada apenas com base na variação mensal do IPCA/IBGE conforme item 14.4.

16.6. Atualização do Valor Saldado: No primeiro Aniversário da Apólice, após o saldamento, o Capital Segurado saldado será atualizado com base na variação apurada entre o último índice publicado (IPCA/IBGE) antes da data da alteração para Seguro com Valor Saldado e aquele publicado imediatamente anterior ao mês do aniversário. Nos demais aniversários o Capital Segurado saldado sofrerá atualização monetária pelo IPCA/IBGE acumulado de 12 meses até aquele publicado anterior ao mês do aniversário.

16.7. Atualização do Benefício Prolongado: No primeiro Aniversário da Apólice, após a concessão do Benefício Prolongado, o Capital Segurado será atualizado com base na variação apurada entre o último índice publicado (IPCA/IBGE) antes da data de concessão do Benefício Prolongado e aquele publicado imediatamente anterior ao mês do Aniversário da Apólice. Nos demais aniversários, o Capital Segurado sofrerá atualização monetária pelo IPCA/IBGE acumulado de 12 meses até aquele publicado anterior ao mês do aniversário.

16.8. Não ocorrerá alteração de taxa para as Coberturas de Morte, Temporária de Morte e Funeral, por se tratar de um produto de Prêmio nivelado. As Coberturas Adicionais sofrerão alteração de Prêmio por variação de faixa etária, apenas em caso de fim de vigência seguido de renovação.

17. OCORRÊNCIA DO SINISTRO

17.1. Ocorrido o Sinistro, deverá ser ele comunicado, por escrito, à Seguradora, pelo Segurado, ou pelo(s) Beneficiário(s), logo que o saiba(m). Para a Cobertura Adicional de Funeral, o Solicitante deverá entrar em contato com a Seguradora através da Central de Atendimento pelos telefones 0800 638 5433 e +55 3003 5433 para chamadas a cobrar do exterior.

17.2. 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.

17.3. O descumprimento doloso dos deveres previstos neste artigo 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.

17.4. 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

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

18. INDENIZAÇÃO E REEMBOLSO

18.1. Pagamento de Indenização

18.1.1. Para pagamento do Capital Segurado Líquido de um evento coberto por este seguro, a ocorrência do Sinistro, bem como todas as circunstâncias a ele relacionadas, deverá ser satisfatoriamente comprovada.

18.1.2. A Seguradora está autorizada, em caso de dúvida fundada e justificável, a tomar todas as providências necessárias ao esclarecimento dos fatos, arcando com os custos correspondentes, para obter explicação completa sobre o evento ocorrido, podendo, inclusive, solicitar documentos que considerar necessários à comprovação do fato alegado, além daqueles descritos nas Condições Especiais da respectiva cobertura.

18.1.3. Para os casos de Morte, Antecipação do Pagamento Total em decorrência de Doença em Estágio Terminal, Morte Acidental, Cobertura Adicional Temporária de Morte, Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente, Doenças Graves e Procedimentos Cirúrgicos, Doenças Graves e Procedimentos Cirúrgicos Premium, Doenças Graves Mais Proteção, Diária de Internação Hospitalar, Diária por Incapacidade Temporária, Doenças Incapacitantes Ampliada, Doenças Incapacitantes e Temporária de Morte em posse de toda a documentação obrigatória para análise da cobertura solicitada, a Seguradora terá o prazo de 30 (trinta) dias para aceitar e efetuar o pagamento do Capital Segurado Líquido, ou recusar o pagamento do mesmo. Se dentro do prazo mencionado, devido à dúvida fundada e justificável, a Seguradora solicitar ao interessado, outro documento para elucidar a análise do evento, a contagem do prazo sofrerá suspensão e voltará a correr a partir do dia útil seguinte à chegada do último documento solicitado.

18.1.4. Caso haja atraso no pagamento da Indenização, a Seguradora pagará juros de mora de 1% a.m. (um por cento ao mês), contados a partir do primeiro dia posterior ao término do prazo fixado no item anterior, além da atualização monetária aplicada desde a data da ocorrência do evento Segurado até a data do efetivo pagamento, tendo como base a variação positiva acumulada do IPCA/IBGE e multa, aplicada de uma só vez, de 2% (dois por cento).

18.1.5. O pagamento do Capital Segurado Líquido deverá ser feito por crédito em conta ou ordem de pagamento, pagável no domicílio ou praça indicada pelo(s) mesmo(s), conforme o caso.

18.1.6. As providências ou atos que a Seguradora praticar não importam, por si mesmos, no reconhecimento da obrigação de pagamento de qualquer Capital Segurado.

18.1.7. O pagamento de valores relativos à atualização monetária e juros moratórios será feito independentemente de notificação ou interpelação judicial, de uma só vez, juntamente com os demais valores do contrato.

18.1.8. A invalidez permanente prevista deve ser comprovada através de declaração médica. A

aposentadoria por invalidez concedida por instituições oficiais de previdência, ou assemelhadas, não caracteriza por si só o estado de invalidez permanente. A declaração médica deverá ser acompanhada de exames complementares e/ou relatórios disponíveis que comprovem a incapacidade alegada.

18.2. Adiantamento Parcial de Benefício

18.2.1. O(s) Beneficiário(s) poderá(ão) solicitar o Adiantamento Parcial do Benefício na ocasião de Morte do Segurado em decorrência de um evento coberto, para que possam arcar com despesas imediatas.

18.2.2. Para ter direito a esse adiantamento de benefício, a Apólice deverá estar no Período de Não Contestação, conforme descrito no item 19.

18.2.3. Não há cobrança de Prêmio adicional para esse benefício.

18.2.4. O adiantamento será de até 25% (vinte e cinco por cento) do Capital Segurado Líquido em vigor, limitado ao valor máximo de R$15.000,00 (quinze mil reais), independentemente do número de Apólices ativas e do número de Beneficiários Solicitantes.

18.2.5. Para fins desse benefício, não são considerados os Capitais Segurados das coberturas adicionais, se contratadas.

18.2.6. A Seguradora poderá negar o pagamento deste benefício em decorrência de suspeita de Risco excluído. Negar o pagamento do adiantamento parcial de benefício não impede o pagamento do valor do Capital Segurado da Cobertura Básica de morte após análise de Sinistro.

18.2.7. O Adiantamento Parcial do Benefício será pago apenas ao(s) Beneficiário(s) que o solicitar(em), por formulário específico fornecido pela Seguradora.

18.2.8. São elegíveis a receber Adiantamento Parcial do Benefício apenas os Beneficiários Pessoa Física maiores de 18 (dezoito) anos e indicados na Apólice.

18.2.8.1. O Adiantamento Parcial do Benefício não será pago à Beneficiários que não tenham sido indicados pelo Segurado e registrado na Apólice do Seguro.

18.2.9. O valor do Adiantamento Parcial do Benefício de cada Beneficiário será proporcionalmente limitado ao percentual de benefício indicado para si na Apólice, observado item 16.2.4 mesmo que outro(s) Beneficiário(s) não tenha(m) solicitado tal adiantamento.

18.2.9.1. O adiantamento concedido será deduzido do valor do benefício total a ser pago apenas em relação ao valor devido ao(s) Beneficiário(s) Solicitante(s).

18.2.10. Procedimentos para receber o Adiantamento Parcial do Benefício:

18.2.11. O(s) Beneficiário(s) deverá(ão) preencher formulário específico fornecido pela Seguradora e enviá-lo com as cópias da Certidão de Óbito do Segurado, do RG e do CPF do Segurado e do(s) Beneficiário(s) Solicitante(s). Em caso de Morte por acidente do Segurado, a cópia Boletim de Ocorrência deverá ser enviada com os demais documentos.

18.2.12. O adiantamento parcial do benefício será pago por depósito em conta(s)-corrente(s) ou poupança(s) indicada(s) no formulário.

18.2.13. O pagamento será realizado em até 7 (sete) dias úteis após o recebimento dos documentos descritos no subitem 16.2.12.

18.2.14. Para pagamento integral do benefício, conforme descrito na Apólice, o(s) Beneficiário(s) deverá(ão) seguir os procedimentos descritos no item 16.1 (Pagamento do Indenização).

18.3. Pagamento de Reembolso

18.3.1. Para pagamento do Reembolso de um evento coberto por este seguro, a ocorrência do Sinistro, bem como todas as circunstâncias a ele relacionadas, deverá ser satisfatoriamente comprovada.

18.3.2. A Seguradora está autorizada, em caso de dúvida fundada e justificável, a tomar todas as providências necessárias à plena elucidação dos fatos, arcando com os custos correspondentes, para obter uma explicação completa sobre o evento ocorrido, podendo, inclusive, solicitar documentos que considerar necessários à comprovação do fato alegado, além daqueles descritos nas Condições Especiais da respectiva cobertura.

18.3.3. Estando em posse de toda a documentação obrigatória para análise da cobertura solicitada, a Seguradora terá o prazo de 30 (trinta) dias para aceitar e efetuar o pagamento do Reembolso relativo às despesas comprovadas pelo Solicitante, limitado ao valor de Capital Segurado, ou recusar o pagamento do mesmo. Se dentro

do prazo mencionado, devido à dúvida fundada e justificável, a Seguradora solicitar ao interessado outro documento para elucidar a análise do evento, a contagem do prazo sofrerá suspensão e voltará a correr a partir do dia útil seguinte à chegada do último documento solicitado.

18.3.4. Caso haja atraso no pagamento do Reembolso, a Seguradora pagará juros de mora de 1% a.m. (um por cento ao mês), contados a partir do primeiro dia posterior ao término do prazo fixado no item anterior, além da atualização monetária aplicada desde a data da ocorrência do evento Segurado até a data do efetivo pagamento, tendo como base a variação positiva acumulada do IPCA/IBGE e multa, aplicada de uma só vez, de 2% (dois por cento).

18.3.5. O pagamento do Reembolso deverá ser feito por crédito em conta, pagável no domicílio ou praça indicada pelo(s) mesmo(s), conforme o caso.

18.3.6. O pagamento de valores relativos à atualização monetária e juros moratórios será feito independentemente de notificação ou interpelação judicial, de uma só vez, juntamente com os demais valores do contrato.

19. PERÍCIA MÉDICA / JUNTA MÉDICA

19.1. A Seguradora poderá, a seu critério, submeter o Segurado a exame (perícia) para comprovação da invalidez.

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

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

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

20. PERDA DO DIREITO A INDENIZAÇÃO OU REEMBOLSO

20.1. Se o Segurado, por si ou por seu representante legal, fizer declarações inexatas ou omitir circunstâncias que possam influenciar no processo de aceitação da Proposta de Contratação ou no valor do Prêmio, ficará prejudicado o direito a indenização ou reembolso, além de estar o Segurado obrigado ao pagamento do Prêmio vencido.

20.2. Se a inexatidão ou a omissão nas declarações não resultar de má-fé do Segurado, a Seguradora poderá:

20.3. Na hipótese de não ocorrência do Sinistro:

a) Cancelar o seguro, retendo, do valor originalmente pactuado, o Prêmio proporcional ao tempo decorrido; ou
b) Mediante acordo entre as partes, permitir a continuidade do seguro, cobrando a diferença de Prêmio cabível e/ou restringindo a Cobertura contratada.

20.4. Na hipótese de ocorrência de Sinistro com pagamento parcial da indenização ou reembolso:

a) Cancelar o seguro, após o pagamento da indenização ou reembolso quando cabível, retendo, do Prêmio originalmente pactuado, acrescido da diferença cabível, o Prêmio calculado proporcionalmente ao tempo decorrido; ou
b) Mediante acordo entre as partes, permitir a continuidade do seguro, cobrando a diferença de Prêmio cabível ou deduzindo-a do valor a ser pago ao Segurado ou ao(s) Beneficiário(s) ou restringindo a Cobertura contratada para Riscos futuros.

20.5. Na hipótese de ocorrência de Sinistro com pagamento integral da indenização ou reembolso, cancelar o seguro, após o pagamento da indenização ou reembolso, deduzindo, deste valor, a diferença de Prêmio cabível.

20.6. Conforme disposto em legislação vigente, o Segurado perderá direito à indenização se agravar intencionalmente o Risco.

20.7. O Segurado está obrigado a comunicar à Seguradora, logo que saiba, qualquer fato

suscetível de agravar o Risco coberto, sob pena de perder o direito à cobertura, se ficar comprovado que silenciou de má-fé.

20.7.1. A Seguradora, desde que o faça nos 15 (quinze) dias seguintes ao recebimento do aviso de agravação do risco pelo segurado, poderá, por meio de comunicação formal:

i) cancelar seguro;

ii) restringir a cobertura contratada, mediante acordo entre as partes; ou

iii) cobrar a diferença de prêmio cabível, mediante acordo entre as partes.

20.7.2. O cancelamento só será eficaz 30 (trinta) dias após a notificação ao segurado, devendo ser restituída a diferença do prêmio, calculada proporcionalmente ao período a decorrer.

20.8. Devido à estruturação técnica deste Seguro, a Seguradora não utilizará essa informação para alterar direitos e deveres ora previstos nas Condições Gerais e Especiais, incluindo a decisão de cancelar o seguro ou mesmo restringir a cobertura ou cobrar a diferença de Prêmio.

21. PERÍODO DE NÃO CONTESTAÇÃO

21.1. A Seguradora não poderá contestar o pagamento do benefício em casos de Doenças e Lesões Preexistentes do Segurado, desde que respeitadas as regras estabelecidas no item 19 se, na data do evento, os seguintes prazos, aplicáveis conforme a hipótese, já tiverem decorrido:

21.1.1. 24 (vinte e quatro) meses da data de emissão da Apólice caso o Segurado tenha sido submetido a exames médicos ou paramédicos e/ou laboratoriais solicitados e/ou oferecidos, opcionalmente, pela Seguradora, por ocasião da análise da Proposta de Contratação; ou

21.1.2. 60 (sessenta) meses da data de emissão da Apólice caso o Segurado não tenha se submetido a exames médicos ou paramédicos e/ou laboratoriais solicitados e/ou oferecidos, opcionalmente, pela Seguradora, por ocasião da análise da Proposta de Contratação.

22. ALTERAÇÕES DA APÓLICE

22.1. O presente Seguro poderá ser alterado, a qualquer tempo, mediante acordo entre as partes contratantes, desde que obedeça aos termos, condições e estrutura do plano contratado.

23. SUB-ROGAÇÃO

23.1. A Seguradora não se sub-roga em eventuais direitos e ações do Segurado ou do(s) Beneficiário(s) contra o causador do Sinistro.

24. TRIBUTOS

24.1. Os tributos serão pagos por quem a lei determinar.

24.2. Na hipótese de mudanças na legislação tributária que resultem em alteração dos encargos incidentes sobre este tipo de seguro, as disposições serão adaptadas às novas normas.

25. PRESCRIÇÃO

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

26. FORO

26.1. O foro competente para tratar eventuais questões judiciais entre o Segurado, o(s) Beneficiário(s) ou o(s) Solicitante(s) e esta Seguradora, conforme determina a legislação vigente, será o do domicílio do Segurado ou do(s) Beneficiário(s), conforme o caso.

26.2. Na hipótese de inexistência de relação de impossibilidade entre as partes, será válida a eleição de foro diverso.

27. MATERIAL DE DIVULGAÇÃO

27.1. As peças promocionais e de propaganda deverão ser divulgadas com autorização expressa e supervisão da Seguradora, respeitadas as Condições Gerais, as Condições Especiais submetidas à SUSEP.

28. CUMPRIMENTO DAS LEIS ANTICORRUPÇÃO

28.1. O Segurado e/ou seu representante, 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 Segurado reconhece que as leis anticorrupção internacionais, FCPA e a UK Bribery Act, inclusive a lei a brasileira n.º 12.846/2013 e seu respectivo decreto n.º 8.420/2015, proíbem qualquer oferta direta ou indireta, pagamento ou recebimento de dinheiro ou qualquer coisa de valor de/para qualquer pessoa (inclusive, sem limitação, qualquer servidor público, organização internacional, partido político, oficial de partido ou candidato a cargos políticos) para fins de obter, manter ou instruir negócios, garantir qualquer vantagem imprópria na condução de negócios ou aliciar a realização imprópria de qualquer função pública ou comercial. O Segurado 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.

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

28.2.1. O objetivo da presente cláusula, respeitando-se todo o conteúdo deste Contrato, 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 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 contrato de seguro, nas situações nas quais o Segurado ou seu(s) beneficiário(s) de indenizações 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.

28.2.2. 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 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.

28.2.3. Ressalta-se que as coberturas contratadas através do presente contrato de seguro ficam suspensas a partir da data de ingresso do segurado nas referidas listas de embargos e sanções, sendo reestabelecidas às 24 horas do dia subsequente a data de exclusão do Segurado das referidas listas.

28.2.4. Durante o processo de regulação de sinistro esta Seguradora verificará se o Segurado, os beneficiários das indenizações devidas 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.

28.2.5. 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.

29. DISPOSIÇÕES FINAIS

29.1. O Segurado deverá informar imediatamente à Seguradora qualquer mudança cadastral como endereço, por meio de comunicação por escrito, com aviso de recebimento, ou por meio de ligação telefônica feita ao Departamento de Atendimento ao Cliente, da Seguradora.

29.2. 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.

29.3. 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.

29.4. Manter seus dados de contato atualizados é essencial para que você receba todas as informações sobre sua apólice, como avisos, comunicações e orientações importantes. Caso os dados não sejam atualizados, você pode deixar de receber informações relevantes, o que pode impactar sua experiência e até a execução correta do contrato. Por isso, sempre que houver mudança de e-mail, telefone ou endereço, avise a Seguradora para manter seu cadastro em dia.

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

29.6. O Segurado poderá consultar a situação cadastral de seu corretor de seguros, e da sociedade seguradora no sítio eletrônico www.susep.gov.br.

29.7. Produto registrado na SUSEP sob nº 15414.900997/2016-81 sob responsabilidade da Metropolitan Life Seguros e Previdência Privada S.A., código SUSEP 06351, CNPJ 02102498/0001-29.

Condição Especial – Cobertura Básica Morte

1.PRESCRIÇÃO

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

2.OBJETIVO

2.1. Esta Cobertura garante ao(s) Beneficiário(s), durante o Período de Vigência, o pagamento do Capital Segurado Líquido, em caso de morte do Segurado, exceto se decorrente de Riscos Excluídos, observados os demais termos desta Condição Especial, das Condições Gerais e da Apólice.

2.2. Ao Segurado, em caso de comprovação de Doença em Estágio Terminal, a Seguradora efetuará a Antecipação do Pagamento Total do Capital Segurado desta Cobertura, em uma única vez, exceto se decorrente de Riscos Excluídos, observados os demais termos destas Condições Especiais, das Condições Especiais e da Apólice.

2.3. Antecipação do Pagamento Total em decorrência de Doença em Estágio Terminal.

2.3.1. A Antecipação do Pagamento Total em decorrência de Doença em Estágio Terminal somente será efetuada caso o seguro esteja em vigor e não tenha sido efetivada a mudança para Benefício Prolongado**.**

2.3.1.1. O Segurado deverá comprovar à Seguradora que sua sobrevida é de, no máximo, 6 (seis) meses a partir da data da avaliação diagnóstica.

2.3.1.2. A Antecipação do Pagamento Total em decorrência de Doença em Estágio Terminal somente poderá ser realizada por meio de solicitação voluntária do Segurado.

2.3.1.3. Caso o Segurado venha a falecer antes do recebimento da Antecipação do Pagamento Total em Caso de Doença Terminal, quando este já era de direito, o valor será pago de acordo com a legislação vigente.

2.3.1.4. Com a Antecipação do Pagamento Total em decorrência de Doença em Estágio Terminal, o seguro será cancelado.

2.4. Esta Cobertura Básica tem como característica o Capital Segurado e o Prêmio constantes, sendo que ambos sofrerão correção monetária anualmente.

3.DEFINIÇÃO

3.1. Para fins desta Condição Especial prevalecem os conceitos indicados no item “Das Definições” das Condições Gerais deste Seguro.

4.RISCOS EXCLUÍDOS

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

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

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

c) Ato reconhecidamente perigoso que não seja motivado por necessidade justificada, exceto quando a morte ou incapacidade decorrer do trabalho, utilização de meio de transporte mais arriscado, de prestação de serviço militar, da prática desportiva, ou de atos de humanidade em auxílio de outrem;

d) Doenças, Lesões 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.

d.1) Em relação às doenças preexistentes, excepcionalmente, mediante expresso acordo entre Seguradora e Segurado, poderá ser excluída da cobertura doenças preexistentes específicas declaradas no Questionário de Avaliação de Risco que integra a Proposta, desde que não seja estabelecido Prazo de Carência para a cobertura.

d.2) Caso seja estabelecido Prazo de Carência para a cobertura, a Seguradora não responderá pelo Sinistros cuja causa exclusiva ou principal seja a doença preexistente durante o Período de Carência estabelecido.

d.2.1.) Nestas hipóteses, a Apólice discriminará a(s) doença(s) preexistente(s) objeto(s) de exclusão de cobertura.

e) Suicídio voluntário ou sua tentativa nos 2 (dois) primeiros anos de vigência, ou da recondução do contrato, quando suspenso, nos termos da lei, exceto se o suicídio decorrer de grave ameaça ou de legítima defesa de terceiro.

e.1) Caso tenha sido solicitado aumento de Capital Segurado pelo Segurado, a exclusão de risco do item "e" somente se aplica à diferença do Capital Segurado aumentado;

f) Atos ilícitos dolosos praticados pelo Segurado, pelo Beneficiário ou pelo representante legal, de um ou de outro, salvo dolo do representante do segurado ou beneficiário em prejuízo desses.

f.1.) Não se aplica a exclusão da alínea "f" da Cláusula 5.1. quando o sinistro for dolosamente provocado pelo beneficiário e existirem outros beneficiários, os quais receberão o valor a eles devido redefinido proporcionalmente pela eliminação do beneficiário autor do ato ou da omissão dolosos.

g) Epidemias, pandemias ou envenenamento de caráter coletivo, assim declarado por órgão competente.

4.2. Além dos Riscos Excluídos no subitem 4.1, para fins de Antecipação do Pagamento Total em decorrência de Doença em Estágio Terminal, estão também expressamente excluídos deste seguro, os eventos ocorridos em consequência direta ou indireta de e/ou relacionados a:

a) Doenças agravadas por traumatismos;

b) Toda e qualquer outra condição médica que não se enquadre nos critérios definidos no âmbito dos Riscos Cobertos.

5.CAPITAL SEGURADO

5.1. O Capital Segurado para esta Cobertura será estabelecido na Proposta de Contratação e deverá constar na Apólice de Seguro.

5.2. O Capital Segurado será atualizado monetariamente a cada ano, nos termos das Condições Gerais do Seguro,

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

5.4. Para a Antecipação do Pagamento Total do Capital Segurado em decorrência de Doença em Estágio Terminal considera-se como data do evento, a data do Relatório Médico, devidamente assinado pelo médico assistente do Segurado atestando os pormenores da doença, gravidade e prognóstico, de acordo com a definição da Cobertura descrita no item 2.3.1 destas Condições Especiais.

6.INÍCIO DE VIGÊNCIA

6.1. O prazo contratado, o início e término de vigência desta Condição especial estarão descritos na Apólice de Seguro.

7.CESSAÇÃO DE COBERTURA

7.1. Além das hipóteses previstas nos itens 13.4, 13.5 e 13.6 das Condições Gerais do Seguro, a Cobertura do Risco a que se refere esta Condição Especial cessa ainda:

a) com o falecimento do Segurado;

b) com a Antecipação do Pagamento Total do Capital Segurado em decorrência de Doença em Estágio Terminal;

c) se constada uma das hipóteses previstas nos itens "Perda do Direito a Indenização" das Condições Gerais;

8.VALOR DO PRÊMIO

8.1. O valor do Prêmio referente a esta Cobertura, estará previsto na Proposta de Contratação e na respectiva Apólice do seguro

8.2. O Prêmio será atualizado monetariamente a cada ano, nos termos das Condições Gerais do seguro.

8.3. Os Prêmios serão pagos conforme o prazo de pagamento previamente escolhido pelo Segurado e/ou Responsável pelo Pagamento.

9. DOCUMENTOS EM CASO DE SINISTRO

9.1. O pagamento de qualquer Indenização decorrente da presente cobertura será efetuado em até 30 (trinta) dias, contados da data de entrega de todos os documentos básicos obrigatórios, abaixo relacionados, observadas as Condições Gerais do Seguro:

a) Morte decorrente de doença

Documentos do Segurado:

- Aviso de Sinistro preenchido e assinado (formulário padrão MetLife);
- Cópia da Certidão de Óbito;
- Cópia de todos os documentos médicos e exames realizados;
- Relatório médico informando desde quando o Segurado recebeu o primeiro diagnóstico das doenças registradas na Declaração/Certidão de Óbito, descrição da evolução clínica e data em que iniciou o tratamento;
- Cópia do RG;
- Cópia do CPF;

Documentos dos Beneficiários indicados pelo Segurado:

- Cópia do RG (ou Certidão de Nascimento, se menor);
- Cópia do CPF (obrigatório, independentemente da idade);
- Cópia do comprovante de residência em nome de cada um dos Beneficiários;
- Cópia da Certidão de Casamento atualizada, se o Beneficiário for o Cônjuge;
- Provas de União Estável, se o Beneficiário for o(a) companheiro(a);
- Autorização de crédito nominal a cada um dos Beneficiários (formulário padrão MetLife).

Documentos dos Beneficiários caso não haja indicação feita pelo Segurado:

- Cópia da Certidão de Casamento do Segurado extraída após o óbito (se não for solteiro);
- Provas de União Estável (no caso de companheiro/a);
- Cópia do RG e CPF do Cônjuge ou companheiro (se for o caso);
- Cópia do comprovante de residência em nome do Cônjuge ou companheiro (se for o caso);
- Declaração de Únicos Herdeiros do Segurado (formulário padrão MetLife);
- Cópia do RG (ou Certidão de Nascimento, se menor) de todos os herdeiros do Segurado;
- Cópia do CPF de todos os herdeiros do Segurado (obrigatório, independentemente da idade);
- Cópia do comprovante de residência em nome de cada um dos herdeiros do Segurado;
- Autorização de crédito em nome de cada um dos Beneficiários (formulário padrão MetLife).

b) Antecipação do Pagamento Total em decorrência de Doença em Estágio Terminal

Documentos do Segurado:

- Aviso de Sinistro preenchido e assinado (formulário padrão MetLife);
- Cópia de todos os documentos médicos e exames realizados;
- Relatório médico informando desde quando o Segurado recebeu o primeiro diagnóstico, descrição da evolução clínica, data em que iniciou o tratamento;
- Cópia do RG;
- Cópia do CPF;
- Declaração Médica expedida pelo médico que atende ao Segurado registrando o diagnóstico, tratamento realizado e quadro clínico, estabelecendo data a partir da qual, a evolução da doença justifica o enquadramento em estado terminal;
- Resultados de exames complementares realizados que comprovam o estágio terminal do quadro clínico e de comprometimento irreversível, sem possibilidade de recuperação com os recursos terapêuticos disponíveis;
- Caso o Segurado apresente alienação mental total incurável deverá apresentar ainda o Termo de Curatela, RG, CPF e comprovante de residência do Curador nomeado.

c) Morte decorrente de acidente

Documentos do Segurado:

- Aviso de Sinistro preenchido e assinado (formulário padrão MetLife);
- Cópia da Certidão de Óbito;
- Cópia do Boletim de Ocorrência e CAT (Comunicação de Acidente de Trabalho), se houver;
- Cópia do Laudo de Necrópsia do Instituto Médico Legal;
- Cópia da Carteira Nacional de Habilitação, se acidente automobilístico e o Segurado o condutor;
- Cópia do resultado do Exame de Dosagem Alcoólica/Toxicológico, se realizado;
- Cópia do Laudo da Perícia Técnica do Local do Acidente, se realizada;
- Cópia do RG;
- Cópia do CPF.

Documentos dos Beneficiários indicados pelo Segurado:

- Cópia do RG (ou Certidão de Nascimento, se menor);
- Cópia do CPF (obrigatório, independentemente da idade);
- Cópia do comprovante de residência em nome de cada um dos Beneficiários;
- Cópia da Certidão de Casamento atualizada, se o Beneficiário for o Cônjuge;
- Provas de União Estável, se o Beneficiário for o(a) companheiro(a);
- Autorização de crédito nominal a cada um dos Beneficiários (formulário padrão MetLife).

Documentos dos Beneficiários caso não haja indicação feita pelo Segurado:

- Cópia da Certidão de Casamento do Segurado extraída após o óbito (se não for solteiro);
- Provas de União Estável (no caso de companheiro/a);
- Cópia do RG e CPF do Cônjuge ou companheiro (se for o caso);
- Cópia do comprovante de residência em nome do Cônjuge ou companheiro (se for o caso);
- Declaração de Únicos Herdeiros do Segurado (formulário padrão MetLife);
- Cópia do RG (ou Certidão de Nascimento, se menor) de todos os herdeiros do Segurado;
- Cópia do CPF de todos os herdeiros do Segurado (obrigatório, independentemente da idade);
- Cópia do comprovante de residência em nome de cada um dos herdeiros do Segurado;
- Autorização de crédito em nome de cada um dos Beneficiários (formulário padrão MetLife).

9.2. Se dentro do prazo mencionado, devido à dúvida fundada e justificável, a Seguradora solicitar ao interessado no Capital Segurado, outro documento para elucidar a análise do evento, a contagem do prazo para pagamento da indenização sofrerá suspensão e voltará a correr a partir do dia útil seguinte à chegada do último documento solicitado.

9.3. Caso haja atraso no pagamento da Indenização, a Seguradora pagará juros de mora de 1% a.m. (um por cento ao mês), contados a partir do primeiro dia posterior ao término do prazo fixado no item anterior, além da atualização monetária aplicada desde a data da ocorrência do evento Segurado até a data do efetivo pagamento, tendo como base a variação positiva acumulada do IPCA/IBGE e multa, aplicada de uma só vez, de 2% (dois por cento).

10. DISPOSIÇÕES GERAIS

10.1. As disposições desta Condição Especial poderão limitar e/ou restringir as características do plano de seguro estruturado nas Condições Gerais do Seguro.

10.2. As Indenizações por Morte Acidental e Morte, quando contratadas conjuntamente, se acumulam.

10.3. Não será paga a Antecipação do Pagamento Total em decorrência de Doença em Estágio Terminal com base em diagnóstico ou declaração feito exclusivamente por um membro da família ou por pessoa que viva na mesma residência do Segurado, independentemente desta pessoa ser médico habilitado ou profissional de saúde.

Condição Especial – Cobertura Adicional Morte com Capital Segurado Decrescente a Cada Ano

1.OBJETIVO

1.1. Esta Cobertura Adicional, desde que contratada, garante ao(s) Beneficiário(s), durante o Período de Vigência, o pagamento do Capital Segurado Líquido, adicionalmente ao Capital Segurado Líquido da Cobertura Básica, em caso de morte do Segurado, exceto se decorrente de Riscos Excluídos, observados os demais termos desta Condição Especial, das Condições Gerais e da Apólice.

1.2. Ao Segurado, em caso de comprovação de Doença em Estágio Terminal, a Seguradora efetuará a Antecipação do Pagamento Total do Capital Segurado desta Cobertura, em uma única vez, exceto se decorrente de Riscos Excluídos, observados os demais termos destas Condições Especiais, das Condições Especiais e da Apólice.

1.2.1. **Antecipação do Pagamento Total em decorrência de Doença em Estágio Terminal.**

1.2.1.1. A Antecipação do Pagamento Total em decorrência de Doença em Estágio Terminal somente será efetuada, caso o seguro esteja em vigor.

1.2.1.2. O Segurado deverá comprovar à Seguradora que sua sobrevida é de, no máximo, 6 (seis) meses a partir da data da avaliação diagnóstica.

1.2.1.3. A Antecipação do Pagamento Total em decorrência de Doença em Estágio Terminal somente poderá ser realizada por meio de solicitação voluntária do Segurado.

1.2.1.4. Caso o Segurado venha a falecer antes do recebimento da Antecipação do Pagamento Total em Caso de Doença Terminal, quando este já era de direito, o valor será pago de acordo com a legislação vigente.

1.2.1.5. Com a Antecipação do Pagamento Total em decorrência de Doença em Estágio Terminal, o seguro será cancelado.

1.2.2. **Esta Cobertura Adicional tem como característica o Capital Segurado decrescente a cada ano com base em um percentual fixo, informado na Apólice e na Proposta de Contratação e Prêmio constante, sendo que ambos sofrerão atualização monetária anualmente.**

2.DEFINIÇÃO

2.1. Para fins desta Condição Especial prevalecem os conceitos indicados no item “Das Definições” das Condições Gerais deste Seguro.

3.RISCOS EXCLUÍDOS

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

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

c) Ato reconhecidamente perigoso que não seja motivado por necessidade justificada, exceto quando a morte ou incapacidade decorrer do trabalho, utilização de meio de transporte mais arriscado, de prestação de serviço militar, da prática desportiva, ou de atos de humanidade em auxílio de outrem;

d) Doenças, Lesões 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.

e) d.1) Em relação às doenças preexistentes, excepcionalmente, mediante expresso acordo entre Seguradora e Segurado, poderá ser excluída da cobertura doenças preexistentes específicas declaradas no Questionário de Avaliação de Risco que integra a Proposta, desde que não seja estabelecido Prazo de Carência para a cobertura.

f) d.2) Caso seja estabelecido Prazo de Carência para a cobertura, a Seguradora não

responderá pelo Sinistros cuja causa exclusiva ou principal seja a doença preexistente durante o Período de Carência estabelecido.

g) **d.2.1.) Nestas hipóteses, a Apólice discriminará a(s) doença(s) preexistente(s) objeto(s) de exclusão de cobertura.**

h) **Suicídio voluntário ou sua tentativa nos 2 (dois) primeiros anos de vigência, ou da recondução do contrato, quando suspenso, nos termos da lei, exceto se o suicídio decorrer de grave ameaça ou de legítima defesa de terceiro.**

i) **e.1) Caso tenha sido solicitado aumento de Capital Segurado pelo Segurado, a exclusão de risco do item "e" somente se aplica à diferença do Capital Segurado aumentado;**

j) **Atos ilícitos dolosos praticados pelo Segurado, pelo Beneficiário ou pelo representante legal, de um ou de outro, salvo dolo do representante do segurado ou beneficiário em prejuízo desses.**

k) **f.1.) Não se aplica a exclusão da alínea "f" da Cláusula 5.1. quando o sinistro for dolosamente provocado pelo beneficiário e existirem outros beneficiários, os quais receberão o valor a eles devido redefinido proporcionalmente pela eliminação do beneficiário autor do ato ou da omissão dolosos.**

l) **Epidemias, pandemias ou envenenamento de caráter coletivo, assim declarado por órgão competente.**

3.2. Além dos Riscos Excluídos no subitem 3.1, para fins de Antecipação do Pagamento Total em decorrência de Doença em Estágio Terminal, estão também expressamente excluídos deste seguro, os eventos ocorridos em consequência direta ou indireta de e/ou relacionados a:

a) **Doenças agravadas por traumatismos;**

b) **Toda e qualquer outra condição médica que não se enquadre nos critérios definidos no âmbito dos Riscos Cobertos.**

4.CAPITAL SEGURADO

4.1. O Capital Segurado inicial para esta Cobertura será estabelecido na Proposta de Contratação e deverá constar na Apólice de Seguro.

4.2. O Capital Segurado será atualizado monetariamente a cada ano, nos termos das Condições Gerais, e sofrerá um decréscimo anual por um percentual fixo aplicado ao último valor de capital disponível, informado na Apólice e na Proposta de Contratação, conforme tabela no item 10 destas Condições Especiais.

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

4.4. Para a Antecipação do Pagamento Total do Capital Segurado em decorrência de Doença em Estágio Terminal considera-se como data do evento, a data do Relatório Médico, devidamente assinado pelo médico assistente do Segurado atestando os pormenores da doença, gravidade e prognóstico, de acordo com a definição da Cobertura descrita no item 1.2.1 destas Condições Especiais.

5.INÍCIO DE VIGÊNCIA

5.1. A Cobertura compreendida por esta Condição Especial começa a vigorar, simultaneamente com o início da Cobertura Básica de Morte.

5.2. O Período de Vigência desta Cobertura é determinado e será estabelecido na Proposta de Contratação, assim como na Apólice de Seguro. **A idade máxima de saída será 75 anos, mesmo que o prazo da Cobertura Básica seja maior e continue vigente.**

6.CESSAÇÃO DE COBERTURA

6.1. Além das hipóteses previstas nos itens 13.4, 13.5 e 13.6 das Condições Gerais do Seguro, a Cobertura do Risco a que se refere esta Condição Especial cessa ainda:

a) **Com o falecimento do Segurado;**

b) **Com a Antecipação do Pagamento Total do Capital Segurado em decorrência de Doença em Estágio Terminal;**

c) **Com o cancelamento da Cobertura Básica;**

d) **Se constatada uma das hipóteses previstas no item "Perda do Direito a Indenização" das Condições Gerais;**

e) **No final do prazo de vigência desta Cobertura, conforme item 5.2 acima;**

f) **Com a solicitação expressa do Segurado do cancelamento desta cobertura;**

g) **Com a solicitação de alteração da Cobertura Básica para Benefício Prolongado.**

h) **Quando o segurado completar 75 anos**

7. VALOR DOS PRÊMIOS

7.1. O valor do Prêmio referente a esta Cobertura será constante, estará previsto na Proposta de Contração e na respectiva Apólice de Seguro.

7.2. O valor do Prêmio será atualizado monetariamente a cada ano, nos termos das Condições Gerais do Seguro.

7.3. Os Prêmios serão pagos no prazo de pagamento previamente escolhido pelo Responsável pelo Pagamento e será estabelecido na Proposta de Contratação, assim como na Apólice de Seguro.

8. DOCUMENTOS EM CASO DE SINISTRO

8.1. O pagamento de qualquer Indenização decorrente da presente cobertura, será efetuado em até 30 (trinta) dias, contados a partir da entrega de todos os documentos básicos, abaixo relacionados, de acordo com as Condições Gerais do Seguro:

a) **Morte decorrente de doença**

Documentos do Segurado:

- Aviso de Sinistro preenchido e assinado (formulário padrão MetLife);
- Cópia da Certidão de Óbito;
- Cópia de todos os documentos médicos e exames realizados;
- Relatório médico informando desde quando o Segurado recebeu o primeiro diagnóstico das doenças registradas na Declaração/Certidão de Óbito, descrição da evolução clínica e data em que iniciou o tratamento;
- Cópia do RG;
- Cópia do CPF.

Documentos dos Beneficiários indicados pelo Segurado:

- Cópia do RG (ou Certidão de Nascimento, se menor).
- Cópia do CPF (obrigatório, independentemente da idade).
- Cópia do comprovante de residência em nome de cada um dos Beneficiários;
- Cópia da Certidão de Casamento atualizada, se o Beneficiário for o Cônjuge;
- Provas de União Estável, se o Beneficiário for o(a) companheiro(a);
- Autorização de crédito nominal a cada um dos Beneficiários (formulário padrão MetLife).

Documentos dos Beneficiários caso não haja indicação feita pelo Segurado:

- Cópia da Certidão de Casamento do Segurado extraída após o óbito (se não for solteiro);
- Provas de União Estável (no caso de companheiro/a);
- Cópia do RG e CPF do Cônjuge ou companheiro (se for o caso);
- Cópia do comprovante de residência em nome do Cônjuge ou companheiro (se for o caso);
- Declaração de Únicos Herdeiros do Segurado (formulário padrão MetLife);
- Cópia do RG (ou Certidão de Nascimento, se menor) de todos os herdeiros do Segurado;
- Cópia do CPF de todos os herdeiros do Segurado (obrigatório, independentemente da idade);
- Cópia do comprovante de residência em nome de cada um dos herdeiros do Segurado;
- Autorização de crédito em nome de cada um dos Beneficiários (formulário padrão MetLife).

b) **Antecipação do Pagamento Total em decorrência de Doença em Estágio Terminal**

Documentos do Segurado:

- Aviso de Sinistro preenchido e assinado (formulário padrão MetLife);
- Cópia de todos os documentos médicos e exames realizados;
- Relatório médico informando desde quando o Segurado recebeu o primeiro diagnóstico, descrição da evolução clínica, data em que iniciou o tratamento;
- Cópia do RG;
- Cópia do CPF;
- Declaração Médica expedida pelo médico que atende regularmente o Segurado, constando o diagnóstico, o tratamento realizado e o quadro clínico e a data, a partir da qual, a evolução da doença justifica o enquadramento em estado terminal;

- Resultados de exames realizados que comprovam o estágio terminal do quadro clínico e de comprometimento irreversível, sem possibilidade de recuperação com os recursos terapêuticos disponíveis;
- Caso o Segurado apresente alienação mental total incurável deverá apresentar ainda o Termo de Curatela, RG, CPF e comprovante de residência do Curador nomeado.

c) Morte decorrente de acidente

Documentos do Segurado:

- Aviso de Sinistro preenchido e assinado (formulário padrão MetLife);
- Cópia da Certidão de Óbito;
- Cópia do Boletim de Ocorrência e CAT (Comunicação de Acidente de Trabalho), se houver;
- Cópia do Laudo de Necrópsia do Instituto Médico Legal;
- Cópia da Carteira Nacional de Habilitação, se acidente automobilístico e o Segurado o condutor;
- Cópia do resultado do Exame de Dosagem Alcoólica/Toxicológico, se realizado;
- Cópia do Laudo da Perícia Técnica do Local do Acidente, se realizada;
- Cópia do RG;
- Cópia do CPF.

Documentos dos Beneficiários indicados pelo Segurado:

- Cópia do RG (ou Certidão de Nascimento, se menor);
- Cópia do CPF (obrigatório, independentemente da idade);
- Cópia do comprovante de residência em nome de cada um dos Beneficiários;
- Cópia da Certidão de Casamento atualizada, se o Beneficiário for o Cônjuge;
- Provas de União Estável, se o Beneficiário for o(a) companheiro(a);
- Autorização de crédito nominal a cada um dos Beneficiários (formulário padrão MetLife).

Documentos dos Beneficiários caso não haja indicação feita pelo Segurado:

- Cópia da Certidão de Casamento do Segurado extraída após o óbito (se não for solteiro);
- Provas de União Estável (no caso de companheiro/a);
- Cópia do RG e CPF do Cônjuge ou companheiro (se for o caso);
- Cópia do comprovante de residência em nome do Cônjuge ou companheiro (se for o caso);
- Declaração de Únicos Herdeiros do Segurado (formulário padrão MetLife);
- Cópia do RG (ou Certidão de Nascimento, se menor) de todos os herdeiros do Segurado;
- Cópia do CPF de todos os herdeiros do Segurado (obrigatório, independentemente da idade);
- Cópia do comprovante de residência em nome de cada um dos herdeiros do Segurado;
- Autorização de crédito em nome de cada um dos Beneficiários (formulário padrão MetLife).

8.2. Se dentro do prazo mencionado, devido à dúvida fundada e justificável, a Seguradora solicitar ao interessado no Capital Segurado, outro documento para elucidar a análise do evento, a contagem do prazo sofrerá suspensão e voltará a correr a partir do dia útil seguinte a chegada do último documento solicitado.

8.3. Caso haja atraso no pagamento da Indenização, a Seguradora pagará juros de mora de 1% a.m. (um por cento ao mês), contados a partir do primeiro dia posterior ao término do prazo fixado no item anterior, além da atualização monetária aplicada desde a data da ocorrência do evento Segurado até a data do efetivo pagamento, tendo como base a variação positiva acumulada do IPCA/IBGE e multa, aplicada de uma só vez, de 2% (dois por cento).

9. DISPOSIÇÕES GERAIS

9.1. As disposições desta Condição Especial poderão limitar e/ou restringir as características do plano de seguro, estruturado nas Condições Gerais do Seguro.

9.2. As Indenizações por Morte Acidental e Morte, quando contratadas conjuntamente, se acumulam.

10. Não será paga a Antecipação do Pagamento Total em decorrência de Doença em Estágio Terminal com base em diagnóstico ou declaração feito exclusivamente por um membro da família ou por pessoa que viva na mesma residência do Segurado, independentemente desta pessoa ser médico habilitado ou profissional de saúde.

11. TABELA DE DECRÉSCIMO DO CAPITAL SEGURADO

11.1. De acordo com o prazo escolhido e a Vigência do Seguro, o Valor de Capital Segurado será um percentual do Capital Segurado inicialmente contratado, conforme tabela a seguir:

Ano de Vigência da Apólice	Prazo da Cobertura				
	5	10	15	20	25
1	100%	100%	100%	100%	100%
2	90%	90%	90%	90%	90%
3	81%	81%	81%	81%	81%
4	73%	73%	73%	73%	73%
5	66%	66%	66%	66%	66%
6		59%	59%	59%	59%
7		53%	53%	53%	53%
8		48%	48%	48%	48%
9		43%	43%	43%	43%
10		39%	39%	39%	39%
11			35%	35%	35%
12			31%	31%	31%
13			28%	28%	28%
14			25%	25%	25%
15			23%	23%	23%
16				21%	21%
17				19%	19%
18				17%	17%
19				15%	15%
20				14%	14%
21					12%
22					11%
23					10%
24					9%
25					8%

Condição Especial – Cobertura Adicional Morte Acidental (MA)

1.OBJETIVO

1.1. Esta Cobertura Adicional, desde que contratada, garante ao(s) Beneficiário(s), durante o Período de Vigência, o pagamento do Capital Segurado de Morte Acidental, adicionalmente ao Capital Segurado da Cobertura Básica, em caso de morte do Segurado em consequência exclusiva de Acidente Pessoal coberto, **exceto se decorrente de Riscos Excluídos, observados os demais termos desta Condição Especial, das Condições Gerais e da Apólice.**

2.DEFINIÇÃO

2.1. Para fins desta Condição Especial, prevalecem os conceitos indicados no item "Das Definições", das Condições Gerais deste seguro.

3.RISCOS EXCLUÍDOS

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

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

c) Ato reconhecidamente perigoso que não seja motivado por necessidade justificada, exceto quando a morte ou incapacidade decorrer do trabalho, utilização de meio de transporte mais arriscado, de prestação de serviço militar, da prática desportiva, ou de atos de humanidade em auxílio de outrem;

d) Doenças, Lesões 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.

d.1) Em relação às doenças preexistentes, excepcionalmente, mediante expresso acordo entre Seguradora e Segurado, poderá ser excluída da cobertura doenças preexistentes específicas declaradas no Questionário de Avaliação de Risco que integra a Proposta, desde que não seja estabelecido Prazo de Carência para a cobertura.

d.2) Caso seja estabelecido Prazo de Carência para a cobertura, a Seguradora não responderá pelo Sinistros cuja causa exclusiva ou principal seja a doença preexistente durante o Período de Carência estabelecido.

d.2.1.) Nestas hipóteses, a Apólice discriminará a(s) doença(s) preexistente(s) objeto(s) de exclusão de cobertura.

e) Suicídio voluntário ou sua tentativa nos 2 (dois) primeiros anos de vigência, ou da recondução do contrato, quando suspenso, nos termos da lei, exceto se o suicídio decorrer de grave ameaça ou de legítima defesa de terceiro.

e.1) Caso tenha sido solicitado aumento de Capital Segurado pelo Segurado, a exclusão de risco do item "e" somente se aplica à diferença do Capital Segurado aumentado;

f) Atos ilícitos dolosos praticados pelo Segurado, pelo Beneficiário ou pelo representante legal, de um ou de outro, salvo dolo do representante do segurado ou beneficiário em prejuízo desses.

f.1.) Não se aplica a exclusão da alínea "f" da Cláusula 5.1. quando o sinistro for dolosamente provocado pelo beneficiário e existirem outros beneficiários, os quais receberão o valor a eles devido redefinido proporcionalmente pela eliminação do beneficiário autor do ato ou da omissão dolosos.

g) Epidemias, pandemias ou envenenamento de caráter coletivo, assim declarado por órgão competente;

h) Quaisquer tipos de doenças.

3.2. Além dos Riscos expressamente excluídos no item 3.1. e das exclusões apresentadas no Conceito de Acidente Pessoal das Condições

Gerais do Seguro, estão também excluídos desta Cobertura, os eventos ocorridos em consequência, direta ou indireta de e/ou relacionados a:

a) **Perturbações, envenenamentos ou intoxicações de qualquer natureza, salvo a ingestão de medicamentos exclusivamente quando prescritos por médico em decorrência de acidente coberto;**

b) **Prática de atos reconhecidamente perigosos que não sejam motivados por necessidade justificada, com exceção dos casos que provierem da utilização de meios de transporte mais arriscados, de prestação de serviço militar, da prática de esporte ou de atos de humanidade em auxílio de outrem;**

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

d) **Eventos causados pela ausência de habilitação do Segurado para condução de veículo automotor;**

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

4.CAPITAL SEGURADO

4.1. O Capital Segurado para esta Cobertura será estabelecido na Proposta de Contratação e deverá constar na Apólice de Seguro.

4.2. O Capital Segurado será atualizado monetariamente a cada ano, nos termos das Condições Gerais.

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

5.INÍCIO DE VIGÊNCIA

5.1. A Cobertura compreendida por esta Condição Especial começa a vigorar, simultaneamente com o início da Cobertura Básica de Morte.

5.2. O Período de Vigência desta Cobertura é determinado e será estabelecido na Proposta de Contratação, assim como na Apólice de Seguro. **A idade máxima de saída será 75 anos.**

6.CESSAÇÃO DA COBERTURA

6.1. Além das hipóteses previstas nos itens 13.4, 13.5 e 13.6 das Condições Gerais do Seguro, a Cobertura do Risco a que se refere esta Condição Especial cessa ainda:

a) **Com o falecimento do Segurado;**

b) **Com o cancelamento da Cobertura Básica;**

c) **Se constada uma das hipóteses previstas no item "Perda do Direito a Indenização" das Condições Gerais;**

d) **No final do prazo de vigência desta Cobertura, conforme item 5.2 acima;**

e) **Com a solicitação expressa do Segurado do cancelamento desta cobertura.**

f) **Com a solicitação de alteração da Cobertura Básica para Benefício Prolongado**

7.VALOR DOS PRÊMIOS

7.1. O valor dos Prêmios referente a esta Condição Especial estará previsto na Proposta de Contratação e na respectiva Apólice de Seguro.

7.2. O Prêmio será atualizado monetariamente a cada ano, nos termos das Condições Gerais do Seguro.

7.3. Os Prêmios serão pagos conforme o prazo de pagamento previamente escolhido pelo Responsável pelo Pagamento.

8.DOCUMENTOS EM CASO DE SINISTRO

8.1. O pagamento de qualquer Indenização decorrente da presente cobertura será efetuado em até 30 (trinta) dias, contados a partir da data de entrega de todos os documentos, abaixo relacionados, observados as Condições Gerais do Seguro:

a) **Morte decorrente de acidente**

Documentos do Segurado:

- Aviso de Sinistro preenchido e assinado (formulário padrão MetLife);
- Cópia da Certidão de Óbito;

- Cópia do Boletim de Ocorrência e CAT (Comunicação de Acidente de Trabalho), se houver;
- Cópia do Laudo de Necrópsia do Instituto Médico Legal;
- Cópia da Carteira Nacional de Habilitação, se acidente automobilístico e o Segurado o condutor;
- Cópia do resultado do Exame de Dosagem Alcoólica/Toxicológico, se realizado;
- Cópia do Laudo da Perícia Técnica do Local do Acidente, se realizada;
- Cópia do RG;
- Cópia do CPF.

Documentos dos Beneficiários indicados pelo Segurado:

- Cópia do RG (ou Certidão de Nascimento, se menor);
- Cópia do CPF (obrigatório, independentemente da idade);
- Cópia do comprovante de residência em nome de cada um dos Beneficiários;
- Cópia da Certidão de Casamento atualizada, se o Beneficiário for o Cônjuge;
- Provas de União Estável, se o Beneficiário for o(a) companheiro(a);
- Autorização de crédito nominal a cada um dos Beneficiários (formulário padrão MetLife).

Documentos dos Beneficiários, caso não haja indicação feita pelo Segurado:

- Cópia da Certidão de Casamento do Segurado extraída após o óbito (se não for solteiro);
- Provas de União Estável (no caso de companheiro/a);
- Cópia do RG e CPF do Cônjuge ou companheiro (se for o caso);
- Cópia do comprovante de residência em nome do Cônjuge ou companheiro (se for o caso);
- Declaração de Únicos Herdeiros do Segurado (formulário padrão MetLife);
- Cópia do RG (ou Certidão de Nascimento, se menor) de todos os herdeiros do Segurado;
- Cópia do CPF de todos os herdeiros do Segurado (obrigatório, independentemente da idade);
- Cópia do comprovante de residência em nome de cada um dos herdeiros do Segurado;
- Autorização de crédito em nome de cada um dos Beneficiários (formulário padrão MetLife).

8.2. Se dentro do prazo mencionado, devido à dúvida fundada e justificável, a Seguradora solicitar ao interessado no Capital Segurado outro documento para elucidar a análise do evento, a contagem do prazo sofrerá suspensão e voltará a correr a partir do dia útil seguinte à chegada do último documento solicitado.

8.3. Caso haja atraso no pagamento da Indenização, a Seguradora pagará juros de mora de 1% a.m. (um por cento ao mês), contados a partir do primeiro dia posterior ao término do prazo fixado no item anterior, além da atualização monetária aplicada desde a data da ocorrência do evento Segurado até a data do efetivo pagamento, tendo como base a variação positiva acumulada do IPCA/IBGE e multa, aplicada de uma só vez, de 2% (dois por cento).

9.DISPOSIÇÕES GERAIS

9.1. As disposições desta Condição Especial poderão limitar e/ou restringir as características do plano de seguro estruturado nas Condições Gerais do Seguro.

9.2. As Indenizações por Morte Acidental e Morte, quando contratadas conjuntamente, se acumulam.

Condição Especial – Cobertura Adicional Invalidez Permanente por Acidente (IPA)

1. OBJETIVO

1.1. Esta Cobertura Adicional, desde que contratada, garante ao Segurado, durante o Período de Vigência, o pagamento de uma Indenização, em caso de Invalidez Permanente por Acidente do Segurado, em consequência exclusiva de Acidente Pessoal coberto, exceto se decorrente de Riscos Excluídos, observados os demais termos desta Condição Especial, das Condições Gerais do Seguro e da Apólice.

2. DEFINIÇÕES

2.1. Para fins desta Condição Especial prevalecem os conceitos indicados no item "Das Definições" das Condições Gerais deste seguro.

2.2. Invalidez Permanente por Acidente: para fins desta Condição Especial é a perda, redução ou impotência funcional definitiva, parcial ou total, de um dos membros ou órgãos previstos na Tabela para Cálculo de Percentuais de Indenização em caso de Invalidez Permanente por Acidente, prevista no item 6 desta Condição Especial, em virtude de lesões físicas exclusivamente decorrentes de Acidente Pessoal coberto, desde que tais lesões não sejam suscetíveis de reabilitação ou recuperação pelos meios terapêuticos disponíveis no momento do diagnóstico.

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

2.4. Perdas e/ou reduções não previstas na Tabela para Cálculo de Percentuais de Indenização em Caso de Invalidez Permanente por Acidente, serão calculadas tomando-se por base a diminuição permanente da capacidade física do Segurado, independentemente da sua profissão. Na falta de indicação exata do grau de redução funcional apresentado, e sendo o referido grau classificado apenas como máximo, médio ou mínimo, a indenização será calculada, na base das percentagens de 75%, 50% e 25%, respectivamente.

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

2.6. Para efeito de indenização, a perda ou maior redução funcional de um membro ou órgão já defeituoso antes do acidente, deve ser deduzida do grau de invalidez definitiva.

3. RISCOS EXCLUÍDOS

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

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

c) Ato reconhecidamente perigoso que não seja motivado por necessidade justificada, exceto quando a morte ou incapacidade decorrer do trabalho, utilização de meio de transporte mais arriscado, de prestação de serviço militar, da prática desportiva, ou de atos de humanidade em auxílio de outrem;

d) Doenças, Lesões 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.

e) **d.1) Em relação às doenças preexistentes, excepcionalmente, mediante expresso acordo entre Seguradora e Segurado, poderá ser excluída da cobertura doenças preexistentes específicas declaradas no Questionário de Avaliação de Risco que integra a Proposta, desde que não seja estabelecido Prazo de Carência para a cobertura.**

f) **d.2) Caso seja estabelecido Prazo de Carência para a cobertura, a Seguradora não responderá pelo Sinistros cuja causa exclusiva ou principal seja a doença preexistente durante o Período de Carência estabelecido.**

g) **d.2.1.) Nestas hipóteses, a Apólice discriminará a(s) doença(s) preexistente(s) objeto(s) de exclusão de cobertura.**

h) **Suicídio voluntário ou sua tentativa nos 2 (dois) primeiros anos de vigência, ou da recondução do contrato, quando suspenso, nos termos da lei, exceto se o suicídio decorrer de grave ameaça ou de legítima defesa de terceiro.**

i) **e.1) Caso tenha sido solicitado aumento de Capital Segurado pelo Segurado, a exclusão de risco do item "e" somente se aplica à diferença do Capital Segurado aumentado;**

j) **Atos ilícitos dolosos praticados pelo Segurado, pelo Beneficiário ou pelo representante legal, de um ou de outro, salvo dolo do representante do segurado ou beneficiário em prejuízo desses.**

k) **f.1.) Não se aplica a exclusão da alínea "f" da Cláusula 5.1. quando o sinistro for dolosamente provocado pelo beneficiário e existirem outros beneficiários, os quais receberão o valor a eles devido redefinido proporcionalmente pela eliminação do beneficiário autor do ato ou da omissão dolosos.**

l) **Epidemias, pandemias ou envenenamento de caráter coletivo, assim declarado por órgão competente.**

3.2. Além dos Riscos expressamente excluídos no item 3.1. e das exclusões apresentadas no conceito de Acidente Pessoal constante nas Condições Gerais, estão também excluídos da Cobertura desta Condição Especial, os eventos ocorridos em consequência, direta ou indireta de e/ou relacionados a:

a) **Perturbações, envenenamentos ou intoxicações de qualquer natureza, salvo a ingestão de medicamentos exclusivamente quando prescritos por médico em decorrência de acidente coberto;**

b) **Prática de atos reconhecidamente perigosos que não sejam motivados por necessidade justificada, excetuando-se os casos que provierem da utilização de meios de transporte mais arriscados, de prestação de serviço militar, da prática de esporte ou de atos de humanidade em auxílio de outrem;**

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

d) **Eventos causados pela ausência de habilitação do Segurado para condução de veículo;**

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

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

g) **Perda de dentes, ainda que decorrente de acidente coberto.**

4. CAPITAL SEGURADO

4.1. O Capital Segurado para esta Condição Especial será estabelecido na Proposta de Contratação e deverá constar na Apólice do Seguro.

4.2. O Capital Segurado será atualizado monetariamente a cada ano, nos termos das Condições Gerais do Seguro.

4.3. Para fins desta Condição Especial, considera-se como data do evento, para efeito de determinação do Capital Segurado, a data do acidente.

5. REINTEGRAÇÃO DO CAPITAL SEGURADO

5.1. No caso de invalidez parcial o Capital Segurado será automaticamente reintegrado após cada Sinistro.

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

Tabela para Cálculo de Percentuais de Indenização em Caso de Invalidez Permanente por Acidente		
Invalidez Permanente	**Discriminação**	**% sobre o capital**
Total	Perda total da visão de ambos os olhos	100
	Perda total do uso de ambos os membros superiores	100
	Perda total do uso de ambos os membros inferiores	100
	Perda total do uso de ambas as mãos	100
	Perda total do uso de um membro superior e um membro inferior	100
	Perda total do uso de uma das mãos e de um dos pés	100
	Perda total do uso de ambos os pés	100
	Alienação mental total e incurável	100
	Nefrectomia bilateral	100
Invalidez Permanente	**Discriminação**	**% sobre o capital**
Parcial Diversas	Perda total da visão de um olho	30
	Perda total da visão de um olho, quando o Segurado já não tiver a outra vista	70
	Surdez total incurável de ambos os ouvidos	40
	Surdez total incurável de um dos ouvidos	20
	Mudez incurável	50
	Fratura não consolidada do maxilar inferior	20
	Imobilidade do segmento cervical da coluna vertebral	20
	Imobilidade do segmento tóraco-lombo-sacro da coluna vertebral	25
Invalidez Permanente	**Discriminação**	**% sobre o capital**
Parcial Membros Superiores	Perda total de uso de um dos membros superiores	70
	Perda total do uso de uma das mãos	60
	Fratura não consolidada de um dos úmeros	50
	Fratura não consolidada de um dos segmentos rádio- ulnares	30
	Anquilose total de um dos ombros	25
	Anquilose total de um dos cotovelos	25
	Anquilose total de um dos punhos	20
	Perda total do uso de um dos polegares, inclusive o metacarpiano	25
	Perda total do uso de um dos polegares, exclusive o metacarpiano	65
	Perda total do uso da falange distal do polegar	9
	Perda total do uso de um dos dedos indicadores	15
	Perda total do uso de um dos dedos mínimos ou um dos dedos médios	12
	Perda total do uso de um dos dedos anulares	9
	Perda total do uso de qualquer falange, excluídas as do polegar: equivalente a 1/3 do valor do dedo respectivo	
Invalidez Permanente	**Discriminação**	**% sobre o capital**
Parcial Membros Inferiores	Perda total do uso de um dos membros inferiores	70
	Perda total do uso de um dos pés	50
	Fratura não consolidada de um fêmur	50
	Fratura não consolidada de um dos segmentos tíbio-Peroneiros	25

	Fratura não consolidada da rótula	20
	Fratura não consolidada de um pé	20
	Anquilose total de um dos joelhos	20
	Anquilose total de um dos tornozelos	20
	Anquilose total de um quadril	20
	Perda parcial de um dos pés, isto é, perda de todos os dedos e de uma parte do mesmo pé	25
	Amputação do 1º (primeiro) dedo	10
	Amputação de qualquer outro dedo	3
	Perda total do uso de uma falange do 1º (primeiro) dedo, equivalente 1/2, e dos demais dedos, equivalentes a 1/3 do respectivo dedo.	
	Encurtamento de um dos membros inferiores	
	- De 5 (cinco) centímetros ou mais	15
	- De 4 (quatro) centímetros	10
	- De 3 (três) centímetros	06
	- Menos de 3 (três) centímetros: sem Indenização	

Perda do uso de membros sem perda anatômica

A perda ou redução da força ou da capacidade funcional considerada é a que não resulte de lesões articulares ou de segmentos amputados, constantes dos quadros próprios da tabela.

Invalidez Permanente	Discriminação	% sobre o capital
Diversas	**Mandíbula** Maxilar inferior (mandíbula) redução de movimentos	
	Em grau mínimo	5
	Em grau médio	10
	Em grau máximo	20
	Nariz	
	Amputação total do nariz com perda total do olfato	25
	Perda total do olfato	7
	Perda do olfato com alterações gustativas	10
	Aparelho Visual e Anexos do Olho	
	Diplopia	15
	Lesões das vias lacrimais	
	Unilateral	7
	Unilateral com fístulas	15
	Bilateral	14
	Bilateral com fístulas	25
	Lesões da pálpebra	
	Ectrópio unilateral	3
	Ectrópio bilateral	6
	Entrópio unilateral	7
	Entrópio bilateral	14
	Má oclusão palpebral unilateral	3
	Má oclusão palpebral bilateral	6
	Ptose palpebral unilateral	5
	Ptose palpebral bilateral	10
	Aparelho da Fonação	
	Perda da palavra (mudez incurável)	50
	Perda de substância (palato mole e duro)	15
	Sistema Auditivo	
	Amputação total de uma orelha	8
	Amputação total das duas orelhas	16
	Perda do Baço	15
	Aparelho Urinário	
	Retenção crônica de urina (sondagens obrigatórias)	15
	Cistostomia (definitiva)	30
	Incontinência urinária permanente	30

Diversas	Perda de um rim, com rim remanescente com função renal preservada	30
	Redução da função renal (não dialítica)	50
	Redução da função renal (dialítica)	75
	Perda de rim único	75
	Aparelho Genital e Reprodutor	
	Perda de um testículo	5
	Perda de dois testículos	15
	Amputação traumática do pênis	40
	Perda de um ovário	5
	Perda de dois ovários	15
	Perda do útero antes da menopausa	30
	Perda do útero depois da menopausa	10
	Pescoço	
	Estenose da faringe com obstáculo a deglutição	15
	Lesão do esôfago com transtornos da função motora	15
	Traqueostomia definitiva	40
	Tórax Aparelho Respiratório	
	Sequelas pós-traumáticas pleurais	10
	Ressecção total ou parcial de um pulmão (pneumectomia - parcial ou total)	
	com função respiratória preservada	15
	com redução em grau mínimo da função respiratória	25
	com redução em grau médio da função respiratória	50
	com insuficiência respiratória	75
	Mamas (Femininas)	
	Mastectomia unilateral	10
	Mastectomia bilateral	20
	Abdômen (Órgãos e Vísceras)	
	Gastrectomia subtotal	20
	Gastrectomia total	40
	Intestino Delgado	
	Ressecção parcial	20
	Ressecção parcial com síndrome disabsortiva ou ileostomia definitiva	40
	Intestino Grosso	
	Colectomia parcial	20
	Colectomia total	40
	Colestomia definitiva	40
	Reto e Ânus	
	Incontinência fecal sem prolapso	30
	Incontinência fecal com prolapso	50
	Retenção anal	10
	Fígado	
	Lobectomia hepática sem alteração funcional	10
	Lobectomia com insuficiência hepática	50
	Síndromes Neurológicas	
	Epilepsia pós-traumática	20
	Derivação ventrículo-peritoneal (hidrocefalia)	20
	Síndrome pós-concussional	5

7.INÍCIO DE VIGÊNCIA

7.1. A Cobertura compreendida por esta Condição Especial começa a vigorar, simultaneamente com o início da Cobertura Básica de Morte.

7.2. O Período de Vigência desta Cobertura é determinado e será estabelecido na Proposta de Contratação, assim como na Apólice de Seguro. **A idade máxima de saída será 75 anos.**

8. CESSAÇÃO DA COBERTURA

8.1. Além das hipóteses previstas nos itens 13.4, 13.5 e 13.6 das Condições Gerais do Seguro, a Cobertura do Risco a que se refere esta Condição Especial cessa ainda:

a) **Com o falecimento do Segurado;**

b) **Com o cancelamento da Cobertura Básica;**

c) **Com a invalidez total por acidente do Segurado;**

d) **Se constada uma das hipóteses previstas no item "Perda do Direito a Indenização" das Condições Gerais;**

e) **No final do prazo de vigência desta Cobertura, conforme item 7.2 acima;**

f) **Com a solicitação expressa do Segurado do cancelamento desta cobertura.**

g) **Quando o segurado completar 75 anos de idade.**

h) **Com a solicitação de alteração da Cobertura Básica para Benefício Prolongado.**

9. VALOR DOS PRÊMIOS

9.1. O valor dos Prêmios referente a esta Condição Especial, estará previsto na Proposta de Contratação e na respectiva Apólice do Seguro.

9.2. O valor do Prêmio será atualizado monetariamente a cada ano, nos termos das Condições Gerais do Seguro.

9.3. Os Prêmios serão pagos, conforme o prazo de pagamento previamente escolhido pelo Responsável pelo Pagamento, no Período de Vigência definido em propostas e Apólice.

10. DOCUMENTOS EM CASO DE SINISTRO

10.1. O pagamento de qualquer Indenização decorrente da presente cobertura será efetuado em até 30 (trinta) dias, contados a partir da data de entrega de todos os documentos, abaixo relacionados, de acordo com as Condições Gerais do Seguro:

- Aviso de Sinistro preenchido e assinado (formulário padrão MetLife);
- Laudos, exames médicos e radiografias que comprovem a invalidez;
- Relatório médico informando a data do acidente, o percentual do déficit funcional apresentado por segmento, a data de confirmação da alta médica e, obrigatoriamente, da reabilitação;
- Cópia do Boletim de Ocorrência e CAT (Comunicação de Acidente de Trabalho), se houver;
- Descrição detalhada do acidente assinada (caso não haja BO);
- Cópia da Carteira Nacional de Habilitação, se acidente automobilístico e o Segurado o condutor;
- Cópia do resultado do Exame de Dosagem Alcoólica/Toxicológico, se realizado;
- Cópia do Laudo da Perícia Técnica do Local do Acidente, se realizada;
- Cópia do RG;
- Cópia do CPF;
- Cópia do comprovante de residência em nome do Segurado;
- Autorização para Pagamento em nome do Segurado (formulário padrão MetLife).

10.2. Se dentro do prazo mencionado, devido à dúvida fundada e justificável, a Seguradora solicitar ao interessado no Capital Segurado, outro documento para elucidar a análise do evento, a contagem do prazo sofrerá suspensão e voltará a correr, a partir do dia útil seguinte a chegada do último documento solicitado.

10.3. Caso haja atraso no pagamento da Indenização, a Seguradora pagará juros de mora de 1% a.m. (um por cento ao mês), contados a partir do primeiro dia posterior ao término do prazo fixado no item anterior, além da atualização monetária aplicada desde a data da ocorrência do evento Segurado até a data do efetivo pagamento, tendo como base a variação positiva acumulada do IPCA/IBGE e multa, aplicada de uma só vez, de 2% (dois por cento).

11. DISPOSIÇÕES GERAIS

11.1. As disposições desta Condição Especial poderão limitar e/ou restringir as características do plano de seguro estruturado nas Condições Gerais do Seguro.

Condição Especial – Cobertura Adicional de Doenças Graves e Procedimentos Cirúrgicos

1.OBJETIVO

1.1. Esta Cobertura Adicional, desde que contratada, garante ao Segurado, durante o Período de Vigência, o pagamento do Capital Segurado Líquido em decorrência do diagnóstico de uma doença grave coberta ou da realização de um procedimento médico coberto, ambos descritos no item 4, se, e somente se, o Segurado sobreviver 30 (trinta) dias após a ocorrência do evento coberto, observados os demais termos desta Condição Especial, das Condições Gerais e da Apólice.

2.DEFINIÇÃO

2.1. Para fins desta Condição Especial prevalecem os conceitos indicados no item "Das Definições" das Condições Gerais deste seguro.

3. RISCOS EXCLUÍDOS

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

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

c) Ato reconhecidamente perigoso que não seja motivado por necessidade justificada, exceto quando a morte ou incapacidade decorrer do trabalho, utilização de meio de transporte mais arriscado, de prestação de serviço militar, da prática desportiva, ou de atos de humanidade em auxílio de outrem;

d) Doenças, Lesões 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.

d.1) Em relação às doenças preexistentes, excepcionalmente, mediante expresso acordo entre Seguradora e Segurado, poderá ser excluída da cobertura doenças preexistentes específicas declaradas no Questionário de Avaliação de Risco que integra a Proposta, desde que não seja estabelecido Prazo de Carência para a cobertura.

d.2) Caso seja estabelecido Prazo de Carência para a cobertura, a Seguradora não responderá pelo Sinistros cuja causa exclusiva ou principal seja a doença preexistente durante o Período de Carência estabelecido.

d.2.1.) Nestas hipóteses, a Apólice discriminará a(s) doença(s) preexistente(s) objeto(s) de exclusão de cobertura.

e) Suicídio voluntário ou sua tentativa nos 2 (dois) primeiros anos de vigência, ou da recondução do contrato, quando suspenso, nos termos da lei, exceto se o suicídio decorrer de grave ameaça ou de legítima defesa de terceiro.

e.1) Caso tenha sido solicitado aumento de Capital Segurado pelo Segurado, a exclusão de risco do item "e" somente se aplica à diferença do Capital Segurado aumentado;

f) Atos ilícitos dolosos praticados pelo Segurado, pelo Beneficiário ou pelo representante legal, de um ou de outro, salvo dolo do representante do segurado ou beneficiário em prejuízo desses.

f.1.) Não se aplica a exclusão da alínea "f" da Cláusula 5.1. quando o sinistro for dolosamente provocado pelo beneficiário e existirem outros beneficiários, os quais receberão o valor a eles devido redefinido proporcionalmente pela eliminação do beneficiário autor do ato ou da omissão dolosos.

g) Epidemias, pandemias ou envenenamento de caráter coletivo, assim declarado por órgão competente.

4. COBERTURAS

4.1. Neoplasias Malignas (Câncer) – é uma proliferação celular anormal, sem controle e autônoma, com efeitos agressivos sobre o organismo. O diagnóstico deve ser confirmado por um médico especialista e evidenciado por exame anátomo-patológico conclusivo. Será considerada como a data do evento, o dia do resultado do exame anátomo-patológico.

4.1.1. **Além dos Riscos expressamente excluídos no item 3.1, estão também excluídos desta Cobertura:**

- **Todas as neoplasias malignas não invasivas (in situ);**
- **O câncer da próstata abaixo do Estágio IIIA pela Classificação TNM publicado no site do Instituto Nacional de Câncer – INCA atualizado em 16/08/2023.;**
- **Melanoma maligno com grau de invasão menor ou igual a 1,5 mm (segundo Índice de Breslow) e todas as outras neoplasias da pele;**
- **Qualquer neoplasia maligna oriunda do Vírus da Imunodeficiência Humana, desde que o mesmo tenha sido contraído antes da vigência do seguro;**
- **Neoplasias existentes antes da data efetiva da Apólice.**

4.2. Acidente Vascular Cerebral – infarto cerebral (diminuição ou interrupção do fluxo sanguíneo em áreas do cérebro) ou hemorragia cerebral que resultam em déficit neurológico permanente (distúrbio da fala, perda total de movimentos de membros - plegia). O diagnóstico de acidente vascular cerebral deve ser confirmado por médico especialista e por meio de tomografia computadorizada ou ressonância magnética do crânio. Os sinais clínicos de déficit neurológico devem ser documentados para auxiliar o diagnóstico. Será considerada como a data do evento o dia que ocorrer a sequela clínica ou a data do exame de imagem que comprove o diagnóstico.

4.2.1. **Além dos Riscos expressamente excluídos no item 3.1, estão também excluídos desta Cobertura:**

- **Ataque Isquêmico Transitório;**
- **Hemorragia cerebral causada por acidentes;**
- **Hemorragia cerebral causada por tumor do cérebro;**
- **Hemorragia cerebral causada por cirurgia do cérebro;**
- **Sintomas neurológicos provocados por enxaquecas e outras alterações vasculares benignas;**
- **Achado incidental de áreas de isquemia em exames de tomografia e ressonância magnética de crânio.**

4.3. Infarto Agudo do Miocárdio – é a morte das células do músculo cardíaco como resultado de um fluxo sanguíneo insuficiente para a área comprometida. O diagnóstico deve ser comprovado por médico especialista e basear-se na ocorrência, concomitante, de: história de dores torácicas típicas, alterações características de infarto do miocárdio no eletrocardiograma – ECG (supradesnivelamento do seguimento ST, formação de onda Q e inversão de onda T) e elevação das enzimas cardíacas (mioglobina, troponinas, CK-MB). Será considerada como a data do evento, o dia de realização dos exames acima mencionados.

4.3.1. **Além dos Riscos expressamente excluídos no item 3.1, estão também excluídos desta Cobertura:**

- **Angina de peito;**
- **Angina de decúbito; e**
- **Infarto do miocárdio sem supra desnivelamento de ST no eletrocardiograma e sem aumento de enzimas cardíacas.**

4.4. Cirurgia de Revascularização Miocárdio com Implante de Ponte(s) Vascular (es) nas Artérias Coronarianas (Bypass) – realização de cirurgia cardíaca, a tórax aberto, para a correção de uma ou mais artérias coronárias, que está ou estão estenosada(s) ou ocluída(s), com implante de ponte(s) vascular(es) (Bypass) na(s) artéria(s) coronária(s). A indicação da cirurgia deve estar respaldada por exame de coronariografia e confirmada por médico especialista. Será considerada como a data do evento o dia da realização da cirurgia.

4.4.1. **Além dos Riscos expressamente excluídos no item 3.1, estão também excluídos desta Cobertura:**

- **Angioplastia e outros procedimentos intra-arteriais;**

4.5. Insuficiência Renal Crônica Dialítica – estágio final da doença renal, caracterizada pela perda funcional de ambos os rins, que necessita de diálise regular (peritoneal e hemodiálise) e/ou transplante renal.

Será considerada como a data do evento, o dia do início da diálise.

4.5.1. **Além dos Riscos expressamente excluídos no item 3.1, estão também excluídos desta Cobertura eventos ocorridos em consequência, direta ou indireta de e/ou relacionados a:**

- Insuficiência Renal Aguda e/ou Insuficiência Renal Crônica que não necessite de diálise peritoneal, hemodiálise e/ou transplante renal.

4.6. Cirurgia para Transplante de Órgãos – cirurgia para transplante total de órgãos humanos em que o Segurado participa como receptor somente dos seguintes órgãos: coração, pulmão, fígado, pâncreas, rim e medula óssea. Será considerada como a data do evento, o dia da realização da cirurgia ou do procedimento de transplante.

4.6.1. **Além dos Riscos expressamente excluídos no item 3.1, estão também excluídos desta Cobertura:**

- **Implante de coração artificial;**
- **Transplante de quaisquer órgãos não humanos;**
- **Autotransplante de medula óssea;**
- **Transplante de células tronco;**
- **Transplante de ilhotas pancreáticas;**
- **Quaisquer transplantes de apenas uma parte do órgão, exceto transplante de fígado.**

4.7. Diagnóstico de Grande Queimado - queimaduras de terceiro grau, cobrindo ao menos 20% (vinte por cento) da superfície corporal do Segurado. O diagnóstico deverá ser confirmado por um especialista e evidenciado por resultados da carta de Lund Browder ou por um calculador equivalente de áreas corporais queimadas. Será considerada como a data do evento, o dia do início do diagnóstico.

4.7.1. **Além dos Riscos expressamente excluídos no item 3.1, estão também excluídos desta Cobertura:**

- **Queimaduras decorrentes de autoagressão.**

4.8. Doença de Parkinson - doença degenerativa do sistema nervoso central, lenta e progressiva, caracterizada pela perda de neurônios em uma região específica do cérebro, que produz a diminuição de dopamina, alterando os movimentos chamados extrapiramidais (não voluntários). A caracterização da cobertura se dará mediante diagnóstico feito por médico. Será considerada como a data do evento, o dia do início do diagnóstico.

4.8.1. **Além dos Riscos expressamente excluídos no item 3.1, estão também excluídos desta Cobertura:**

- **Doença de Parkinson decorrente do uso crônico de medicamentos;**
- **Doenças neurológicas, agudas ou crônicas, que acarretem quadro clínico semelhante a Doença de Parkinson;**
- **Doença de Parkinson de intoxicação por manganês, derivados de petróleo e de inseticidas;**
- **Doença de Parkinson decorrente de trauma craniano repetitivo.**

5.PERÍODO DE CARÊNCIA E PERÍODO DE FRANQUIA

5.1. Somente serão garantidos por esta Cobertura os eventos ocorridos a partir de 90 (noventa) dias, contados do início da vigência do Seguro.

5.2. Não haverá carência nos casos em que a Doença Coberta for proveniente de Acidente Pessoal do Segurado ocorrido após o início da vigência do seguro.

5.3. O pagamento do Capital Segurado Líquido será condicionado ao Período de Franquia, sendo este a sobrevivência do Segurado de 30 (trinta) dias após a ocorrência do diagnóstico de uma doença grave coberta ou da realização de um procedimento médico coberto.

6.CAPITAL SEGURADO

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

6.2. O Capital Segurado será atualizado monetariamente a cada ano, nos termos das Condições Gerais do Seguro.

6.3. Para fins desta Cobertura, considera-se como data do evento, para efeito de determinação do Capital Segurado, a data do diagnóstico da doença grave ou da realização do procedimento médico cobertos, conforme definido no item 4 desta Condição Especial.

7. INÍCIO DE VIGÊNCIA

7.1. A Cobertura compreendida por esta Condição Especial começa a vigorar, simultaneamente com o início da Cobertura Básica de Morte.

7.2. O Período de Vigência é de 5 anos e constará da Proposta de Contratação, assim como da Apólice de Seguro. **A idade máxima de saída será 75 anos. Em consequência disso, a idade máxima de contratação será de 70 anos.**

7.3. A cobertura poderá ser renovada, de acordo com idade e eventuais mudanças de perfil de risco informados pelo segurado para cada vigência.

7.4. As coberturas adicionais poderão não ser renovadas pelo Segurado ou pela Seguradora por meio de manifestação da intenção de não renovação, com antecedência mínima de 30 (trinta) dias do término da vigência.

8. CESSAÇÃO DA COBERTURA

8.1. Além das hipóteses previstas nos itens 13.4, 13.5 e 13.6 das Condições Gerais do Seguro, a Cobertura do Risco a que se refere esta Condição especial cessa ainda:

a) Com o falecimento do Segurado;

b) Com o cancelamento da Cobertura Básica;

c) Em caso de diagnóstico de uma doença grave coberta ou da realização de um procedimento médico coberto;

d) Se constada uma das hipóteses previstas no item "Perda do Direito a Indenização" das Condições Gerais;

e) No final do prazo de vigência desta Cobertura, conforme item 7.2 acima;

f) Com a solicitação expressa do Segurado do cancelamento desta cobertura;

g) Com a solicitação de alteração da Cobertura Básica para Benefício Prolongado.

h) Quando o segurado completar 75 anos de idade.

9. VALOR DOS PRÊMIOS

9.1. O valor dos Prêmios será atualizado monetariamente a cada ano, nos termos das Condições Gerais do Seguro.

9.2. Os Prêmios serão pagos no prazo de pagamento, previamente escolhido pelo Responsável pelo Pagamento, respeitando a vigência máxima de 5 anos e prazo de pagamento máximo também de 5 anos.

10. DOCUMENTOS EM CASO DE SINISTRO

10.1. O pagamento de qualquer Indenização decorrente da presente cobertura será efetuado em até 30 (trinta) dias, contados a partir da entrega de todos os documentos abaixo relacionados, observadas as Condições Gerais do Seguro:

- Aviso de Sinistro preenchido e assinado (formulário padrão MetLife);
- Relatório médico informando o(s) diagnóstico(s) das doenças, com sua(s) data(s), tratamento(s) realizado(s), prescrições futuras, se foram esgotadas todas as possibilidades terapêuticas para o caso, inclusive cirúrgicas, e sequelas decorrentes (temporárias e/ou permanentes);
- Todos os exames realizados indicativos e confirmativos da doença;
- Cópia do RG;
- Cópia do CPF;
- Cópia do comprovante de residência em nome do Segurado;
- Autorização para Pagamento em nome do Segurado (formulário padrão MetLife).

10.2. Se dentro do prazo mencionado, devido à dúvida fundada e justificável, a Seguradora solicitar ao interessado no Capital Segurado outro documento para elucidar a análise do evento, a contagem do prazo sofrerá suspensão e voltará a correr a partir do dia útil seguinte a chegada do último documento solicitado.

10.3. Caso haja atraso no pagamento da Indenização, a Seguradora pagará juros de mora de 1% a.m. (um por cento ao mês), contados a partir do primeiro dia posterior ao término do prazo fixado no item anterior, além da atualização monetária aplicada desde a data da ocorrência do evento Segurado até a data do efetivo pagamento, tendo como base a variação positiva acumulada do IPCA/IBGE e multa, aplicada de uma só vez, de 2% (dois por cento).

11. DISPOSIÇÕES GERAIS

11.1. As disposições desta Condição Especial poderão limitar e/ou restringir as características do plano de seguro estruturado nas Condições Gerais do Seguro.

Condição Especial – Cobertura Adicional de Doenças Graves e Procedimentos Cirúrgicos Premium

1.OBJETIVO

1.1. Esta Cobertura Adicional, desde que contratada, garante ao Segurado, durante o Período de Vigência, o pagamento do Capital Segurado Líquido em decorrência do diagnóstico de uma doença grave coberta ou da realização de um procedimento médico coberto, ambos descritos no item 4, se, e somente se, o Segurado sobreviver 30 (trinta) dias após a ocorrência do evento coberto, observados os demais termos desta Condição Especial, das Condições Gerais e da Apólice.

2.DEFINIÇÃO

2.1. Para fins desta Condição Especial prevalecem os conceitos indicados no item "Das Definições" das Condições Gerais deste seguro.

3.RISCOS EXCLUÍDOS

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

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

c) Ato reconhecidamente perigoso que não seja motivado por necessidade justificada, exceto quando a morte ou incapacidade decorrer do trabalho, utilização de meio de transporte mais arriscado, de prestação de serviço militar, da prática desportiva, ou de atos de humanidade em auxílio de outrem;

d) Doenças, Lesões 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.

d.1) Em relação às doenças preexistentes, excepcionalmente, mediante expresso acordo entre Seguradora e Segurado, poderá ser excluída da cobertura doenças preexistentes específicas declaradas no Questionário de Avaliação de Risco que integra a Proposta, desde que não seja estabelecido Prazo de Carência para a cobertura.

d.2) Caso seja estabelecido Prazo de Carência para a cobertura, a Seguradora não responderá pelo Sinistros cuja causa exclusiva ou principal seja a doença preexistente durante o Período de Carência estabelecido.

d.2.1.) Nestas hipóteses, a Apólice discriminará a(s) doença(s) preexistente(s) objeto(s) de exclusão de cobertura.

e) Suicídio voluntário ou sua tentativa nos 2 (dois) primeiros anos de vigência, ou da recondução do contrato, quando suspenso, nos termos da lei, exceto se o suicídio decorrer de grave ameaça ou de legítima defesa de terceiro.

e.1) Caso tenha sido solicitado aumento de Capital Segurado pelo Segurado, a exclusão de risco do item "e" somente se aplica à diferença do Capital Segurado aumentado;

f) Atos ilícitos dolosos praticados pelo Segurado, pelo Beneficiário ou pelo representante legal, de um ou de outro, salvo dolo do representante do segurado ou beneficiário em prejuízo desses.

f.1.) Não se aplica a exclusão da alínea "f" da Cláusula 5.1. quando o sinistro for dolosamente provocado pelo beneficiário e existirem outros beneficiários, os quais receberão o valor a eles devido redefinido proporcionalmente pela eliminação do beneficiário autor do ato ou da omissão dolosos.

g) Epidemias, pandemias ou envenenamento de caráter coletivo, assim declarado por órgão competente.

4.COBERTURAS

4.1. Neoplasias Malignas (Câncer) – é uma proliferação celular anormal, sem controle e autônoma, com efeitos agressivos sobre o organismo. O diagnóstico deve ser confirmado por um médico especialista e evidenciado por exame anátomo-patológico conclusivo. Será considerada como a data do evento o dia do resultado do exame anátomo-patológico.

4.1.1. **Além dos Riscos expressamente excluídos no item 3.1, estão também excluídos desta Cobertura:**

- Todas as neoplasias malignas não invasivas (in situ);
- O câncer da próstata abaixo do Estágio IIIA pela Classificação TNM publicado no site do Instituto Nacional de Câncer – INCA atualizado em 16/08/2023;
- Melanoma maligno com grau de invasão menor ou igual a 1,5 mm (segundo o Índice de Breslow) e todas as outras neoplasias da pele;
- Qualquer neoplasia maligna oriunda do Vírus da Imunodeficiência Humana, desde que o mesmo tenha sido contraído antes da vigência do seguro;
- Neoplasias existentes antes da data efetiva da Apólice.

4.2. Acidente Vascular Cerebral– infarto cerebral (diminuição ou interrupção do fluxo sanguíneo em áreas do cérebro) ou hemorragia cerebral que resultam em déficit neurológico permanente (distúrbio da fala, perda total de movimentos de membros - plegia). O diagnóstico de acidente vascular cerebral deve ser confirmado por médico especialista e por meio de tomografia computadorizada ou ressonância magnética do crânio. Os sinais clínicos de déficit neurológico devem ser documentados para auxiliar o diagnóstico. Será considerada como a data do evento o dia que ocorrer a sequela clínica ou a data do exame de imagem que comprove o diagnóstico.

4.2.1. **Além dos Riscos expressamente excluídos no item 3.1, estão também excluídos desta Cobertura:**

- Ataque Isquêmico Transitório;
- Hemorragia cerebral causada por acidentes;
- Hemorragia cerebral causada por tumor do cérebro;
- Hemorragia cerebral causada por cirurgia do cérebro;
- Sintomas neurológicos provocados por enxaquecas e outras alterações vasculares benignas;
- Achado incidental de áreas de isquemia em exames de tomografia e ressonância magnética de crânio.

4.3. Infarto Agudo do Miocárdio – é a morte das células do músculo cardíaco como resultado de um fluxo sanguíneo insuficiente para a área comprometida. O diagnóstico deve ser comprovado por médico especialista e basear-se na ocorrência, concomitante, de: história de dores torácicas típicas, alterações características de infarto do miocárdio no eletrocardiograma – ECG (supradesnivelamento do seguimento ST, formação de onda Q e inversão de onda T) e elevação das enzimas cardíacas (mioglobina, troponinas, CK-MB). Será considerada como a data do evento o dia de realização dos exames mencionados (eletrocardiograma, enzimas cardíacas).

4.3.1. **Além dos Riscos expressamente excluídos no item 3.1, estão também excluídos desta Cobertura:**

- Angina de peito;
- Angina de decúbito; e
- Infarto do miocárdio sem supradesnivelamento de ST no eletrocardiograma e sem aumento de enzimas cardíacas.

4.4. Cirurgia de Revascularização Miocárdio com Implante de Ponte(s) Vascular (es) nas Artérias Coronarianas (Bypass) – realização de cirurgia cardíaca, a tórax aberto, para a correção de uma ou mais artérias coronárias, que está ou estão estenosada(s) ou ocluída(s), com implante de ponte(s) vascular(es) (Bypass) na(s) artéria(s) coronária(s). A indicação da cirurgia deve estar respaldada por exame de coronariografia e confirmada por um médico especialista. Será considerada como a data do evento o dia da realização da cirurgia.

4.4.1. **Além dos Riscos expressamente excluídos no item 3.1, estão também excluídos desta Cobertura:**

- Angioplastia e outros procedimentos intra-arteriais;

4.5. Insuficiência Renal Crônica Dialítica – estágio final da doença renal, caracterizada pela perda funcional de ambos os rins, que necessita de diálise regular (peritoneal e hemodiálise) e/ou transplante renal. Será considerada como a data do evento, o dia do início da diálise.

4.5.1. **Além dos Riscos expressamente excluídos no item 3.1, estão também excluídos desta Cobertura eventos ocorridos em consequência, direta ou indireta de e/ou relacionados a:**

- Insuficiência Renal Aguda e/ou Insuficiência Renal Crônica que não necessite de diálise peritoneal, hemodiálise e/ou transplante renal.

4.6. Cirurgia para Transplante de Órgãos – cirurgia para transplante total de órgãos humanos em que o Segurado participa como receptor somente dos seguintes órgãos: coração, pulmão, fígado, pâncreas, rim e medula óssea. Será considerada como a data do evento o dia da realização da cirurgia ou do procedimento de transplante.

4.6.1. **Além dos Riscos expressamente excluídos no item 3.1, estão também excluídos desta Cobertura:**

- Implante de coração artificial;
- Transplante de quaisquer órgãos não humanos;
- Autotransplante de medula óssea;
- Transplante de células tronco;
- Transplante de ilhotas pancreáticas;
- Quaisquer transplantes de apenas uma parte do órgão, exceto transplante de fígado.

4.7. Diagnóstico de Cegueira - ocorrência de cegueira legal decorrente de acidente ou doença. Considera-se como cegueira legal para esta cobertura a acuidade visual igual ou inferior a 20/200 no melhor olho com a melhor correção, e/ou campo visual igual ou inferior a 10 graus no melhor olho. Será considerada como a data do evento, o dia do início do diagnóstico.

4.7.1. **Além dos Riscos expressamente excluídos no item 3.1, estão também excluídos desta Cobertura:**

- Doenças oftalmológicas ou neurológicas, agudas ou crônicas, preexistentes à contratação do seguro e que acarretem redução progressiva da acuidade visual.
- Cegueira de origem central (sistema nervoso central).

4.8. Diagnóstico de Grande Queimado - queimaduras de terceiro grau, cobrindo ao menos 20% (vinte por cento) da área da superfície corporal do Segurado. O diagnóstico deverá ser confirmado por um especialista e evidenciado por resultados da carta de Lund Browder ou por um calculador equivalente de áreas corporais queimadas. Será considerada como a data do evento o dia do início do diagnóstico.

4.8.1. **Além dos Riscos expressamente excluídos no item 3.1, estão também excluídos desta Cobertura:**

- Queimaduras decorrentes de autoagressão.

4.9. Doença de Alzheimer – Doenças caracterizada pela perda de neurônios, com a consequente perda da densidade sináptica e suas consequências, que deve atender a todos os seguintes critérios:

- Perda cognitiva, com comprometimento da memória e das funções executivas cerebrais (planejamento, organização, abstração e sequenciamento), que resulta em redução significativa da capacidade mental e do desempenho social; Alteração da personalidade;
- Declínio gradual e progressivo da função cognitiva;
- Ausência de distúrbio da consciência;
- Achados neuropsicológicos e de neuroimagem típicos (por exemplo: tomografia).

4.9.1 Será considerada como a data do evento o dia do diagnóstico constante em relatório médico. A doença deve ter sido diagnosticada por médico habilitado, em conformidade com o preconizado pelas sociedades médicas científicas especializadas na doença de Alzheimer.

4.9.2 Além dos Riscos expressamente excluídos no item 3.1, estão também excluídos desta Cobertura eventos ocorridos em consequência, direta ou indireta de e/ou relacionados a:

- Outros tipos de demência que não sejam diagnosticadas como Alzheimer.

4.10. Esclerose Múltipla - Doença que acomete o sistema nervoso central, lenta e progressivamente e que promove uma destruição da bainha de mielina que recobre e isola as fibras nervosas. A caracterização da cobertura se dará mediante diagnóstico inequívoco de esclerose múltipla, que deve ser confirmado por médico neurologista inscrito em sociedade de especialidade médica e embasado pelos seguintes critérios.

- Lesões cerebrais específicas da esclerose múltipla detectadas na ressonância nuclear magnética;

- Comprometimento atual da função motora ou sensorial que deve ter persistido continuamente por um período mínimo de 6 (seis) meses;
- Tenha a pontuação maior do que 5,0 na Escala Expandida do Estado de Incapacidade de Kurtzke (EDSS);

4.10.1. **Além dos Riscos expressamente excluídos no item 3.1, estão também excluídos desta Cobertura:**

- Doença na fase caracterizada por surtos de exacerbação-remissão.
- Doença com pontuação menor do que 5,0 na Escala Expandida do Estado de Incapacidade de Kuntze (EDSS);

4.11. Paralisia de Membros - perda total e irreversível da função motora muscular e sensitiva do conjunto de dois ou mais membros (hemiplegia, paraplegia triplegia, tetraplegia), como resultado de acidente ou doença. Será considerada como a data do evento, o dia do início do diagnóstico.

4.11.1. **Além dos Riscos expressamente excluídos no item 3.1, estão também excluídos desta Cobertura eventos ocorridos em consequência, direta ou indireta de e/ou relacionados a:**

- Qualquer forma de paralisia temporária e/ou transitória;
- Paralisia provocada por Síndrome de Guillain-Barré;
- A perda parcial das funções motoras e sensitivas (paresias).

4.12. Doença de Parkinson - doença degenerativa do sistema nervoso central, lenta e progressiva, caracterizada pela perda de neurônios em uma região específica do cérebro, que produz a diminuição de dopamina, alterando os movimentos chamados extrapiramidais (não voluntários). A caracterização da cobertura se dará mediante diagnóstico feito por médico. Será considerada como a data do evento o dia do início do diagnóstico.

4.12.1. **Além dos Riscos expressamente excluídos no item 3.1, estão também excluídos desta Cobertura:**

- Doença de Parkinson decorrente do uso crônico de medicamentos;
- Doenças neurológicas, agudas ou crônicas, que acarretem quadro clínico semelhante a Doença de Parkinson;
- Doença de Parkinson de intoxicação por manganês, derivados de petróleo e de inseticidas;
- Doença de Parkinson decorrente de trauma craniano repetitivo.

4.13. Cirurgia da Aorta - cirurgia convencional ou endo vascular que visa corrigir qualquer doença da artéria aorta por excisão de uma parte doente desta artéria e substituição por enxerto ou utilização de endo prótese. Estará coberta exclusivamente a cirurgia da artéria aorta em sua porção torácica e abdominal, excluindo-se todos seus ramos. A cirurgia deve ser indicada por cirurgião cardíaco ou vascular, respaldado por exames apropriados. Será considerada como a data do evento, o dia da realização da cirurgia.

4.13.1. **Além dos Riscos expressamente excluídos no item 3.1, estão também excluídos desta Cobertura eventos ocorridos em consequência, direta ou indireta de e/ou relacionados a:**

- Cirurgias ou procedimentos em ramos da artéria aorta.

4.14. Cirurgia de Válvula do Coração - cirurgia cardíaca convencional que visa recuperar ou substituir uma ou mais válvulas cardíacas, indicada por cirurgião cardíaco, respaldado por exames complementares apropriados. Será considerada como a data do evento o dia da realização da cirurgia.

4.14.1. **Além dos Riscos expressamente excluídos no item 3.1, estão também excluídos desta Cobertura:**

- Quando não for necessária a substituição da válvula cardíaca que apresente alterações clínicas, bem como a cirurgia decorrente de lesão de válvula cardíaca com origem anterior à vigência da Apólice.

4.15. Diagnóstico de Surdez - perda total e irreversível da audição em ambos os ouvidos. Surdez ou Perda da Audição irreversível, total ou profunda, de ambos os ouvidos, causada por Acidente Pessoal coberto ou doença. O diagnóstico deve ser feito por médico otorrinolaringologista e evidenciado por exames audiológicos específicos (audiograma, potencial evocado auditivo do tronco cerebral, emissão otoacústica), obedecendo ao critério relacionado a seguir: limiares auditivos sensorioneurais maiores ou iguais a 90 dB (decibéis) em ambos os ouvidos,

aferidos por audiograma, simultaneamente, nas frequências de 500Hz, 1000Hz, 2000Hz e 3000Hz. Será considerada como a data do evento o dia do diagnóstico.

4.15.1. **Além dos Riscos expressamente excluídos no item 3.1, estão também excluídos desta Cobertura eventos ocorridos em consequência, direta ou indireta de e/ou relacionados a:**

- Surdez decorrente de Perda Auditiva Induzida por Ruído Ocupacional (PAIRO);
- Doenças otorrinolaringológicas ou neurológicas, agudas ou crônicas, preexistentes à contratação do seguro e que acarretem redução progressiva da audição;
- Surdez de origem central (sistema nervoso central).

5.PERÍODO DE CARÊNCIA E PERÍODO DE FRANQUIA

5.1. Somente serão garantidos por esta Cobertura os eventos ocorridos a partir de 90 (noventa) dias, contados do início da vigência do Seguro.

5.2. Não haverá carência nos casos em que a Doença Coberta for proveniente de Acidente Pessoal do Segurado ocorrido após o início da vigência do seguro.

5.3. O pagamento do Capital Segurado Líquido será condicionado ao Período de Franquia, sendo este a sobrevivência do Segurado de 30 (trinta) dias após a ocorrência do diagnóstico de uma doença grave coberta ou da realização de um procedimento médico coberto.

6.CAPITAL SEGURADO

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

6.2. O Capital Segurado será atualizado monetariamente a cada ano, nos termos das Condições Gerais do Seguro.

6.3. Para fins desta Cobertura, considera-se como data do evento, para efeito de determinação do Capital Segurado, a data do diagnóstico da doença grave ou da realização do procedimento médico cobertos, conforme definido no item 4 desta Condição Especial.

7.INÍCIO DE VIGÊNCIA

7.1. A Cobertura compreendida por esta Condição Especial começa a vigorar, simultaneamente com o início da Cobertura Básica de Morte.

7.2. O Período de Vigência é de 5 anos e constará da Proposta de Contratação, assim como da Apólice de Seguro**. A idade máxima de saída será 75 anos, mesmo que o prazo da Cobertura Básica seja maior e continue vigente. Em consequência disso, a idade máxima de contratação será de 70 anos.**

7.3. A cobertura poderá ser renovada, de acordo com idade e eventuais mudanças de perfil de risco informados pelo segurado para cada vigência.

7.4. As coberturas adicionais poderão não ser renovadas pelo Segurado ou pela Seguradora por meio de manifestação da intenção de não renovação, com antecedência mínima de 30 (trinta) dias do término da vigência.

8.CESSAÇÃO DA COBERTURA

8.1. Além das hipóteses previstas nos itens 13.4, 13.5 e 13.6 das Condições Gerais do Seguro, a Cobertura do Risco a que se refere esta Condição especial cessa ainda:

a) Com o falecimento do Segurado;

b) Com o cancelamento da Cobertura Básica;

c) Em caso de diagnóstico de uma doença grave coberta ou da realização de um procedimento médico coberto;

d) Se constatada uma das hipóteses previstas no item "Perda do Direito a Indenização" das Condições Gerais;

e) No final do prazo de vigência desta Cobertura, conforme item 7.2 acima;

f) Com a solicitação expressa do Segurado do cancelamento desta cobertura.

g) Com a solicitação de alteração da Cobertura Básica para Benefício Prolongado.

h) Quando o segurado completar 75 anos de idade

9. VALOR DOS PRÊMIOS

9.1. O valor do Prêmio será atualizado monetariamente a cada ano, nos termos das Condições Gerais do Seguro.

9.2. Os Prêmios serão pagos conforme o prazo de pagamento previamente escolhido pelo Responsável pelo Pagamento, respeitando a vigência máxima de 5 anos e prazo de pagamento máximo também de 5 anos.

10. DOCUMENTOS EM CASO DE SINISTRO

10.1. O pagamento de qualquer Indenização, decorrente da presente cobertura será efetuado em até 30 (trinta) dias, contados a partir da data de entrega de todos os documentos, abaixo relacionados, observados as Condições Gerais do Seguro:

- Aviso de Sinistro preenchido e assinado (formulário padrão MetLife);
- Relatório médico informando o(s) diagnóstico(s) das doenças, com sua(s) data(s), tratamento(s) realizado(s), prescrições futuras, se foram esgotadas todas as possibilidades terapêuticas para o caso, inclusive cirúrgicas, e sequelas decorrentes (temporárias e/ou permanentes);
- Todos os exames realizados indicativos e confirmativos da doença;
- Cópia do RG;
- Cópia do CPF;
- Cópia do comprovante de residência em nome do Segurado;
- Autorização para Pagamento em nome do Segurado (formulário padrão MetLife).

10.2. Se dentro do prazo mencionado, devido à dúvida fundada e justificável, a Seguradora solicitar ao interessado no Capital Segurado outro documento para elucidar a análise do evento, a contagem do prazo sofrerá suspensão e voltará a correr a partir do dia útil seguinte à chegada do último documento solicitado.

10.3. Caso haja atraso no pagamento da Indenização, a Seguradora pagará juros de mora de 1% a.m. (um por cento ao mês), contados a partir do primeiro dia posterior ao término do prazo fixado no item anterior, além da atualização monetária aplicada desde a data da ocorrência do evento Segurado até a data do efetivo pagamento, tendo como base a variação positiva acumulada do IPCA/IBGE e multa, aplicada de uma só vez, de 2% (dois por cento).

11. DISPOSIÇÕES GERAIS

11.1. As disposições desta Condição Especial poderão limitar e/ou restringir as características do plano de seguro estruturado nas Condições Gerais do Seguro.

Condição Especial – Cobertura Adicional de Doenças Graves Mais Proteção

1.OBJETIVO

1.1. Esta Cobertura Adicional, desde que contratada, garante ao Segurado, durante o Período de Vigência, o pagamento do Capital Segurado Líquido em decorrência do diagnóstico de uma doença grave coberta ou da realização de um procedimento médico coberto, ambos descritos no item 4, se, e somente se, o Segurado sobreviver 30 (trinta) dias após a ocorrência do evento coberto, observados os demais termos desta Condição Especial, das Condições Gerais e da Apólice.

2.DEFINIÇÃO

2.1. Para fins desta Condição Especial prevalecem os conceitos indicados no item “Das Definições” das Condições Gerais deste seguro.

3.RISCOS EXCLUÍDOS

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

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

c) Ato reconhecidamente perigoso que não seja motivado por necessidade justificada, exceto quando a morte ou incapacidade decorrer do trabalho, utilização de meio de transporte mais arriscado, de prestação de serviço militar, da prática desportiva, ou de atos de humanidade em auxílio de outrem;

d) Doenças, Lesões 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.

d.1) Em relação às doenças preexistentes, excepcionalmente, mediante expresso acordo entre Seguradora e Segurado, poderá ser excluída da cobertura doenças preexistentes específicas declaradas no Questionário de Avaliação de Risco que integra a Proposta, desde que não seja estabelecido Prazo de Carência para a cobertura.

d.2) Caso seja estabelecido Prazo de Carência para a cobertura, a Seguradora não responderá pelo Sinistros cuja causa exclusiva ou principal seja a doença preexistente durante o Período de Carência estabelecido.

d.2.1.) Nestas hipóteses, a Apólice discriminará a(s) doença(s) preexistente(s) objeto(s) de exclusão de cobertura.

e) Suicídio voluntário ou sua tentativa nos 2 (dois) primeiros anos de vigência, ou da recondução do contrato, quando suspenso, nos termos da lei, exceto se o suicídio decorrer de grave ameaça ou de legítima defesa de terceiro.

e.1) Caso tenha sido solicitado aumento de Capital Segurado pelo Segurado, a exclusão de risco do item "e" somente se aplica à diferença do Capital Segurado aumentado;

f) Atos ilícitos dolosos praticados pelo Segurado, pelo Beneficiário ou pelo representante legal, de um ou de outro, salvo dolo do representante do segurado ou beneficiário em prejuízo desses.

f.1.) Não se aplica a exclusão da alínea "f" da Cláusula 5.1. quando o sinistro for dolosamente provocado pelo beneficiário e existirem outros beneficiários, os quais receberão o valor a eles devido redefinido proporcionalmente pela eliminação do beneficiário autor do ato ou da omissão dolosos.

g) Epidemias, pandemias ou envenenamento de caráter coletivo, assim declarado por órgão competente.

4.COBERTURAS

4.1. A cobertura adicional de Doenças Graves Mais Proteção está agrupada em módulos de acordo com critérios de análise de risco, subscrição, aceitação e indenização, conforme indicado na tabela a seguir:

Doenças Graves Mais Proteção	
MÓDULOS	**DOENÇAS COBERTAS**
Módulo 1	• Câncer • Anemia Aplásica • Transplante de Medula Óssea
Módulo 2	• Infarto Agudo do Miocárdio • Lúpus Eritematoso Sistêmico • Cirurgia de Revascularização do Miocárdio • Cirurgia de Aorta • Cirurgia de Válvulas do Coração • Angioplastia • Transplante de Rim • Transplante de Coração • Insuficiência Renal Crônica Dialítica
Módulo 3	• Paralisia de Membros • Diagnóstico de Cegueira • Diagnóstico de Surdez • Esclerose Múltipla • Doença de Parkinson • Esclerose Lateral Amiotrófica • Perda da Fala • Acidente Vascular Cerebral • Doença de Alzheimer
Módulo 4	• Pancreatite Crônica • Hepatite Viral do Tipo C • Enfisema Pulmonar • Cirrose Hepática • Síndrome da Imunodeficiência Adquirida • Transplante de Fígado • Transplante de Pâncreas • Transplante de Pulmão • Transplante de Intestino • Transplante de Tecido • Grande Queimado

Módulo 1:

4.2. Neoplasias Malignas (Câncer) – é uma proliferação celular anormal, sem controle e autônoma, com efeitos agressivos sobre o organismo. O diagnóstico deve ser confirmado por um médico especialista e evidenciado por exame anatomopatológico conclusivo. Será considerada como a data do evento o dia do resultado do exame anatomopatológico.

4.2.1. **Além dos Riscos expressamente excluídos no item 3.1, estão também excluídos desta Cobertura:**

- Todas as neoplasias malignas não invasivas (in situ).
- O câncer da próstata abaixo do Estágio IIIA pela Classificação TNM publicado no site do Instituto Nacional de Câncer - INCA atualizado em 16/08/2023.
- Melanoma maligno com grau de invasão menor ou igual a 1,5 mm (segundo o Índice de Breslow) e todas as outras neoplasias da pele.
- Qualquer neoplasia maligna oriunda do Vírus da Imunodeficiência Humana, desde que o mesmo tenha sido contraído antes da vigência do seguro.
- Neoplasias existentes antes da data efetiva da Apólice.

4.3. Anemia Aplásica – Diagnóstico inequívoco de anemia aplásica, confirmado por médico hematologista e evidenciado pela histologia da medula óssea, que resulte em insuficiência grave da medula óssea, com anemia, neutropenia e trombocitopenia. Será considerada como a data do evento, o dia do início do diagnóstico. A doença deve ter sido tratada com transfusão de sangue e com pelo menos um dos seguintes itens:

- Medicamentos estimulantes da medula óssea.
- Imunossupressores.
- Transplante de medula óssea.

4.4. Transplante de Medula Óssea - Procedimento em que o Segurado participa exclusivamente como receptor de células precursoras da medula óssea originadas de doador humano (transplante alogênico de células-tronco hematopoiéticas). O procedimento deve ser indicado por médico oncohematologista com respaldo em exames complementares e deve ser realizado por médico habilitado, em conformidade com o preconizado pelas sociedades médicas científicas especializadas. Será considerada como a data do evento o dia da realização do procedimento de transplante.

4.4.1. **Além dos Riscos expressamente excluídos no item 3.1, estão também excluídos desta Cobertura:**

- Autotransplante/Transplante autólogo/Transplante autogênico.
- Transplante de células-tronco embrionárias que não as hematopoiéticas.
- Transplantes de tecidos não especificados. –

- Transplantes de outros órgãos não especificados anteriormente.

Módulo 2:

4.5. Infarto Agudo do Miocárdio – é a morte das células do músculo cardíaco como resultado de um fluxo sanguíneo insuficiente para a área comprometida. O diagnóstico deve ser comprovado por médico especialista e basear-se na ocorrência, concomitante, de: história de dores torácicas típicas, alterações características de infarto do miocárdio no eletrocardiograma – ECG (supra desnivelamento do seguimento ST, formação de onda Q e inversão de onda T) e elevação das enzimas cardíacas (mioglobina, troponinas, CK-MB). Será considerada como a data do evento o dia de realização dos exames mencionados (eletrocardiograma, enzimas cardíacas).

4.5.1. **Além dos Riscos expressamente excluídos no item 3.1, estão também excluídos desta Cobertura:**

- Angina de peito;
- Angina de decúbito; e
- Infarto do miocárdio sem supra desnivelamento de ST no eletrocardiograma e sem aumento de enzimas cardíacas.

4.6. Lúpus Eritematoso Sistêmico - O Lúpus Eritematoso Sistêmico é uma doença crônica inflamatória de caráter autoimune, caracterizado por diversos sinais e sintomas, cujos desenvolvimentos dependem do local acometido pelo seu processo inflamatório. Será considerada como a data do evento, o dia do início do diagnóstico.

4.6.1. **Além dos Riscos expressamente excluídos no item 3.1, estão também excluídos desta Cobertura:**

- Outras doenças autoimunes;
- Outros tipos de lúpus.

4.7. Cirurgia de Revascularização Miocárdio com Implante de Ponte(s) Vascular (es) nas Artérias Coronarianas (*Bypass*) – realização de cirurgia cardíaca para a correção de uma ou mais artérias coronárias, que está ou estão estenosadas(s) ou ocluída(s), com implante de ponte(s) vascular(es) (*Bypass)* na(s) artéria(s) coronária(s). A indicação da cirurgia deve estar respaldada por exame de coronariografia e confirmada por um médico especialista. Será considerada como a data do evento o dia da realização da cirurgia.

4.7.1. **Além dos Riscos expressamente excluídos no item 3.1, estão também excluídos desta Cobertura:**

- Angioplastia e outros procedimentos intra-arteriais.

4.8. Cirurgia da Aorta - cirurgia convencional ou endo vascular que visa corrigir qualquer doença da artéria aorta por excisão de uma parte doente desta artéria e substituição por enxerto ou utilização de endo prótese. Estará coberta a cirurgia da artéria aorta em sua porção torácica e abdominal, excluindo-se todos seus ramos. A cirurgia deve ser indicada por cirurgião cardíaco ou vascular, respaldado por exames apropriados. Será considerada como a data do evento, o dia da realização da cirurgia.

4.8.1. **Além dos Riscos expressamente excluídos no item 3.1, estão também excluídos desta Cobertura eventos ocorridos em consequência, direta ou indireta de e/ou relacionados a:**

- Cirurgias ou procedimentos em ramos da artéria aorta.

4.9. Cirurgia de Válvulas do Coração - cirurgia cardíaca convencional que visa recuperar ou substituir uma ou mais válvulas cardíacas, indicada por cirurgião cardíaco, respaldado por exames complementares apropriados. Será considerada como a data do evento o dia da realização da cirurgia.

4.9.1. **Além dos Riscos expressamente excluídos no item 3.1, estão também excluídos desta Cobertura:**

- Quando não for necessária a substituição da válvula cardíaca que apresente alterações clínicas, bem como a cirurgia decorrente de lesão de válvula cardíaca com origem anterior à vigência da Apólice.

4.10. Angioplastia - procedimento cirúrgico realizado para corrigir o estreitamento ou obstrução de uma ou mais artérias coronárias utilizando um cateter específico chamado balão de angioplastia. Será considerada como a data do evento o dia da realização da cirurgia.

4.11. Transplante de Rim – Segurado participa como receptor somente do rim. Será considerada a data do evento o dia da realização da cirurgia de transplante.

4.12. Transplante de Coração – Segurado participa como receptor somente do coração. Será considerada a data do evento o dia da realização da cirurgia de transplante

4.12.1. **Além dos Riscos expressamente excluídos no item 3.1, estão também excluídos desta Cobertura:**

- Implante de coração artificial.
- Transplante de quaisquer órgãos não humanos.
- Transplante de células tronco.

4.13. Insuficiência Renal Crônica Dialítica – estágio final da doença renal, caracterizada pela perda funcional de ambos os rins, que necessita de diálise regular (peritoneal, hemodiálise) e/ou transplante renal. Será considerada como a data do evento, o dia do início do diagnóstico.

4.13.1. **Além dos Riscos expressamente excluídos no item 3.1, estão também excluídos desta Cobertura eventos ocorridos em consequência, direta ou indireta de e/ou relacionados a:**

- Insuficiência Renal Aguda e/ou Insuficiência Renal Crônica que não necessite de diálise peritoneal, hemodiálise e/ou transplante renal.

Módulo 3:

4.14. Paralisia de Membros - perda total e irreversível da função motora muscular e sensitiva do conjunto de dois ou mais membros (hemiplegia, paraplegia triplegia, tetraplegia), como resultado de acidente ou doença. Será considerada como a data do evento, o dia do diagnóstico.

4.14.1. **Além dos Riscos expressamente excluídos no item 3.1, estão também excluídos desta Cobertura eventos ocorridos em consequência, direta ou indireta de e/ou relacionados a:**

- Qualquer forma de paralisia temporária e/ou transitória.
- Paralisia provocada por Síndrome de Guillain-Barré.
- A perda parcial das funções motoras e sensitivas (paresias).

4.15. Diagnóstico de Cegueira - ocorrência de cegueira legal decorrente de acidente ou doença. Considera-se como cegueira legal para esta cobertura a acuidade visual igual ou inferior a 20/200 no melhor olho com a melhor correção, e/ou campo visual igual ou inferior a 10 graus no melhor olho. Será considerada como a data do evento, o dia do diagnóstico.

4.15.1. **Além dos Riscos expressamente excluídos no item 3.1, estão também excluídos desta Cobertura:**

- Doenças oftalmológicas ou neurológicas, agudas ou crônicas, preexistentes à contratação do seguro e que acarretem redução progressiva da acuidade visual.
- Cegueira de origem central (sistema nervoso central).

4.16. Diagnóstico de Surdez - perda total e irreversível da audição em ambos os ouvidos. Surdez ou Perda da Audição irreversível, total ou profunda, de ambos os ouvidos, causada por Acidente Pessoal coberto ou doença. O diagnóstico deve ser feito por médico otorrinolaringologista e evidenciado por exames audiológicos específicos (audiograma, evocado auditivo do tronco cerebral, emissão otoacústica), obedecendo ao critério relacionado a seguir: limiares auditivos sensório-neurais maiores ou iguais a 90 dB (decibéis) em ambos os ouvidos, aferidos por audiograma, simultaneamente, nas frequências de 500Hz, 1000Hz, 2000Hz e 3000Hz. Será considerada como a data do evento o dia do diagnóstico.

4.16.1. **Além dos Riscos expressamente excluídos no item 3.1, estão também excluídos desta Cobertura eventos ocorridos em consequência, direta ou indireta de e/ou relacionados a:**

- Surdez decorrente de Perda Auditiva Induzida por Ruído Ocupacional (PAIRO).
- Doenças otorrinolaringológicas ou neurológicas, agudas ou crônicas, preexistentes à contratação do seguro e que acarretem redução progressiva da audição.
- Surdez de origem central (sistema nervoso central).

4.17. Esclerose Múltipla -. Doença que acomete o sistema nervoso central, lenta e progressivamente e que promove uma destruição da bainha de mielina que recobre e isola as fibras nervosas. A caracterização da cobertura se dará mediante diagnóstico inequívoco de esclerose múltipla, que deve ser confirmado por médico neurologista inscrito em sociedade de especialidade médica e embasado pelos seguintes critérios.

- Lesões cerebrais específicas da esclerose múltipla detectadas na ressonância nuclear magnética;
- Comprometimento atual da função motora ou sensorial que deve ter persistido continuamente por um período mínimo de 6 (seis) meses;
- Tenha a pontuação maior do que 5,0 na Escala Expandida do Estado de Incapacidade de Kurtzke (EDSS);

4.17.1. **Além dos Riscos expressamente excluídos no item 3.1, estão também excluídos desta Cobertura:**

- Doença na fase caracterizada por surtos de exacerbação-remissão.
- Doença a com pontuação menor do que 5,0 na Escala Expandida do Estado de Incapacidade de Kurtzke (EDSS);

4.18. Doença de Parkinson - doença degenerativa do sistema nervoso central, lenta e progressiva, caracterizada pela perda de neurônios em uma região específica do cérebro, que produz a diminuição de dopamina, alterando os movimentos chamados extrapiramidais (não voluntários). A caracterização da cobertura se dará mediante diagnóstico feito por médico. Será considerada como a data do evento o dia do início do diagnóstico.

4.18.1. **Além dos Riscos expressamente excluídos no item 3.1, estão também excluídos desta Cobertura:**

- Doença de Parkinson decorrente do uso crônico de medicamentos.
- Doenças neurológicas, agudas ou crônicas, que acarretem quadro clínico semelhante a Doença de Parkinson.
- Doença de Parkinson decorrente de intoxicação por manganês, derivados de petróleo e de inseticidas.
- Doença de Parkinson decorrente de trauma craniano repetitivo.

4.19. Esclerose Lateral Amiotrófica (ELA) -. Diagnóstico definitivo e inequívoco, confirmado por médico neurologista e apoiado por estudos de condução nervosa (NCS) e eletroneuromiografia (EMG). Será considerada como a data do evento o dia do diagnóstico

4.19.1. **Além dos Riscos expressamente excluídos no item 3.1, estão também excluídos desta Cobertura:**

- Qualquer outra forma de doença do neurônio motor.
- Neuropatia motora multifocal (NMM) e miosite por corpúsculos de inclusão.
- Síndrome pós-poliomielite (SPP).
- Atrofia muscular espinhal (AME).
- Polimiosite e dermatomiosite.

4.20. Perda da fala – Perda total e irreversível da capacidade de falar causada por trauma (acidente pessoal coberto) ou doença que afete diretamente a laringe ou os seus nervos, comprometendo a função das pregas vocais. Por total, entende-se a incapacidade de compreensão da maior parte das palavras emitidas (p.ex.: voz muito rouca, voz com volume irregular, fala arrastada, ritmo irregular ou anormal da fala). Por irreversível, entende-se que não é esperada recuperação relevante com qualquer tratamento, sendo necessária demonstração de sua persistência por um período mínimo de 180 dias após a data do diagnóstico. O diagnóstico deve ser confirmado por médico especialista (otorrinolaringologista ou cirurgião de cabeça e pescoço) e embasado por exames especializados**.** Será considerada como a data do evento o dia do diagnóstico.

.

4.20.1. **Além dos Riscos expressamente excluídos no item 3.1, estão também excluídos desta Cobertura:**

- Mudança de tom, na produção e na qualidade da voz (disfonia, rouquidão).
- Perdas temporárias da voz decorrente de acidente ou doença.

4.21. Acidente Vascular Cerebral– infarto cerebral (diminuição ou interrupção do fluxo sanguíneo em áreas do cérebro) ou hemorragia cerebral que resultam em déficit neurológico permanente (distúrbio da fala, perda total de movimentos de membros - plegia). O diagnóstico de acidente vascular cerebral deve ser confirmado por médico especialista e por meio de tomografia computadorizada ou ressonância magnética do crânio. Os sinais clínicos de déficit neurológico devem ser documentados para auxiliar o diagnóstico. Será considerada como a data do evento o dia que ocorrer a sequela clínica ou a data do exame de imagem que comprove o diagnóstico.

4.21.1. **Além dos Riscos expressamente excluídos no item 3.1, estão também excluídos desta Cobertura:**

- Ataque Isquêmico Transitório;
- Hemorragia cerebral causada por acidentes;
- Hemorragia cerebral causada por tumor do cérebro.

- Hemorragia cerebral causada por cirurgia do cérebro.
- Sintomas neurológicos provocados por enxaquecas e outras alterações vasculares benignas.
- Achado incidental de áreas de isquemia em exames de tomografia e ressonância magnética de crânio.

4.22. Doença de Alzheimer - Doença caracterizada pela perda de neurônios, com a consequente perda da densidade sináptica e suas consequências, que deve atender a todos os seguintes critérios:

- Perda cognitiva, com comprometimento da memória e das funções executivas cerebrais (planejamento, organização, abstração e sequenciamento), que resulta em redução significativa da capacidade mental e do desempenho social;
- Alteração da personalidade;
- Declínio gradual e progressivo da função cognitiva;
- Ausência de distúrbio da consciência;
- Achados neuropsicológicos e de neuroimagem típicos (por exemplo: tomografia).

4.22.1. Será considerada como a data do evento o dia do diagnóstico constante em relatório médico. A doença deve ter sido diagnosticada por médico habilitado, em conformidade com o preconizado pelas sociedades médicas científicas especializadas na doença de Alzheimer.

4.22.2. **Além dos Riscos expressamente excluídos no item 3.1, estão também excluídos desta Cobertura eventos ocorridos em consequência, direta ou indireta de e/ou relacionados a:**

- Outros tipos de demência que não sejam diagnosticadas como Doença de Alzheimer.

Módulo 4:

4.23. Pancreatite crônica - Diagnóstico inequívoco de pancreatite crônica, confirmado por médico gastroenterologista e apoiado por exames de imagem e laboratoriais (por exemplo: elastase fecal), que demonstre a necessidade de reposição oral de enzimas pancreáticas e alterações funcionais metabólicas. Será considerada como a data do evento o dia do diagnóstico.

4.23.1. **Além dos Riscos expressamente excluídos no item 3.1, estão também excluídos desta Cobertura:**

- Pancreatite crônica devido ao uso de álcool ou drogas/ medicamentos.
- Pancreatite aguda.

4.24. Hepatite viral do Tipo C - Hepatite: doença infecciosa aguda ou crônica do fígado, causada pelo vírus tipo C. Esta cobertura, garante ao Segurado, o pagamento de uma Indenização, em caso de Diagnóstico de Hepatite C, observados os demais termos desta cobertura, das Condições Gerais e as demais Disposições Contratuais. Será considerada como a data do evento o dia do diagnóstico.

4.24.1. **Além dos Riscos expressamente excluídos no item 3.1, estão também excluídos desta Cobertura:**

- Todas as outras causas não virais de insuficiência hepática aguda (incluindo intoxicação por paracetamol ou aflatoxina).
- Hepatite viral fulminante associada ao uso de drogas/medicamentos intravenosos.
- Todas os outros tipos de hepatites virais.

4.25. Enfisema Pulmonar - Diagnóstico inequívoco de doença enfisematosa pulmonar grave com insuficiência respiratória crônica, que deve obrigatoriamente estar em uso de oxigenioterapia suplementar intermitente. Será considerada como a data do evento o dia do diagnóstico.

4.26. Cirrose Hepática - Ocorre quando o fígado entra em insuficiência grave após ser substituído por tecido cicatricial secundário a processos inflamatórios recorrentes no órgão. Será considerada como a data do evento o dia do diagnóstico.

4.26.1. **Além dos Riscos expressamente excluídos no item 3.1, estão também excluídos desta Cobertura:**

- Esteatose hepática ou fígado gorduroso.

4.27. Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (SIDA) - Doença infectocontagiosa causada pelo Vírus da Imunodeficiência Humana (também chamado de HIV). Será considerada como a data do evento o dia do diagnóstico.

4.27.1. **Além dos Riscos expressamente excluídos no item 3.1, estão também excluídos desta Cobertura:**

- Portadores do HIV que não desenvolveram a Síndrome da Imunodeficiência Adquirida.

- Portadores do HIV positivo sem doenças oportunistas relacionadas.

4.28. Transplante de Fígado – Segurado participa como receptor somente do fígado. Será considerada como data do evento o dia da realização da cirurgia de transplante.

4.29. Transplante de Pâncreas – Segurado participa como receptor somente do pâncreas. Será considerada como a data do evento o dia da realização da cirurgia de transplante.

4.30. Transplante de Pulmão – Segurado participa como receptor somente do pulmão. Será considerada como a data do evento o dia da realização da cirurgia de transplante.

4.31. Transplante de Intestino – Segurado participa como receptor somente do intestino. Será considerada como a data do evento o dia da realização da cirurgia de transplante.

4.32. Transplante de Tecido– Segurado participa como receptor somente do tecido. Será considerada como a data do evento o dia da realização da cirurgia de transplante.

4.33. Diagnóstico de Grande Queimado - queimaduras de terceiro grau, cobrindo ao menos 20% (vinte por cento) da área da superfície corporal do Segurado. O diagnóstico deverá ser confirmado por um especialista e evidenciado por resultados da tabela de Lund Browder ou por um cálculo equivalente de áreas corporais queimadas. Será considerada como a data do evento o dia do diagnóstico.

4.33.1. **Além dos Riscos expressamente excluídos no item 3.1, estão também excluídos desta Cobertura:**

- Queimaduras de primeiro ou segundo grau.
- Queimaduras decorrentes de autoagressão.

5.PERÍODO DE CARÊNCIA E PERÍODO DE FRANQUIA

5.1. Somente serão garantidos por esta Cobertura os eventos ocorridos a partir de 90 (noventa) dias, contados do início da vigência do Seguro.

5.2. Não haverá carência nos casos em que a Doença Coberta for proveniente de Acidente Pessoal do Segurado ocorrido após o início da vigência do seguro.

5.3. O pagamento do Capital Segurado Líquido será condicionado ao Período de Franquia, sendo este a sobrevivência do Segurado de 30 (trinta) dias após a ocorrência do diagnóstico de uma doença grave coberta ou da realização de um procedimento médico coberto.

6.CAPITAL SEGURADO

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

6.2. O Capital Segurado será atualizado monetariamente a cada ano, nos termos das Condições Gerais do Seguro.

6.3. Para fins desta Cobertura, considera-se como data do evento, para efeito de determinação do Capital Segurado, a data do diagnóstico da doença grave ou da realização do procedimento médico cobertos, conforme definido no item 4 desta Condição Especial.

6.4. A emissão desta cobertura opcional com quatro módulos possibilita o pagamento de até três sinistros de módulos contratados diferentes, desde que sejam respeitadas as carências e exclusões previstas.

6.5. A emissão desta cobertura opcional com três módulos possibilita o pagamento de dois sinistros de módulos contratados diferentes, desde que sejam respeitadas as carências e exclusões previstas.

6.6. A emissão desta cobertura opcional é de no mínimo dois módulos e possibilita o pagamento de um sinistro de um dos módulos contratados, desde que sejam respeitadas as carências e exclusões previstas.

7.INÍCIO DE VIGÊNCIA

7.1. A Cobertura compreendida por esta Condição Especial começa a vigorar, simultaneamente com o início da Cobertura Básica de Morte.

7.2. O Período de Vigência é de 5 anos e constará da Proposta de Contratação, assim como da Apólice de Seguro**. A idade máxima de saída será 75 anos, mesmo que o prazo da Cobertura Básica seja maior e continue vigente. Em consequência disso, a idade máxima de contratação será de 70 anos.**

7.3. A cobertura poderá ser renovada, de acordo com eventuais mudanças de perfil de risco informados pelo segurado para cada vigência.

7.4. As coberturas adicionais poderão não ser renovadas pelo Segurado ou pela Seguradora por meio de manifestação da intenção de não renovação, com antecedência mínima de 30 (trinta) dias do término da vigência.

7.5. Mesmo que os prêmios da cobertura básica estejam quitados, o segurado poderá manter essa cobertura opcional, mediante pagamento.

8. CESSAÇÃO DA COBERTURA

8.1. Além das hipóteses previstas nos itens 13.3, 13.4 e 13.5 das Condições Gerais do Seguro, a Cobertura do Risco a que se refere esta Condição especial cessa ainda:

a) Com o falecimento do Segurado;

a) Com o cancelamento da Cobertura Básica;

b) Se constatada uma das hipóteses previstas no item "Perda do Direito a Indenização" das Condições Gerais;

c) No final do prazo de vigência desta Cobertura, conforme item 7.2 acima;

d) Com a solicitação expressa do Segurado do cancelamento desta cobertura.

e) Com a solicitação de alteração da Cobertura Básica para valor saldado ou Benefício Prolongado.

f) Quando o segurado completar 75 anos de idade; ou

g) Quando restar 1 módulo após o sinistro.

9. VALOR DOS PRÊMIOS

9.1. O valor do Prêmio será atualizado monetariamente a cada ano, nos termos das Condições Gerais do Seguro.

9.2. Os Prêmios serão pagos conforme o prazo de pagamento previamente escolhido pelo Responsável pelo Pagamento, respeitando a vigência máxima de 5 anos e prazo de pagamento máximo também de 5 anos.

10. DOCUMENTOS EM CASO DE SINISTRO

10.1. O pagamento de qualquer Indenização, decorrente da presente cobertura será efetuado em até 30 (trinta) dias, contados a partir da data de entrega de todos os documentos, abaixo relacionados, observados as Condições Gerais do Seguro:

- Aviso de Sinistro preenchido e assinado (formulário padrão MetLife);
- Relatório médico informando o(s) diagnóstico(s) das doenças, com sua(s) data(s), tratamento(s) realizado(s), prescrições futuras, se foram esgotadas todas as possibilidades terapêuticas para o caso, inclusive cirúrgicas, e sequelas decorrentes (temporárias e/ou permanentes);
- Todos os exames realizados indicativos e confirmativos da doença;
- Cópia do RG;
- Cópia do CPF;
- Cópia do comprovante de residência em nome do Segurado;
- Autorização para Pagamento em nome do Segurado (formulário padrão MetLife).

10.2. Se dentro do prazo mencionado, devido à dúvida fundada e justificável, a Seguradora solicitar ao interessado no Capital Segurado outro documento para elucidar a análise do evento, a contagem do prazo sofrerá suspensão e voltará a correr a partir do dia útil seguinte à chegada do último documento solicitado.

10.3. Caso haja atraso no pagamento da Indenização, a Seguradora pagará juros de mora de 1% a.m. (um por cento ao mês), contados a partir do primeiro dia posterior ao término do prazo fixado no item anterior, além da atualização monetária aplicada desde a data da ocorrência do evento Segurado até a data do efetivo pagamento, tendo como base a variação positiva acumulada do IPCA/IBGE e multa, aplicada de uma só vez, de 2% (dois por cento).

11. DISPOSIÇÕES GERAIS

11.1. As disposições desta Condição Especial poderão limitar e/ou restringir as características do plano de seguro estruturado nas Condições Gerais do Seguro.

Condição Especial – Cobertura Adicional Diária de Internação Hospitalar

1.OBJETIVO

1.1. Esta Cobertura Adicional, desde que contratada, garante ao Segurado, durante o Período de Vigência, o pagamento da diária de Internação Hospitalar, somente se o Segurado permanecer por 5 (cinco) dias ou mais em Hospital ou Clínica Especializada, observados os demais termos desta Condição Especial, das Condições Gerais e da Apólice.

1.2. As Indenizações previstas nesta cobertura serão devidas após decorrido o Período de Franquia e respeitado o Limite Máximo de Diárias Indenizáveis de 200 (duzentas) diárias por ano, totalizando 1000 (mil) diárias durante a vigência desta cobertura.

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

2.DEFINIÇÃO

2.1. Para fins desta Condição Especial prevalecem os conceitos indicados no item “Das Definições” das Condições Gerais deste seguro.

3.RISCOS EXCLUÍDOS

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

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

c) Ato reconhecidamente perigoso que não seja motivado por necessidade justificada, exceto quando a morte ou incapacidade decorrer do trabalho, utilização de meio de transporte mais arriscado, de prestação de serviço militar, da prática desportiva, ou de atos de humanidade em auxílio de outrem;

d) Doenças, Lesões 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.

d.1) Em relação às doenças preexistentes, excepcionalmente, mediante expresso acordo entre Seguradora e Segurado, poderá ser excluída da cobertura doenças preexistentes específicas declaradas no Questionário de Avaliação de Risco que integra a Proposta, desde que não seja estabelecido Prazo de Carência para a cobertura.

d.2) Caso seja estabelecido Prazo de Carência para a cobertura, a Seguradora não responderá pelo Sinistros cuja causa exclusiva ou principal seja a doença preexistente durante o Período de Carência estabelecido.

d.2.1.) Nestas hipóteses, a Apólice discriminará a(s) doença(s) preexistente(s) objeto(s) de exclusão de cobertura.

e) Suicídio voluntário ou sua tentativa nos 2 (dois) primeiros anos de vigência, ou da recondução do contrato, quando suspenso, nos termos da lei, exceto se o suicídio decorrer de grave ameaça ou de legítima defesa de terceiro.

e.1) Caso tenha sido solicitado aumento de Capital Segurado pelo Segurado, a exclusão de risco do item "e" somente se aplica à diferença do Capital Segurado aumentado;

f) Atos ilícitos dolosos praticados pelo Segurado, pelo Beneficiário ou pelo representante legal, de um ou de outro, salvo dolo do representante do segurado ou beneficiário em prejuízo desses.

f.1.) Não se aplica a exclusão da alínea "f" da Cláusula 5.1. quando o sinistro for dolosamente provocado pelo beneficiário e existirem outros beneficiários, os quais

receberão o valor a eles devido redefinido proporcionalmente pela eliminação do beneficiário autor do ato ou da omissão dolosos.

g) Epidemias, pandemias ou envenenamento de caráter coletivo, assim declarado por órgão competente.

3.2. Além dos Riscos expressamente excluídos no item 3.1. e das exclusões apresentadas no conceito de Acidente Pessoal constante nas Condições Gerais, estão também excluídos da Cobertura desta Condição Especial, os eventos ocorridos em consequência, direta ou indireta de e/ou relacionados a:

a) Procedimento relacionado à gravidez tópica ou ectópica, parto ou aborto, exceto em caso de Acidente Pessoal;

b) Procedimentos e/ou tratamentos clínicos ou cirúrgicos para esterilidade; infertilidade, inseminação artificial, impotência sexual, controle de natalidade, bem como suas consequências;

c) Cirurgia para correção de fimose;

d) Tratamentos clínicos ou cirúrgicos experimentais e/ou não previstos no Código Brasileiro de Ética Médica, não reconhecidos pelo Ministério da Saúde e/ou Serviço Nacional de Fiscalização da Medicina e Farmácia;

e) Tratamento odontológico de qualquer espécie e suas consequências, mesmo em decorrência de Acidente Pessoal;

f) Tratamentos clínicos ou cirúrgicos com finalidade estética, tratamento por senilidade ou rejuvenescimento ou repouso ou emagrecimento;

g) Cirurgias plásticas (estéticas ou não) exceto as que sejam simultaneamente restauradoras e resultantes de Acidente Pessoal ocorrido durante a vigência do seguro;

h) Tratamentos para obesidade em qualquer modalidade, inclusive gastroplastia redutora;

i) Tratamentos para senilidade, geriatria, rejuvenescimento e suas consequências;

j) Diárias de internação não necessárias para o efetivo tratamento médico, tais como, mas não se limitando a, espera para a realização de cirurgia; disponibilidade para exames de diagnose; repouso; internação com a finalidade exclusiva de realização de exames de qualquer natureza para fins de avaliação do estado de saúde, inclusive check-up preventivo; internação para doação de órgãos;

k) Doenças mentais e/ou psiquiátricas inclusive o "estresse".

l) Tratamento decorrente de acidentes, lesões, doenças e quaisquer eventos relacionados a tentativa de suicídio ocorridos nos 2 (dois) primeiros anos da data de Início de Vigência do seguro, ou atos ilícitos dolosos devidamente comprovados;

m) Tratamento e/ou cirurgia de hérnias de qualquer natureza, exceto em caso de Acidente Pessoal;

n) Tratamento cirúrgico devido a artroscopia e desvio de septo nasal;

o) Tratamentos decorrentes de patologias psiquiátricas e neuropsiquiátricas, inclusive psicanálise, sonoterapia, terapia ocupacional e psicologia;

p) Diálise, hemodiálise e tratamento de cirrose hepática e da hepatite crônica;

q) Angiografia e/ou qualquer outra intervenção intra-arterial (angioplastia, endarterectomia, embolectomia e similares);

r) Internação domiciliar, mesmo que decorrente de Acidente Pessoal;

s) Investigação diagnóstica não seguida de tratamento efetivo durante a internação;

t) Qualquer classe de neoplasia maligna (Câncer) sem invasão ou "in situ" (incluindo displasia cervical), assim como o câncer de pele, exceto melanoma de invasão;

u) As lesões decorrentes, dependentes, predispostas ou facilitadas por esforços repetitivos ou microtraumas cumulativos, ou que tenham relação de causa e efeito com estes, assim como as lesões classificadas como: Lesão por Esforços Repetitivos – LER, Doenças Osteomusculares Relacionadas ao Trabalho – DORT, Lesão por Trauma

Continuado ou Contínuo – LTC ou similares, que venham a ser aceitas pela classe médico-científica, bem como as suas consequências pós-tratamentos, inclusive cirúrgicas, em qualquer tempo.

v) **Tratamentos que envolvam a homeopatia, a acupuntura e tratamentos naturalistas;**

4.PERÍODO DE CARÊNCIA E PERÍODO DE FRANQUIA

4.1. Somente serão garantidos por esta Cobertura os eventos ocorridos a partir de 90 (noventa) dias, contados do início da vigência do Seguro.

4.2. Não haverá carência nos casos em que a Internação Hospitalar for proveniente de Acidente Pessoal do Segurado ocorrido após o início da vigência do seguro.

4.3. Para esta garantia há aplicação de um Período de Franquia de 4 (quatro) dias ininterruptos de internação, ou seja, há direito à cobertura apenas a partir de 5 (cinco) dias ininterruptos de internação, independente do horário de internação ou alta médica indicados no prontuário médico.

4.4. A partir do 5º (quinto) dia de internação o Segurado passa a ter direito ao benefício, sendo pagas, inclusive, diárias retroativas ao Período de Franquia aplicado.

5.CAPITAL SEGURADO

5.1. O Capital Segurado para esta Cobertura será estabelecido na Proposta de Contratação e deverá constar na Apólice de Seguro.

5.2. O Capital Segurado estabelecido corresponde à diária de internação e independe de quaisquer despesas médicas ou não realizadas pelo Segurado.

5.3. O Capital Segurado será atualizado monetariamente a cada ano, nos termos das Condições Gerais do Seguro.

5.4. Para fins desta Cobertura, considera-se como data do evento, para efeito de determinação do Capital Segurado, a data da Internação Hospitalar e/ou a data da Internação Hospitalar em Unidade de Terapia Intensiva (UTI).

6.INÍCIO DE VIGÊNCIA

6.1. A Cobertura compreendida por esta Condição Especial começa a vigorar, simultaneamente com o início da Cobertura Básica de Morte.

6.2. O Período de Vigência é de 5 anos e constará da Proposta de Contratação, assim como da Apólice de Seguro. **A idade máxima de saída será 75 anos, mesmo que o prazo da Cobertura Básica seja maior e continue vigente. Em consequência disso, a idade máxima de contratação será de 70 anos.**

6.3. A cobertura poderá ser renovada, de acordo com idade e eventuais mudanças de perfil de risco informados pelo segurado para cada vigência.

6.4. As coberturas adicionais poderão não ser renovadas pelo Segurado ou pela Seguradora por meio de manifestação da intenção de não renovação, com antecedência mínima de 30 (trinta) dias do término da vigência.

7.CESSAÇÃO DA COBERTURA

7.1. Além das hipóteses previstas nos itens 13.4, 13.5 e 13.6 das Condições Gerais do Seguro, a Cobertura do Risco a que se refere esta Condição especial cessa ainda:

a) **Com o falecimento do Segurado;**

b) **Com o cancelamento da Cobertura Básica;**

c) **Com o pagamento total de diárias permitidas por vigência;**

d) **Se constatada uma das hipóteses previstas no item "Perda do Direito a Indenização" das Condições Gerais;**

e) **No final do prazo de vigência desta Cobertura, conforme item 6.2 acima;**

f) **Com a solicitação expressa do Segurado para o cancelamento desta cobertura.**

g) **Com a solicitação de alteração da Cobertura Básica para Benefício Prolongado.**

h) **Quando o segurado completar 75 anos de idade.**

8. VALOR DOS PRÊMIOS

8.1. O valor dos Prêmios será atualizado monetariamente a cada ano, nos termos das Condições Gerais do Seguro.

8.2. Os Prêmios serão pagos conforme o prazo de pagamento, previamente escolhido pelo Responsável pelo Pagamento, respeitando a vigência máxima de 5 anos e prazo de pagamento máximo também de 5 anos.

9. DOCUMENTOS EM CASO DE SINISTRO

9.1. O pagamento de qualquer Indenização decorrente da presente cobertura será efetuado em até 30 (trinta) dias, contados a partir da data de entrega de todos os documentos, abaixo relacionados, observadas as Condições Gerais do Segurado.

- Aviso de Sinistro preenchido e assinado (formulário padrão MetLife);
- Cópia do Prontuário Hospitalar completo contendo informações sobre as circunstâncias do evento e histórico médico que este entender relevante devidamente assinado pelo médico responsável com carimbo e CRM;
- Declaração original assinada e carimbada por representante do Hospital indicando data e hora de entrada e de alta hospitalar, se ocorrida, mencionando períodos de enfermaria e UTI além do motivo de internação;
- Cópia dos exames realizados;
- Cópia do RG;
- Cópia do CPF;
- Cópia do comprovante de residência em nome do Segurado;
- Autorização para Pagamento em nome do Segurado (formulário padrão MetLife).

9.2. Se dentro do prazo mencionado, devido à dúvida fundada e justificável, a Seguradora solicitar ao interessado no Capital Segurado outro documento para elucidar a análise do evento, a contagem do prazo sofrerá suspensão e voltará a correr a partir do dia útil seguinte a chegada do último documento solicitado.

9.3. Caso haja atraso no pagamento da Indenização, a Seguradora pagará juros de mora de 1% a.m. (um por cento ao mês), contados a partir do primeiro dia posterior ao término do prazo fixado no item anterior, além da atualização monetária aplicada desde a data da ocorrência do evento Segurado até a data do efetivo pagamento, tendo como base a variação positiva acumulada do IPCA/IBGE e multa, aplicada de uma só vez, de 2% (dois por cento).

10. DISPOSIÇÕES GERAIS

10.1. As disposições desta Condição Especial poderão limitar e/ou restringir as características do plano de seguro estruturado nas Condições Gerais do Seguro.

Condição Especial

Doenças Incapacitantes Ampliada

1.OBJETIVO

1.1. Esta Cobertura Adicional, desde que contratada, garante ao Segurado durante o Período de Vigência, o pagamento de uma indenização em caso de incapacidade temporária causada exclusivamente por doença coberta, comprovada por laudo médico, exceto se decorrente de Riscos Excluídos) observados os demais termos desta Condição Especial, das Condições Gerais e da Apólice.

1.2. As Indenizações previstas nesta cobertura serão devidas respeitando-se os Períodos de Carência e Franquia constantes das apólices individuais.

1.3. Quando devida a indenização desta cobertura é calculada multiplicando-se o capital contratado pelo percentual indicado na Tabela de Doenças Cobertas e Percentuais de Capital desta cláusula.

1.4. As Indenizações decorrentes de eventos por Doenças Graves e Doenças Incapacitantes Ampliada não se acumulam. Será considerado para efeito de indenização o capital segurado de maior valor.

2.DEFINIÇÃO

2.1. Para fins desta Condição Especial prevalecem os conceitos indicados no item "Das Definições" das Condições Gerais deste seguro.

2.2. Incapacidade Temporária: para fins desta Condição Especial é um estado de incapacidade física decorrente de doença, atestado por laudo médico assinado e carimbado em função de lesões físicas decorrentes de doenças constantes da Tabela de Doenças Cobertas e Percentuais de Cobertura, constante no item 6 desta cláusula, exceto se decorrente de Riscos Excluídos e observadas as disposições desta Cláusula e as constantes das Condições Gerais.

2.3. Quando devida a indenização será paga de acordo com a doença diagnosticada, aplicando-se o percentual de referência sobre o Capital Total contratado.

2.4. Doenças não previstas na Tabela não terão cobertura.

2.5. Em caso de Doença Crônica, apenas o primeiro diagnóstico que gere afastamento terá cobertura. Incapacidades decorrentes de doenças crônicas de prévio conhecimento do segurado não terão cobertura.

2.6. Haverá carência de 6 meses em caso de ocorrência de doenças distintas e de 12 meses em caso de ocorrência da mesma doença, já indenizada, constante na Tabela de Doenças Cobertas.

3.RISCOS EXCLUÍDOS

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) Doenças e Lesões Preexistentes: estados mórbidos e doenças contraídas anteriormente à contratação do seguro, de conhecimento do Segurado e não declaradas na Proposta de Contratação.

b) Epidemias e pandemias declaradas por órgão competente, envenenamento de caráter coletivo, assim declaradas por órgão competente.

3.2. Além dos Riscos expressamente excluídos no item 3.1. constante nas Condições Gerais, estão também excluídos da Cobertura desta Condição Especial, os eventos ocorridos em consequência, direta ou indireta de e/ou relacionados a:

c) Gravidez aborto, parto ou pós-parto, com exceção de parto complicado e morte intra-uterina, conforme especificado na lista de coberturas;

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

e) Qualquer doença ou lesão não incluída na lista de coberturas.

f) Incapacidade temporária decorrente de internações para tratamento e reabilitação em regime ambulatorial ou hospitalar de alcoolismo, tabagismo, toxicodependência e outras dependências, bem como patologias derivadas do consumo continuado de álcool e/ou outras drogas.

g) Segurados cujas atividades sejam: políticos (senadores, parlamentares, governadores, funcionários do governo); magistrados; guarda-costas, comerciantes de armas, negócios relacionados a casas de câmbio; missionários, jornalistas de alto nível, atletas ou equipes

esportivas profissionais.

h) Doenças preexistentes

4. PERÍODO DE CARÊNCIA E PERÍODO DE FRANQUIA

4.1. Somente serão garantidos por esta Cobertura os eventos ocorridos a partir de 60 (sessenta) dias, contados do início da vigência do Seguro.

4.2. O pagamento do Capital Segurado Líquido será condicionado ao Período de Franquia de acordo com a doença, conforme apresentado no item 6 dessa condição especial. **Estarão cobertos os afastamentos decorrentes de eventos cobertos após o cumprimento do número de dias de franquia.**

4.3. A partir do dia subsequente ao período cumprido da franquia, o Segurado passa a ter direito ao benefício, sendo pago, inclusive, o capital retroativo ao Período de Franquia.

5. CAPITAL SEGURADO

5.1. O Capital Segurado representa o valor máximo para a cobertura contratada a ser pago pela Seguradora, no caso de ocorrência de sinistro coberto, vigente na data do evento e será estabelecido na Proposta de Contratação e deverá constar na Apólice de Seguro.

5.2. O Capital Segurado será atualizado monetariamente a cada ano, nos termos das Condições Gerais do Seguro.

5.3. O percentual de capital calculado no momento da indenização varia de acordo com a gravidade da doença.

5.4. Quando devida, a indenização desta cobertura é calculada multiplicando-se o capital contratado pelo percentual indicado na Tabela de Doenças Cobertas e Percentuais de Capital desta cláusula.

5.5. Para fins desta cláusula, considera-se data do evento, a data do laudo médico que atesta a doença.

TABELA PARA
CÁLCULO DE PERCENTUAIS DE INDENIZAÇÃO EM CASO DE DOENÇAS INCAPACITANTES AMPLIADA

Tabela para Cálculo de Percentuais de Indenização e Franquia		
Doenças Crônicas Cobertas	**Franquia**	**% de cobertura**
Doenças Infecciosas e Parasitárias		
Febre reumática com envolvimento cardíaco	-	40%
Fasceite necrosante	-	100%
Infecção da coluna	-	100%
Neoplasias		
Mieloma múltiplo	-	100%
Neoplasia maligna de células plasmáticas	-	100%
Doenças do Sangue		
Anemia aplástica	-	100%
Síndromes de insuficiência da medula óssea	-	100%
Leucemia	-	100%
Linfoma	-	100%
Doenças do Sistema Nervoso		
Hidrocefalia	-	40%
Tumores benignos intracranianos	-	40%
Esclerose múltipla	-	40%
Miastenia grave	-	40%
Doenças da raiz nervosa e do plexo que requerem cirurgia e hospitalização	72 horas	40%
Infarto cerebral	-	100%
Doenças do Sistema Circulatório		
Aneurisma de coração	-	40%
Aneurisma artérias coronárias	-	40%
Ponte de safena	-	40%
Doenças do Sistema Respiratório		
Doença pulmonar obstrutiva crônica com exacerbação (aguda)	-	40%
Gravidez, Parto, Puerpério		
Trombose venosa cerebral na gravidez	-	100%
Doenças do Sistema Digestivo		
Varizes esofágicas com sangramento	-	100%
Hepatite com coma hepático	-	100%
Doenças da Pele		
Dermatopolimiosite	-	40%
Distúrbios dos tecidos moles que requerem cirurgia e hospitalização	72 horas	40%
Esclerose sistêmica (esclerodermia)	-	100%

Doenças do Sistema Ósteo-Muscular		
Escoliose com tratamento cirúrgico e hospitalização	72 horas	20%
Lesões no ombro que requerem cirurgia e hospitalização	72 horas	20%
Entesopatias que requerem cirurgia e hospitalização	72 horas	20%
Ciática com tratamento cirúrgico e hospitalização	72 horas	20%
Distúrbios articulares que requerem cirurgia e hospitalização	72 horas	40%
Cifose com tratamento cirúrgico e hospitalização	72 horas	40%
Lordose com tratamento cirúrgico e hospitalização	72 horas	40%
Osteomielite	-	40%
Osteonecrose	-	40%
Distúrbios da coluna com tratamento cirúrgico e hospitalização	72 horas	40%

DEMAIS DOENÇAS COBERTAS	Franquia	% de cobertura
Doenças Infecciosas e Parasitárias		
Dengue hemorrágica	-	40%
Abscesso granuloma	-	100%
Meningite	-	100%
Sepse	-	100%
Neoplasias		
Carcinoma in situ	-	20%
Tumor maligno	-	100%
Doenças do Sistema Nervoso		
Hemorragia cerebral com hospitalização	72 horas	100%
Encefalite	-	100%
Mielite	-	100%
Encefalomielite	-	100%
Abscesso intracraniano	-	100%
Abscesso intraespinhal	-	100%
Flebite intracraniana	-	100%
Flebite intraespinhal	-	100%
Tromboflebite intracraniana	-	100%
Tromboflebite intraespinhal	-	100%
Doenças do Sistema Circulatório		
Trombose venosa profunda aguda	-	20%
Aneurisma de aorta	-	40%
Endocardite	-	40%
Miocardite	-	40%
Pericardite	-	40%
Insuficiência cardíaca aguda	-	100%
Insuficiência cardíaca subaguda	-	100%
Infarto agudo do coração	-	100%
Dissecção arterial	-	100%
Embolia arterial e trombose	-	100%
Dissecção da aorta	-	100%

Doenças do Sistema Respiratório		
Tuberculose	-	20%
Embolia pulmonar	-	40%
Abscesso do pulmão	-	100%
Abscesso do mediastino	-	100%
Gravidez, Parto, Puerpério		
Hiperêmese gravídica com distúrbio metabólico	-	20%
Hipertensão	-	40%
Complicação da gravidez: Distúrbios placentários	-	40%
Complicação da gravidez: Hemorragia obstétrica	-	100%
Doenças do Sistema Digestivo		
Apendicite aguda com peritonite	-	40%
Pancreatite aguda	-	40%
Insuficiência hepática aguda	-	100%
Insuficiência hepática subaguda	-	100%
Úlcera gástrica aguda com hemorragia e/ou perfuração	-	100%
Distúrbios vasculares agudos do intestino	-	100%
Síndrome de laceração-hemorragia gastresofágica	-	100%
Hérnia com gangrena	-	100%
Enfarto do fígado	-	100%
Perfuração do esôfago	-	100%
Doenças do Aparelho Genito-urinário		
Insuficiência renal aguda	-	40%
Doenças da Pele		
Síndrome de Stevens-Johnson	-	100%
Necroses epidérmica toxica (Lyell)	-	100%

6.ÂMBITO TERRITORIAL DA COBERTURA

6.1. Este seguro abrange os eventos ocorridos em território nacional ou condição originada em visita de menos de 3 (três) meses fora do território nacional.

7.INÍCIO DE VIGÊNCIA

7.1. A Cobertura compreendida por esta Condição Especial começa a vigorar, simultaneamente com o início da Cobertura Básica de Morte.

7.2. O Período de Vigência é de 5 anos e constará da Proposta de Contratação, assim como da Apólice de Seguro. **A idade máxima de saída será 65 anos, mesmo que o prazo da Cobertura Básica seja maior e continue vigente. Em consequência disso, a idade máxima de contratação será de 60 anos.**

7.3. A cobertura poderá ser renovada, de acordo com idade e eventuais mudanças de perfil de risco informados pelo segurado para cada vigência.

7.4. As coberturas adicionais poderão não ser renovadas pelo Segurado ou pela Seguradora por meio de manifestação da intenção de não renovação, com antecedência mínima de 30 (trinta) dias do término da vigência.

8.CESSAÇÃO DA COBERTURA

8.1. Além das hipóteses previstas nos itens 13.4, 13.5 e 13.6 das Condições Gerais do Seguro, a

Cobertura do Risco a que se refere esta Condição especial cessa ainda:

a) **Com o falecimento do Segurado;**
b) **Com o cancelamento da Cobertura Básica;**
c) **Se constada uma das hipóteses previstas no item "Perda do Direito a Indenização" das Condições Gerais;**
d) **No final do prazo de vigência desta Cobertura, conforme item 8.2 acima;**
e) **Com a solicitação expressa do Segurado do cancelamento desta cobertura;**
f) **Quando o segurado completar 65 anos de idade.**

9. VALOR DOS PRÊMIOS

9.1. Os valores do Capital Segurado e do Prêmio serão atualizados monetariamente a cada ano, nos termos das Condições Gerais do Seguro.

9.2. Os Prêmios serão pagos conforme o prazo de pagamento previamente escolhido pelo Responsável pelo Pagamento, respeitando a vigência máxima de 5 anos e prazo de pagamento máximo também de 5 anos.

10. DOCUMENTOS EM CASO DE SINISTRO

10.1. O pagamento de qualquer Indenização decorrente da presente cobertura será efetuado em até 30 (trinta) dias, contados da data de entrega de todos os documentos básicos, abaixo relacionados, observados as Condições Gerais do Seguro:

- Aviso de Sinistro preenchido e assinado (formulário padrão MetLife);
- cópia do resultado de exames médicos realizados para comprovação da doença
- comprovante de renda, que poderá ser cópia de holerite ou da declaração de imposto de renda do último ano-exercício;
- Declaração original assinada e carimbada por representante do Hospital ou clínica quando houver internação ou atendimento indicando data e hora de entrada e de alta Hospitalar, mencionando períodos de enfermaria e UTI além do motivo de internação;
- Cópia dos exames realizados;
- Cópia do RG;
- Cópia do CPF;
- Cópia do comprovante de residência em nome do Segurado;
- Autorização para Pagamento em nome do Segurado (formulário padrão MetLife).

10.2. Se dentro do prazo mencionado, devido a dúvida fundada e justificável, a Seguradora solicitar ao interessado no Capital Segurado outro documento para elucidar a análise do evento, a contagem do prazo sofrerá suspensão e voltará a correr a partir do dia útil subsequente à chegada do último documento solicitado.

10.3. Caso haja atraso no pagamento da Indenização, a Seguradora pagará juros de mora de 1% a.m. (um por cento ao mês), contados a partir do primeiro dia posterior ao término do prazo fixado no item anterior, além da atualização monetária aplicada desde a data da ocorrência do evento Segurado até a data do efetivo pagamento, tendo como base a variação positiva acumulada do IPCA/IBGE e multa, aplicada de uma só vez, de 2% (dois por cento).

11. DISPOSIÇÕES GERAIS

11.1. As disposições desta Condição Especial poderão limitar e/ou restringir as características do plano de seguro estruturado nas Condições Gerais do Seguro.

Condição Especial – Doenças Incapacitantes

1.OBJETIVO

1.1. Esta Cobertura Adicional, desde que contratada, garante ao Segurado durante o Período de Vigência, o pagamento de uma indenização em caso de incapacidade temporária causada exclusivamente por doença coberta, **comprovada por laudo médico, exceto se decorrente de Riscos Excluídos) observados os demais termos desta Condição Especial, das Condições Gerais e da Apólice.**

1.2. As Indenizações previstas nesta cobertura serão devidas respeitando-se os Períodos de Carência e Franquia constantes das apólices individuais.

1.3. Quando devida a indenização desta cobertura é calculada multiplicando-se o capital contratado pelo percentual indicado na Tabela de Doenças Cobertas e Percentuais de Capital desta cláusula.

1.4. As Indenizações decorrentes de eventos por Doenças Graves e Doenças Incapacitantes Ampliada não se acumulam. Será considerado para efeito de indenização o capital segurado de maior valor.

2.DEFINIÇÃO

2.1. Para fins desta Condição Especial prevalecem os conceitos indicados no item "Das Definições" das Condições Gerais deste seguro.

2.2. Incapacidade Temporária: para fins desta Condição Especial é um estado de incapacidade física decorrente de doença, atestado por laudo médico assinado e carimbado em função de lesões físicas decorrentes de doenças constantes da Tabela de Doenças Cobertas e Percentuais de Cobertura, constante no item 6 desta cláusula, exceto se decorrente de Riscos Excluídos e observadas as disposições desta Cláusula e as constantes das Condições Gerais.

2.3. Quando devida a indenização será paga de acordo com a doença diagnosticada, aplicando-se o percentual de referência sobre o Capital Total contratado.

2.4. Doenças não previstas na Tabela não terão cobertura.

2.5. Haverá carência de 6 meses em caso de ocorrência de doenças distintas e de 12 meses em caso de ocorrência da mesma doença, já indenizada, constante na Tabela de Doenças Cobertas.

3.RISCOS EXCLUÍDOS

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) **Doenças e Lesões Preexistentes: estados mórbidos e doenças contraídas anteriormente à contratação do seguro, de conhecimento do Segurado e não declaradas na Proposta de Contratação.**

b) **Epidemias e pandemias declaradas por órgão competente, envenenamento de caráter coletivo, assim declaradas por órgão competente.**

3.2. Além dos Riscos expressamente excluídos no item 3.1. constante nas Condições Gerais, estão também excluídos da Cobertura desta Condição Especial, os eventos ocorridos em consequência, direta ou indireta de e/ou relacionados a:

a) **Gravidez aborto, parto ou pós-parto, com exceção de parto complicado e morte intra-uterina, conforme especificado na lista de coberturas;**

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

c) **Qualquer doença ou lesão não incluída na lista de coberturas.**

d) **Incapacidade temporária decorrente de internações para tratamento e reabilitação em regime ambulatorial ou hospitalar de alcoolismo, tabagismo, toxicodependência e outras dependências, bem como patologias derivadas do consumo continuado de álcool e/ou outras drogas.**

e) **Segurados cujas atividades sejam: políticos (senadores, parlamentares, governadores, funcionários do governo); magistrados; guarda-costas, comerciantes de armas, negócios relacionados a casas de câmbio; missionários, jornalistas de alto nível, atletas ou equipes esportivas profissionais.**

f) **Doenças crônicas ou preexistentes**

4. PERÍODO DE CARÊNCIA E PERÍODO DE FRANQUIA

4.1. Somente serão garantidos por esta Cobertura os eventos ocorridos **a partir de 60 (sessenta) dias, contados do início da vigência do Seguro.**

4.2. O pagamento do Capital Segurado Líquido será condicionado ao Período de Franquia constante de acordo com a doença, conforme definido no item 6 dessa condição especial. Estarão cobertos os afastamentos decorrentes de eventos cobertos após o cumprimento do número de dias de franquia.

4.3. A partir do dia subsequente ao período cumprido da franquia, o Segurado passa a ter direito ao benefício, sendo pago, inclusive, o capital retroativo ao Período de Franquia.

5. CAPITAL SEGURADO

5.1. O Capital Segurado representa o valor máximo para a cobertura contratada a ser pago pela Seguradora, no caso de ocorrência de sinistro coberto, vigente na data do evento e será estabelecido na Proposta de Contratação e deverá constar na Apólice de Seguro.

5.2. O Capital Segurado será atualizado monetariamente a cada ano, nos termos das Condições Gerais do Seguro.

5.3. O percentual de capital calculado no momento da indenização varia de acordo com a gravidade da doença.

5.4. Quando devida, a indenização desta cobertura é calculada multiplicando-se o capital contratado pelo percentual indicado na Tabela de Doenças Cobertas e Percentuais de Capital desta cláusula.

5.5. Para fins desta cláusula, considera-se data do evento, a data do laudo médico que atesta a doença.

TABELA PARA CÁLCULO DE PERCENTUAIS DE INDENIZAÇÃO EM CASO DE DOENÇAS INCAPACITANTES

Tabela para Cálculo de Percentuais de Indenização e Franquia		
Doenças Cobertas	**Franquia**	**% de cobertura**
Doenças Infecciosas e Parasitárias		
Dengue hemorrágica	-	40%
Abscesso granuloma	-	100%
Meningite	-	100%
Sepse	-	100%
Neoplasias		
Carcinoma in situ	-	20%
Tumor maligno	-	100%
Doenças do Sistema Nervoso		
Hemorragia cerebral com hospitalização	72 horas	100%
Encefalite	-	100%
Mielite	-	100%
Encefalomielite	-	100%
Abscesso intracraniano	-	100%
Abscesso intraespinhal	-	100%
Flebite intracraniana	-	100%
Flebite intraespinhal	-	100%
Tromboflebite intracraniana	-	100%
Tromboflebite intraespinhal	-	100%
Doenças do Sistema Circulatório		
Trombose venosa profunda aguda	-	20%
Aneurisma de aorta	-	40%
Endocardite	-	40%
Miocardite	-	40%
Pericardite	-	40%
Insuficiência cardíaca aguda	-	100%
Insuficiência cardíaca subaguda	-	100%
Infarto agudo do coração	-	100%
Dissecção arterial	-	100%
Embolia arterial e trombose	-	100%
Dissecção da aorta	-	100%
Doenças do Sistema Respiratório		
Tuberculose	-	20%
Embolia pulmonar	-	40%
Abscesso do pulmão	-	100%
Abscesso do mediastino	-	100%
Gravidez, Parto, Puerpério		

Hiperêmese gravídica com distúrbio metabólico	-	20%
Hipertensão	-	40%
Complicação da gravidez: Distúrbios placentários	-	40%
Complicação da gravidez: Hemorragia obstétrica	-	100%
Doenças do Sistema Digestivo		
Apendicite aguda com peritonite	-	40%
Pancreatite aguda	-	40%
Insuficiência hepática aguda	-	100%
Insuficiência hepática subaguda	-	100%
Úlcera gástrica aguda com hemorragia e/ou perfuração	-	100%
Distúrbios vasculares agudos do intestino	-	100%
Síndrome de laceração-hemorragia gastresofágica	-	100%
Hérnia com gangrena	-	100%
Enfarto do fígado	-	100%
Perfuração do esôfago	-	100%
Doenças do Aparelho Genito-urinário		
Insuficiência renal aguda	-	40%
Doenças da Pele		
Síndrome de Stevens-Johnson	-	100%
Necroses epidérmica toxica (Lyell)	-	100%

6.ÂMBITO TERRITORIAL DA COBERTURA

6.1. Este seguro abrange os eventos ocorridos em território nacional ou condição originada em visita de menos de 3 (três) meses fora do território nacional.

7.INÍCIO DE VIGÊNCIA

7.1. A Cobertura compreendida por esta Condição Especial começa a vigorar, simultaneamente com o início da Cobertura Básica de Morte.

7.2. O Período de Vigência é de 5 anos e constará da Proposta de Contratação, assim como da Apólice de Seguro. A idade máxima de saída será 65 anos, mesmo que o prazo da Cobertura Básica seja maior e continue vigente. Em consequência disso, a idade máxima de contratação será de 60 anos.

7.3. A cobertura poderá ser renovada, de acordo com idade e eventuais mudanças de perfil de risco informados pelo segurado para cada vigência.

7.4. As coberturas adicionais poderão não ser renovadas pelo Segurado ou pela Seguradora por meio de manifestação da intenção de não renovação, com antecedência mínima de 30 (trinta) dias do término da vigência.

8.CESSAÇÃO DA COBERTURA

8.1. Além das hipóteses previstas nos itens 13.4, 13.5 e 13.6das Condições Gerais do Seguro, a Cobertura do Risco a que se refere esta Condição especial cessa ainda:

a) Com o falecimento do Segurado;

b) Com o cancelamento da Cobertura Básica;

c) Se constada uma das hipóteses previstas no item "Perda do Direito a Indenização" das Condições Gerais;

d) No final do prazo de vigência desta Cobertura, conforme item 8.2 acima;

e) Com a solicitação expressa do Segurado do cancelamento desta cobertura;

f) Quando o segurado completar a idade de 65 anos.

9. VALOR DOS PRÊMIOS

9.1. Os valores do Capital Segurado e do Prêmio serão atualizados monetariamente a cada ano, nos termos das Condições Gerais do Seguro.

9.2. Os Prêmios serão pagos conforme o prazo de pagamento previamente escolhido pelo Responsável pelo Pagamento, respeitando a vigência máxima de 5 anos e prazo de pagamento máximo também de 5 anos.

10. DOCUMENTOS EM CASO DE SINISTRO

10.1. O pagamento de qualquer Indenização decorrente da presente cobertura será efetuado em até 30 (trinta) dias, contados da data de entrega de todos os documentos básicos, abaixo relacionados, observados as Condições Gerais do Seguro:

- Aviso de Sinistro preenchido e assinado (formulário padrão MetLife);
- cópia do resultado de exames médicos realizados para comprovação da doença
- comprovante de renda, que poderá ser cópia de holerite ou da declaração de imposto de renda do último ano-exercício;
- Declaração original assinada e carimbada por representante do Hospital ou clínica quando houver internação ou atendimento indicando data e hora de entrada e de alta Hospitalar, mencionando períodos de enfermaria e UTI além do motivo de internação;
- Cópia dos exames realizados;
- Cópia do RG;
- Cópia do CPF;
- Cópia do comprovante de residência em nome do Segurado;
- Autorização para Pagamento em nome do Segurado (formulário padrão MetLife).

10.2. Se dentro do prazo mencionado, devido a dúvida fundada e justificável, a Seguradora solicitar ao interessado no Capital Segurado outro documento para elucidar a análise do evento, a contagem do prazo sofrerá suspensão e voltará a correr a partir do dia útil subsequente à chegada do último documento solicitado.

10.3. Caso haja atraso no pagamento da Indenização, a Seguradora pagará juros de mora de 1% a.m. (um por cento ao mês), contados a partir do primeiro dia posterior ao término do prazo fixado no item anterior, além da atualização monetária aplicada desde a data da ocorrência do evento Segurado até a data do efetivo pagamento, tendo como base a variação positiva acumulada do IPCA/IBGE e multa, aplicada de uma só vez, de 2% (dois por cento).

11. DISPOSIÇÕES GERAIS

11.1. As disposições desta Condição Especial poderão limitar e/ou restringir as características do plano de seguro estruturado nas Condições Gerais do Seguro.

Condição Especial Temporária Morte

1.OBJETIVO

1.1. Esta Cobertura Adicional, desde que contratada, garante ao(s) Beneficiário(s), durante o Período de Vigência, o pagamento do Capital Segurado Líquido, adicionalmente ao Capital Segurado Líquido da Cobertura Básica, **em caso de morte do Segurado, exceto se decorrente de Riscos Excluídos, observados os demais termos desta Condição Especial, das Condições Gerais e da Apólice.**

1.2. Ao Segurado, em caso de comprovação de Doença em Estágio Terminal, a Seguradora efetuará a Antecipação do Pagamento Total do Capital Segurado desta Cobertura**, em uma única vez, exceto se decorrente de Riscos Excluídos, observados os demais termos destas Condições Especiais, das Condições Gerais e da Apólice.**

1.2.1. **Antecipação do Pagamento Total em decorrência de Doença em Estágio Terminal.**

1.2.2. **A Antecipação do Pagamento Total em decorrência de Doença em Estágio Terminal somente será efetuada caso o Seguro esteja em vigor e não tenha sido efetivada a mudança para Benefício Prolongado.**

1.2.3. O Segurado deverá comprovar à Seguradora que sua sobrevida é de, no máximo 6 (seis) meses, a partir da data da avaliação diagnóstica.

1.2.3.1. A Antecipação do Pagamento Total em decorrência de Doença em Estágio Terminal somente poderá ser realizada por meio de solicitação voluntária do Segurado.

1.2.3.2. Caso o Segurado venha a falecer antes do recebimento da Antecipação do Pagamento Total em Caso de Doença Terminal, quando este já era de direito, o valor será pago de acordo com a legislação vigente.

1.2.3.3. Com a Antecipação do Pagamento Total em decorrência de Doença em Estágio Terminal, o Seguro será cancelado.

1.2.4. Esta Cobertura Adicional tem como característica um capital constante e por prazo de vigência determinado e diferente da cobertura básica, informado na Apólice e na Proposta de Contratação e Prêmio constante, sendo que ambos sofrerão atualização monetária anualmente.

2.DEFINIÇÃO

2.1. Para fins desta Condição Especial prevalecem os conceitos indicados no item “Das Definições” das Condições Gerais deste Seguro.

3.RISCOS EXCLUÍDOS

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

c) Ato reconhecidamente perigoso que não seja motivado por necessidade justificada, exceto quando a morte ou incapacidade decorrer do trabalho, utilização de meio de transporte mais arriscado, de prestação de serviço militar, da prática desportiva, ou de atos de humanidade em auxílio de outrem;

d) Doenças, Lesões 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.

d.1) Em relação às doenças preexistentes, excepcionalmente, mediante expresso acordo entre Seguradora e Segurado, poderá ser excluída da cobertura doenças preexistentes específicas declaradas no Questionário de

Avaliação de Risco que integra a Proposta, desde que não seja estabelecido Prazo de Carência para a cobertura.

d.2) Caso seja estabelecido Prazo de Carência para a cobertura, a Seguradora não responderá pelo Sinistros cuja causa exclusiva ou principal seja a doença preexistente durante o Período de Carência estabelecido.

d.2.1.) Nestas hipóteses, a Apólice discriminará a(s) doença(s) preexistente(s) objeto(s) de exclusão de cobertura.

e) Suicídio voluntário ou sua tentativa nos 2 (dois) primeiros anos de vigência, ou da recondução do contrato, quando suspenso, nos termos da lei, exceto se o suicídio decorrer de grave ameaça ou de legítima defesa de terceiro.

e.1) Caso tenha sido solicitado aumento de Capital Segurado pelo Segurado, a exclusão de risco do item "e" somente se aplica à diferença do Capital Segurado aumentado;

f) Atos ilícitos dolosos praticados pelo Segurado, pelo Beneficiário ou pelo representante legal, de um ou de outro, salvo dolo do representante do segurado ou beneficiário em prejuízo desses.

f.1.) Não se aplica a exclusão da alínea "f" da Cláusula 5.1. quando o sinistro for dolosamente provocado pelo beneficiário e existirem outros beneficiários, os quais receberão o valor a eles devido redefinido proporcionalmente pela eliminação do beneficiário autor do ato ou da omissão dolosos.

g) Epidemias, pandemias ou envenenamento de caráter coletivo, assim declarado por órgão competente.

3.2. Além dos Riscos Excluídos no subitem 3.1, para fins de Antecipação do Pagamento Total em decorrência de Doença em Estágio Terminal, estão também expressamente excluídos deste seguro, os eventos ocorridos em consequência direta ou indireta de e/ou relacionados a:

a) Doenças agravadas por traumatismos;

b) Toda e qualquer outra condição médica que não se enquadre nos critérios definidos no âmbito dos Riscos Cobertos.

4.CAPITAL SEGURADO

4.1. O Capital Segurado inicial para esta Cobertura será estabelecido na Proposta de Contratação e deverá constar na Apólice de 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.

4.3. Para a Antecipação do Pagamento Total do Capital Segurado em decorrência de Doença em Estágio Terminal considera-se como data do evento, a data do Relatório Médico, devidamente assinado pelo médico assistente do Segurado atestando os pormenores da doença, gravidade e prognóstico, de acordo com a definição da Cobertura descrita no item 1.2.1 destas Condições Especiais.

5.INÍCIO DE VIGÊNCIA

5.1. A Cobertura compreendida por esta Condição Especial começa a vigorar, simultaneamente com o início da Cobertura Básica de Morte.

5.2. O Período de Vigência desta Cobertura é determinado e será estabelecido na Proposta de Contratação, assim como na Apólice de Seguro**. A idade máxima de saída será 75 anos, mesmo que o prazo da Cobertura Básica seja maior e continue vigente.**

6.CESSAÇÃO DE COBERTURA

6.1. Além das hipóteses previstas nos itens 13.4, 13.5 e 13.6 das Condições Gerais do Seguro, a Cobertura do Risco a que se refere esta Condição Especial cessa ainda:

a) Com o falecimento do Segurado;

b) Com a Antecipação do Pagamento Total do Capital Segurado em decorrência de Doença em Estágio Terminal;

c) Com o cancelamento da Cobertura Básica;

d) Se constatada uma das hipóteses previstas no item "Perda do Direito a Indenização" das Condições Gerais;

e) No final do prazo de vigência desta Cobertura, conforme item 5.2 acima;

f) Com a solicitação expressa do Segurado do cancelamento desta cobertura.

g) Com a solicitação de alteração da Cobertura Básica para Benefício Prolongado;

h) Quando o segurado completar 75 anos de idade.

6.2. A estruturação técnica desta cobertura adicional prevê a formação da Provisão Matemática de Benefícios a Conceder (PMBaC). Sendo assim, o cancelamento desta cobertura resultará no benefício prolongado, caso haja montante disponível.

7. VALOR DOS PRÊMIOS

7.1. O valor do Prêmio referente a esta Cobertura será constante, estará previsto na Proposta de Contração e na respectiva Apólice de Seguro.

7.2. O valor do Prêmio será atualizado monetariamente a cada ano, nos termos das Condições Gerais do Seguro.

7.3. Os Prêmios serão pagos no prazo de pagamento previamente escolhido pelo Responsável pelo Pagamento e será estabelecido na Proposta de Contratação, assim como na Apólice de Seguro.

8. DOCUMENTOS EM CASO DE SINISTRO

8.1. O pagamento de qualquer Indenização decorrente da presente cobertura, será efetuado em até 30 (trinta) dias, contados a partir da entrega de todos os documentos básicos, abaixo relacionados, de acordo com as Condições Gerais do Seguro:

a) Morte decorrente de doença

Documentos do Segurado:

- Aviso de Sinistro preenchido e assinado (formulário padrão MetLife);
- Cópia da Certidão de Óbito;
- Cópia de todos os documentos médicos e exames realizados;
- Relatório médico informando desde quando o Segurado recebeu o primeiro diagnóstico das doenças registradas na Declaração/Certidão de Óbito, descrição da evolução clínica e data em que iniciou o tratamento;
- Cópia do RG;
- Cópia do CPF.

Documentos dos Beneficiários indicados pelo Segurado:

- Cópia do RG (ou Certidão de Nascimento, se menor).
- Cópia do CPF (obrigatório, independentemente da idade).
- Cópia do comprovante de residência em nome de cada um dos Beneficiários;
- Cópia da Certidão de Casamento atualizada, se o Beneficiário for o Cônjuge;
- Provas de União Estável, se o Beneficiário for o(a) companheiro(a);
- Autorização de crédito nominal a cada um dos Beneficiários (formulário padrão MetLife).

Documentos dos Beneficiários caso não haja indicação feita pelo Segurado:

- Cópia da Certidão de Casamento do Segurado extraída após o óbito (se não for solteiro);
- Provas de União Estável (no caso de companheiro/a);
- Cópia do RG e CPF do Cônjuge ou companheiro (se for o caso);
- Cópia do comprovante de residência em nome do Cônjuge ou companheiro (se for o caso);
- Declaração de Únicos Herdeiros do Segurado (formulário padrão MetLife);
- Cópia do RG (ou Certidão de Nascimento, se menor) de todos os herdeiros do Segurado;
- Cópia do CPF de todos os herdeiros do Segurado (obrigatório, independentemente da idade);
- Cópia do comprovante de residência em nome de cada um dos herdeiros do Segurado;
- Autorização de crédito em nome de cada um dos Beneficiários (formulário padrão MetLife).

b) Antecipação do Pagamento Total em decorrência de Doença em Estágio Terminal

Documentos do Segurado:

- Aviso de Sinistro preenchido e assinado (formulário padrão MetLife);
- Cópia de todos os documentos médicos e exames realizados;
- Relatório médico informando desde quando o Segurado recebeu o primeiro diagnóstico, descrição da evolução clínica, data em que iniciou o tratamento;
- Cópia do RG;
- Cópia do CPF;
- Declaração Médica expedida pelo médico que atende regularmente o Segurado, constando o diagnóstico, o tratamento realizado e o quadro clínico e a data, a partir da qual, a evolução da doença justifica o enquadramento em estado terminal;

- Resultados de exames realizados que comprovam o estágio terminal do quadro clínico e de comprometimento irreversível, sem possibilidade de recuperação com os recursos terapêuticos disponíveis;
- Caso o Segurado apresente alienação mental total incurável deverá apresentar ainda o Termo de Curatela, RG, CPF e comprovante de residência do Curador nomeado.

c) Morte decorrente de acidente

Documentos do Segurado:

- Aviso de Sinistro preenchido e assinado (formulário padrão MetLife);
- Cópia da Certidão de Óbito;
- Cópia do Boletim de Ocorrência e CAT (Comunicação de Acidente de Trabalho), se houver;
- Cópia do Laudo de Necrópsia do Instituto Médico Legal;
- Cópia da Carteira Nacional de Habilitação, se acidente automobilístico e o Segurado o condutor;
- Cópia do resultado do Exame de Dosagem Alcoólica/Toxicológico, se realizado;
- Cópia do Laudo da Perícia Técnica do Local do Acidente, se realizada;
- Cópia do RG;
- Cópia do CPF.

Documentos dos Beneficiários indicados pelo Segurado:

- Cópia do RG (ou Certidão de Nascimento, se menor);
- Cópia do CPF (obrigatório, independentemente da idade);
- Cópia do comprovante de residência em nome de cada um dos Beneficiários;
- Cópia da Certidão de Casamento atualizada, se o Beneficiário for o Cônjuge;
- Provas de União Estável, se o Beneficiário for o(a) companheiro(a);
- Autorização de crédito nominal a cada um dos Beneficiários (formulário padrão MetLife).

Documentos dos Beneficiários caso não haja indicação feita pelo Segurado:

- Cópia da Certidão de Casamento do Segurado extraída após o óbito (se não for solteiro);
- Provas de União Estável (no caso de companheiro/a);
- Cópia do RG e CPF do Cônjuge ou companheiro (se for o caso);
- Cópia do comprovante de residência em nome do Cônjuge ou companheiro (se for o caso);
- Declaração de Únicos Herdeiros do Segurado (formulário padrão MetLife);
- Cópia do RG (ou Certidão de Nascimento, se menor) de todos os herdeiros do Segurado;
- Cópia do CPF de todos os herdeiros do Segurado (obrigatório, independentemente da idade);
- Cópia do comprovante de residência em nome de cada um dos herdeiros do Segurado;
- Autorização de crédito em nome de cada um dos Beneficiários (formulário padrão MetLife).

8.2. Se dentro do prazo mencionado, devido à dúvida fundada e justificável, a Seguradora solicitar ao interessado no Capital Segurado, outro documento para elucidar a análise do evento, a contagem do prazo sofrerá suspensão e voltará a correr a partir do dia útil seguinte a chegada do último documento solicitado.

8.3. Caso haja atraso no pagamento da Indenização, a Seguradora pagará juros de mora de 1% a.m. (um por cento ao mês), contados a partir do primeiro dia posterior ao término do prazo fixado no item anterior, além da atualização monetária aplicada desde a data da ocorrência do evento Segurado até a data do efetivo pagamento, tendo como base a variação positiva acumulada do IPCA/IBGE e multa, aplicada de uma só vez, de 2% (dois por cento).

9.DISPOSIÇÕES GERAIS

9.1. As disposições desta Condição Especial poderão limitar e/ou restringir as características do plano de seguro, estruturado nas Condições Gerais do Seguro.

9.2. As Indenizações por Morte Acidental e Morte, quando contratadas conjuntamente, se acumulam.

9.3. Não será paga a Antecipação do Pagamento Total em decorrência de Doença em Estágio Terminal com base em diagnóstico ou declaração feito exclusivamente por um membro da família ou por pessoa que viva na mesma residência do Segurado, independentemente desta pessoa ser médico habilitado ou profissional de saúde.

Condição Especial – Cobertura Adicional Funeral

1.OBJETIVO

1.1. Esta Cobertura Adicional, quando contratada, garante ao Solicitante, durante o Período de Vigência, a disponibilização dos serviços de Assistência Funeral pela Assistência 24 horas ou o reembolso das despesas com o funeral do Segurado limitado ao Capital Segurado contratado, em caso de Morte por qualquer causa do Segurado, observados os demais termos desta Condição Especial, das Condições Gerais e da Apólice.

1.2. Caso seja utilizada a Assistência 24 horas para o serviço de Assistência Funeral, fica suspenso o direito ao reembolso de despesas relacionadas a esta Cobertura.

1.2.1. **A utilização da Assistência 24 horas para o serviço de Assistência Funeral deverá ser feita mediante ligação à Central de Atendimento pelos telefones 0800 638 5433 e +55 3003 5433 para chamadas a cobrar do exterior.**

1.2.2. **A Assistência 24 horas para o serviço de Assistência Funeral não será possível em localidades onde a legislação ou normas não permitirem a atuação da prestadora de serviço.**

1.2.3. **O serviço oferecido pela Assistência 24 horas será prestado em todo o Território Nacional. Em caso de óbito no exterior, a Assistência 24 horas providenciará o traslado do corpo para Sepultamento ou Cremação no Brasil. Em caso de óbitos ocorridos no exterior com Sepultamento ou Cremação ocorridos no exterior, o Solicitante poderá solicitar o reembolso das despesas respeitando o limite de Capital Segurado contratado, com base no câmbio oficial de venda da data do efetivo pagamento destas despesas.**

1.2.4. **Para solicitação de eventual reembolso, o pagamento será efetuado diretamente ao Solicitante das despesas com funeral, limitado ao Capital Segurado contratado, mediante comprovação por meio da apresentação de notas fiscais originais.**

1.3. Serviços de Assistência Funeral prestados pela Assistência 24 horas ou passíveis de reembolso:

a) Assessoria para Formalidades Administrativas

Será disponibilizado pela Assistência 24 horas, após a liberação do corpo pelo Instituto Médico Legal ou Hospital, um representante que irá ao domicílio do Solicitante ou ao hospital onde ocorreu o óbito do Segurado, para coletar os documentos e providenciar as tratativas para a realização do Funeral.

A liberação do corpo no Instituto Médico Legal ou Hospital é uma responsabilidade de um representante legal do Segurado.

b) Transporte e Hospedagem Familiar

Em caso de falecimento onde houver a necessidade legal da presença de um membro da família para liberação do corpo, será fornecida 1 (uma) passagem aérea de ida e volta conforme menor horário para a chegada ao local.

Caso o familiar esteja em alguma cidade que não possui aeroporto, o transporte poderá ser realizado por via rodoviária, considerando o menor horário para a chegada ao local.

A hospedagem fornecida pela Assistência 24 horas para 1 (um) membro da família está limitada a uma diária no valor de R$ 300,00 (trezentos reais).

c) Registro em Cartório

A Assistência 24 horas irá providenciar e custear o registro em cartório do óbito, desde que permitido pela legislação local.

d) Translado do Corpo

A Assistência 24 horas realizará o traslado do corpo do local até o local de sepultamento / cremação no Brasil, por meio de transporte mais adequado, em urna mortuária apropriada. A Assistência 24 horas determinará se o transporte será aéreo ou terrestre, dependendo da distância do traslado e logística de deslocamento do local.

O serviço de traslado do corpo será prestado a partir do momento em que o corpo do Segurado se encontrar liberado pelas autoridades competentes e desde que não exista nenhum obstáculo físico, material, policial, judicial, normativo ou qualquer outro que impeça o traslado do corpo, conforme a legislação vigente.

e) Preparação do Corpo

A Assistência 24 horas providenciará a preparação do corpo com higienização. Se necessário e identificado pela Assistência 24 horas, nos casos de traslado

aéreo, longas distâncias terrestres ou quando o sepultamento for superior a 36 (trinta e seis) horas após o óbito, será providenciado o embalsamento e a tanatopraxia.

f) Necromaquiagem

Se solicitado, a Assistência 24 horas disponibilizará o serviço de necromaquiagem conforme a disponibilidade deste serviço.

g) Composição do Funeral

Os itens que irão compor o funeral do Segurado são:

- 1 (uma) urna de madeira com visor e ornamentação da urna de acordo com a preferência da família;
- 1 (um) véu para cobrir o corpo;
- 1 (uma) manta mortuária;
- 3 (três) coroas de flores grandes;
- 1 (um) livro de presença com arranjo de flores e
- 1 (um) jogo de paramentos, castiçais e velas que ficarão no local do velório, bem como os aparelhos de ozona.

h) Locação para Sala de Velório

A Prestadora de Serviços se responsabilizará pela locação de sala para velório em cemitério municipal ou em cemitério particular.

i) Carro Fúnebre

A Assistência 24 horas fornecerá um carro fúnebre para cortejo dentro do município de sepultamento.

j) Taxa de Exumação

Caso a família já tenha jazigo próprio, a Prestadora de Serviços pagará a Taxa de Exumação, desde que todas as gavetas existentes no jazigo estejam ocupadas. Se ocorrer a locação do jazigo, não ocorrerá o pagamento da Taxa de Exumação.

k) Taxa de Sepultamento

A Assistência 24 horas irá providenciar e custear a taxa de Sepultamento/Cremação conforme a taxa praticada pelo local escolhido pela família do Segurado.

l) Locação de Jazigo

Caso a família não possua um jazigo, a Assistência 24 horas irá disponibilizar a locação da sepultura pelo prazo de 3 (três) anos. Será disponibilizado um documento informando a data de término da locação para que os familiares acompanhem a exumação dos restos mortais. Estes devem realizar contato com o cemitério, que repassará todas as informações necessárias.

Após a data de término da locação do jazigo, a Assistência 24 horas e a Seguradora não se responsabilizam pelo corpo, ficando sob responsabilidade do cemitério escolhido.

m) Sepultamento

Sepultamento do corpo do Segurado em jazigo familiar, municipal ou particular. Caso seja feita a opção da Cobertura de Sepultamento, a Cobertura Cremação está excluída.

n) Cremação

Será realizada no local escolhido pelo Solicitante, desde que haja estrutura local. Se não houver este serviço na cidade, a cremação será realizada na cidade mais próxima e as cinzas serão encaminhadas para a cidade de domicílio do Segurado no Brasil. Ao optar pelo Crematório, a Assistência 24 horas se responsabiliza pela realização do velório apenas no próprio Crematório.

O serviço será realizado de acordo com a legislação vigente.

o) Placa com Nome na Lápide

A Assistência 24 horas disponibilizará a placa com nome na lápide limitado ao valor de R$ R$300,00 (Trezentos reais).

2.CLÁUSULA SUPLEMENTAR

2.1. Esta Cobertura prevê a possibilidade de inclusão de Cônjuge.

2.2. Esta Cobertura, se contratada para o Cônjuge, será estabelecida contratualmente e obedecerá às mesmas disposições estabelecidas para o Segurado nestas Condições Gerais e nesta respectiva Condição Especial, observadas as limitações de Capital Segurado e idade, e eventuais regras aplicáveis, exclusivamente ao Cônjuge.

3.DEFINIÇÃO

3.1. Para fins desta Condição Especial prevalecem os conceitos indicados no item “Das Definições” das Condições Gerais deste seguro.

4.RISCOS EXCLUÍDOS

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

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

c) **Ato reconhecidamente perigoso que não seja motivado por necessidade justificada, exceto quando a morte ou incapacidade decorrer do trabalho, utilização de meio de transporte mais arriscado, de prestação de serviço militar, da prática desportiva, ou de atos de humanidade em auxílio de outrem;**

d) **Doenças, Lesões 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.**

d.1) Em relação às doenças preexistentes, excepcionalmente, mediante expresso acordo entre Seguradora e Segurado, poderá ser excluída da cobertura doenças preexistentes específicas declaradas no Questionário de Avaliação de Risco que integra a Proposta, desde que não seja estabelecido Prazo de Carência para a cobertura.

d.2) Caso seja estabelecido Prazo de Carência para a cobertura, a Seguradora não responderá pelo Sinistros cuja causa exclusiva ou principal seja a doença preexistente durante o Período de Carência estabelecido.

d.2.1.) Nestas hipóteses, a Apólice discriminará a(s) doença(s) preexistente(s) objeto(s) de exclusão de cobertura.

e) **Suicídio voluntário ou sua tentativa nos 2 (dois) primeiros anos de vigência, ou da recondução do contrato, quando suspenso, nos termos da lei, exceto se o suicídio decorrer de grave ameaça ou de legítima defesa de terceiro.**

e.1) Caso tenha sido solicitado aumento de Capital Segurado pelo Segurado, a exclusão de risco do item "e" somente se aplica à diferença do Capital Segurado aumentado;

f) **Atos ilícitos dolosos praticados pelo Segurado, pelo Beneficiário ou pelo representante legal, de um ou de outro, salvo dolo do representante do segurado ou beneficiário em prejuízo desses.**

f.1.) Não se aplica a exclusão da alínea "f" da Cláusula 5.1. quando o sinistro for dolosamente provocado pelo beneficiário e existirem outros beneficiários, os quais receberão o valor a eles devido redefinido proporcionalmente pela eliminação do beneficiário autor do ato ou da omissão dolosos.

g) **Epidemias, pandemias ou envenenamento de caráter coletivo, assim declarado por órgão competente.**

4.2. Além dos Riscos expressamente excluídos no item 4.1. e das exclusões apresentadas no conceito de Acidente Pessoal constante nas Condições Gerais, estão também excluídos da Cobertura desta Condição Especial, os eventos ocorridos em consequência, direta ou indireta de e/ou relacionados a:

a) **Despesas de qualquer natureza que não estejam relacionadas diretamente com o Funeral, sem autorização da Assistência 24 horas, não previstas nestas condições:**

b) **Quaisquer reembolsos de despesas providenciadas diretamente pela família e não autorizadas pela Assistência 24 horas, mesmo que cobertas pela presente Assistência:**

c) **Solicitações de serviços para a Assistência 24 horas que não sejam feitas direta e comprovadamente pelo Solicitante.**

4.3. Caso a opção seja pela Assistência 24 horas para a prestação de serviços de Assistência Funeral, não serão reembolsadas quaisquer despesas providenciadas diretamente pela família e não autorizadas pela prestadora de serviços, mesmo que indicadas inicialmente como cobertas pela presente Assistência.

5.CAPITAL SEGURADO

5.1. O Capital Segurado para esta Cobertura será estabelecido na Proposta de Contratação e deverá constar na Apólice de Seguro.

5.2. O Capital Segurado será atualizado monetariamente a cada ano, nos termos das Condições Gerais do Seguro.

5.3. Para fins desta Cobertura, considera-se como data do evento, a data do falecimento do Segurado ou a data de falecimento do Segurado Dependente, quando contratada Cláusula de Inclusão Suplementar para Cônjuge.

5.4. Se contratada a Cláusula Suplementar para inclusão de Cônjuge, o Capital Segurado para a Cobertura funeral do Segurado Dependente corresponderá a 100% do Capital Segurado da Cobertura funeral do Segurado.

6.INÍCIO DE VIGÊNCIA

6.1. A Cobertura compreendida por esta Condição Especial começa a vigorar, simultaneamente com o início da Cobertura Básica de Morte, ou em data posterior, por meio de Proposta de Contratação, quando contratada após entrada em vigor da cobertura do Segurado.

6.2. A respectiva Cláusula Suplementar contratada para inclusão do Cônjuge começa a vigorar simultaneamente com o início da vigência do Segurado, ou em data posterior, por meio de aditivo, quando contratada após entrada em vigor da cobertura do Segurado.

6.3. O prazo contratado, o início e término de vigência desta Condição especial estarão descritos na Apólice de Seguro.

7.CESSAÇÃO DA COBERTURA

7.1. Além das hipóteses previstas nos itens 13.4, 13.5 e 13.6 das Condições Gerais do Seguro, a Cobertura do Risco a que se refere esta Condição especial cessa ainda:

a) Com o falecimento do Segurado;
b) Com o cancelamento da Cobertura Básica;
c) Se constada uma das hipóteses previstas no item "Perda do Direito a Indenização" das Condições Gerais;
d) No final do prazo de vigência desta Cobertura, conforme item 6.3 acima;
e) Com a solicitação expressa do Segurado pelo cancelamento desta cobertura.
f) Com a solicitação de alteração da Cobertura Básica para Benefício Prolongado.
g) Quando o segurado completar 75 anos de idade.

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

a) Com o falecimento do Segurado antes do falecimento do Segurado Dependente;
b) Com o falecimento do Segurado Dependente;
c) Com o cancelamento da Cobertura Básica;
d) Se constada uma das hipóteses previstas no item "Perda do Direito a Indenização" das Condições Gerais;
e) No final do prazo de vigência desta Cobertura, conforme item 6.2 acima;
f) Com a solicitação expressa do Segurado do cancelamento desta cobertura;
g) Caso o Segurado não seja mais elegível ao seguro, nos termos das Condições Gerais e Especial;
h) Em caso de cessação da condição de Segurado Dependente, conforme estabelecem a respectiva Condição Especial independentemente da cobrança do Prêmio;

7.3 A estruturação técnica desta cobertura adicional prevê a formação da Provisão Matemática de Benefícios a Conceder (PMBaC). Sendo assim, o cancelamento desta cobertura resultará no benefício prolongado, caso haja montante disponível.

8.VALOR DOS PRÊMIOS

8.1. O valor dos Prêmios será atualizado monetariamente a cada ano, nos termos das Condições Gerais do Seguro.

8.2. Os Prêmios serão pagos conforme o prazo de pagamento definido para a Cobertura Básica.

9.DOCUMENTOS EM CASO DE SINISTRO

9.1. O pagamento de qualquer Indenização decorrente da presente cobertura será efetuado em até 30 (trinta) dias, contados a partir da data de entrega de todos os documentos, abaixo relacionados, observados as Condições Gerais do Seguro:

- Aviso de Sinistro preenchido e assinado (formulário padrão MetLife);
- Cópia da Certidão de Óbito;
- Cópia do RG;

- Cópia do CPF;
- Cópia do comprovante de residência em nome do Segurado;
- Autorização de crédito nominal a cada um dos Beneficiários (formulário padrão MetLife).

9.2. Em caso de falecimento do Segurado Dependente, quando contratada a Cláusula Suplementar para a inclusão de Cônjuge, a comprovação será realizada por meio de:

- Certidão de casamento atualizada; ou
- Provas de União Estável.

9.3. Se dentro do prazo mencionado, devido à dúvida fundada e justificável, a Seguradora solicitar ao interessado no Capital Segurado outro documento para elucidar a análise do evento, a contagem do prazo sofrerá suspensão e voltará a correr a partir do dia útil seguinte a chegada do último documento solicitado.

9.4. Caso haja atraso no pagamento da Indenização, a Seguradora pagará juros de mora de 1% a.m. (um por cento ao mês), contados a partir do primeiro dia posterior ao término do prazo fixado no item anterior, além da atualização monetária aplicada desde a data da ocorrência do evento Segurado até a data do efetivo pagamento, tendo como base a variação positiva acumulada do IPCA/IBGE e multa, aplicada de uma só vez, de 2% (dois por cento).

10. DISPOSIÇÕES GERAIS

10.1. As disposições desta Condição Especial poderão limitar e/ou restringir as características do plano de seguro estruturado nas Condições Gerais do Seguro.

Condição Especial – Cobertura Adicional Invalidez Funcional Permanente Total por Doença

1. OBJETIVO

1.1. Esta Cobertura Adicional, desde que contratada, garante ao Segurado, durante o Período de Vigência, o pagamento de uma Indenização, em caso de Invalidez Funcional Permanente e total, em consequência de doença que cause quadro clinico incapacitante irreversível que impeça o pleno exercício das relações autônomas do segurado, sob critérios devidamente especificados no item Riscos Cobertos desta cobertura, exceto se decorrente de Riscos Excluídos, observados os demais termos desta Condição Especial, das Condições Gerais do Seguro e da Apólice.

1.2. O pagamento da Indenização relativa a esta cobertura em função da caracterização da Invalidez Funcional Permanente e Total por Doença, desde que efetivamente comprovada, será considerado como uma antecipação da Cobertura Básica de Morte, dessa forma em caso de antecipação total, a Cobertura Básica de Morte automaticamente se extinguirá, assim como o presente seguro.

2. DEFINIÇÕES

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

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

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

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

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

2.6. Cardiopatia Grave: doença do coração assim classificada segundo os critérios constantes do "Consenso Nacional de Cardiopatia Grave". Cognição: conjunto de processos mentais usados no pensamento, na memória, na percepção, na classificação, no reconhecimento etc.

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

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

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

2.10. Deambular: ato de andar livremente.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

2.21. Etiologia: causa de cada doença.

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

2.23. Higidez: estado saudável.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

3. RISCOS COBERTOS

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

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

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

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

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

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

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

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

g) **deficiência visual:**

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

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

i) **estados mórbidos, a seguir relacionados:**

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

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

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

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

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

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

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

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

4. RISCOS EXCLUÍDOS

4.1. Além dos riscos expressamente excluídos na **cláusula 5 das Condições Gerais,** serão excluídos também, ainda que ocasione quadro clínico incapacitante que inviabilize de forma irreversível o pleno exercício das funções autonômicas do Segurado, com perda da sua existência independente, os eventos ocorridos em consequência, direta ou indireta de e/ou relacionados a:

a) **Perda, redução ou impotência funcional definitiva, total ou parcial, de um ou mais membros, órgãos e/ou sistemas orgânicos corporais, em decorrência, direta ou indiretamente, de lesão física e/ou psíquica causada por Acidente Pessoal;**
b) **Doença cuja evolução natural tenha sido agravada por traumatismo;**
c) **Diagnósticos concedidos pelo próprio segurado, seus dependentes, parentes ou pessoas com laços de dependência econômica ou que residam com ele, ainda que estes sejam médicos profissionais habilitados.**
d) **Diagnósticos concedidos por pessoa que não seja médico profissional habilitado.**
e) **Quadros clínicos de incapacidade funcional parcial, de incapacidade laborativa temporária, de invalidez acidentária ou de invalidez laborativa permanente do segurado, mesmo que determinados por órgãos previdenciários oficiais, que não atendam a todos os critérios previstos para caracterização do sinistro;**

5. CAPITAL SEGURADO

5.1. O Capital Segurado para esta cobertura será estabelecido contratualmente e deverá constar na apólice de Seguro.

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

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

6. COMPROVAÇÃO DE INVALIDEZ

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

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

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

7. INÍCIO DE VIGÊNCIA

7.1. A Cobertura começa a vigorar, simultaneamente com o início da vigência da Apólice, ou em data posterior, por meio de endosso, quando esta Cobertura for contratada após entrada em vigor da Apólice.

7.2. O Período de Vigência é de 5 anos e constará da Proposta de Contratação, assim como da Apólice de Seguro. A idade máxima de saída será 70 anos, mesmo que o prazo da Cobertura Básica seja maior e continue vigente. Em consequência disso, a idade máxima de contratação será de 65 anos.

7.3. A cobertura poderá ser renovada, de acordo com idade e eventuais mudanças de perfil de risco informados pelo segurado para cada vigência.

7.4. As coberturas adicionais poderão não ser renovadas pelo Segurado ou pela Seguradora por meio de manifestação da intenção de não renovação, com antecedência mínima de 30 (trinta) dias do término da vigência.

7.5. Mesmo que os prêmios da cobertura básica estejam quitados, o segurado poderá manter essa cobertura opcional, mediante pagamento.

8. CESSAÇÃO DE COBERTURA

8.1. Além das hipóteses previstas nos itens 13.4, 13.5 e 13.6 das Condições Gerais do Seguro, a Cobertura do Risco a que se refere esta Condição especial cessa ainda:

a) Com o falecimento do Segurado;
b) Com o cancelamento da Cobertura Básica;
c) em caso de diagnóstico de doença que cause a Invalidez Funcional Total e Permanente, que resulte em perda de sua existência independente, sob critérios devidamente especificados no item Riscos Cobertos desta cobertura,
d) Se constatada uma das hipóteses previstas no item "Perda do Direito a Indenização" das Condições Gerais;
e) No final do prazo de vigência desta Cobertura, conforme item 7.2 acima;
f) Com a solicitação expressa do Segurado do cancelamento desta cobertura.
g) Com a solicitação de alteração da Cobertura Básica para valor saldado ou Benefício Prolongado.
h) Quando o segurado completar 70 anos de idade.

9. VALOR DOS PRÊMIOS

9.1. O valor do Prêmio será atualizado monetariamente a cada ano, nos termos das Condições Gerais do Seguro.

9.2. Os Prêmios serão pagos conforme o prazo de pagamento previamente escolhido pelo Responsável pelo Pagamento, respeitando a vigência máxima de 5 anos e prazo de pagamento máximo também de 5 anos.

10. DOCUMENTOS EM CASO DE SINISTRO

10.1. Para a análise do pagamento da Indenização, respeitado o disposto na Clausula 15 das Condições Gerais., deverão ser apresentados os respectivos documentos básicos, a seguir relacionados:

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

11. DISPOSIÇÕES GERAIS

11.1. As disposições desta Condição Especial poderão limitar e/ou restringir as características do plano de seguro estruturado nas Condições Gerais do Seguro.

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

DOCUMENTO 1- TABELA DE RELAÇÕES EXISTENCIAIS, CONDIÇÕES MÉDICAS E ESTRUTURAIS E DE ESTADOS CONEXOS		
ATRIBUTOS	ESCALAS	PONTOS
RELAÇÕES DO SEGURADO COM O COTIDIANO	1º GRAU: o Segurado mantém suas relações interpessoais com capacidade de compreensão e comunicação; deambula livremente; sai à rua sozinho e sem auxílio; está capacitado a dirigir veículos automotores; mantém suas atividades da vida civil, preservando o pensamento, a memória e o juízo de valor.	0
	2º GRAU: o Segurado apresenta desorientação; necessita de auxílio à locomoção e ou para sair à rua; comunica- se com dificuldade; realiza parcialmente as atividades do cotidiano; possui restrições médicas de ordem relativas ou prejuízo intelectual e ou de cognição.	10
	3º GRAU: o Segurado apresenta-se retido ao lar; tem perda na mobilidade ou na fala; não realiza atividades do cotidiano; possui restrições médicas impeditivas de ordem totalitária ou apresenta algum grau de alienação mental.	20
CONDIÇÕES CLÍNICAS E ESTRUTURAIS DO SEGURADO	1° GRAU: o Segurado apresenta-se hígido; capaz de livre movimentação; não apresenta evidência de disfunção e ou insuficiência de órgãos, aparelhos ou sistemas, possuindo visão em grau que lhe permita desempenhar suas tarefas normais.	0
	2° GRAU: o Segurado apresenta disfunção(ões) e ou insuficiência(s) comprovadas como repercussões secundárias de doenças agudas ou crônicas, em estágio que o obrigue a depender de suporte médico constante (assistido) e desempenhar suas tarefas normais diárias com alguma restrição.	10
	3° GRAU: o Segurado apresenta quadro clínico anormal, evolutivamente avançado, descompensado ou instável, cursando com disfunções e ou insuficiências em órgãos vitais, que se encontre em estágio que demande suporte médico mantido (controlado), que acarrete restrição ampla a esforços físicos e que comprometa a vida cotidiana, mesmo que com interação de auxílio humano e ou técnico.	20
CONECTIVIDADE DO SEGURADO COM A VIDA	1° GRAU: o Segurado apresenta-se hígido; capaz de livre movimentação; não apresenta evidência de disfunção e ou insuficiência de órgãos, aparelhos ou sistemas, possuindo visão em grau que lhe permita desempenhar suas tarefas normais.	0
	2° GRAU: o Segurado apresenta disfunção(ões) e ou insuficiência(s) comprovadas como repercussões secundárias de doenças agudas ou crônicas, em estágio que o obrigue a depender de suporte médico constante (assistido) e desempenhar suas tarefas normais diárias com alguma restrição.	10
	3° GRAU: o Segurado apresenta quadro clínico anormal, evolutivamente avançado, descompensado ou instável, cursando com disfunções e ou insuficiências em órgãos vitais, que se encontre em estágio que demande suporte médico mantido (controlado), que acarrete restrição ampla a esforços físicos e que comprometa a vida cotidiana, mesmo que com interação de auxílio humano e ou técnico.	20

DOCUMENTO 2 - TABELA DE DADOS ANTROPOMÉTRICOS, FATORES DE RISCO E DE MORBIDADE	
DADOS ANTROPOMÉTRICOS, RISCOS INTERAGENTES E AGRAVOS MÓRBIDOS	PONTOS
A idade do Segurado interfere na análise da morbidade do caso e ou há imc - índice de massa corporal superior a 40.	2
Há risco de sangramentos, rupturas e/ou quaisquer outras ocorrências iminentes que possam agravar a morbidade do caso.	2
Há ou houve recidiva, progressão em doença tratada e ou agravo mantido associado ou não à disfunção imunológica.	4
Existem mais de 2 fatores de risco e ou há repercussão vital decorrente da associação de duas ou mais doenças crônicas em atividade.	4
Certifica-se existir risco de morte súbita, tratamento paliativo e ou de suporte à sobrevida e ou refratariedade terapêutica.	8

Condição Especial – Cobertura Adicional Fratura Óssea

1. OBJETIVO

1.1. Esta Cobertura, desde que contratada, garante ao Segurado o pagamento do capital segurado de acordo com o percentual previsto na tabela, **4.4.- Lista de Fraturas de Ossos ou Grupo de Ossos Cobertos** abaixo, exclusivamente decorrente de Acidente Pessoal coberto, exceto se decorrente de Riscos Excluídos, observados os demais termos desta Cláusula, das Condições Gerais e as demais Disposições Contratual.

2. DEFINIÇÃO

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

2.2. Fratura Óssea é uma situação em que há perda da continuidade óssea, geralmente com separação de um osso em dois ou mais fragmentos, após um dos traumatismos.

3. RISCOS EXCLUÍDOS

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

a) autolesões, voluntárias e premeditadas ou sua tentativa;

b) todo tipo de fratura de ossos em consequência de osteoporose;

c) fraturas por estresse de forma geral, completas ou incompletas;

d) fratura ou quebra de dentes;

e) acidentes em que o Segurado, sem a devida habilitação, for o condutor do veículo terrestre, aéreo ou marítimo que deu causa à fratura de ossos;

f) acidentes e suas consequências ocorridos antes data da contratação do seguro, ainda que sua manifestação ocorra durante a vigência do seguro;

g) quaisquer doenças, incluídas as profissionais, quaisquer que sejam suas causas, ainda que provocadas, desencadeadas ou agravadas, direta ou indiretamente, por acidente;

h) intercorrências ou complicações consequentes da realização de exames, tratamentos clínicos ou cirúrgicos;

i) lesões decorrentes, dependentes, predispostas ou facilitadas por esforços repetitivos ou microtraumas cumulativos, ou que tenham relação de causa e efeito com os mesmos, assim como lesões classificadas como Lesão por Esforços Repetitivos (LER), Doenças Osteomusculares Relacionadas ao Trabalho (DORT), Lesão por Trauma Continuado (LTC) ou similares que venham a ser aceitas pela classe médico científica, bem como as suas consequências pós-tratamentos, inclusive cirúrgicos, em qualquer tempo;

j) fratura de ossos decorrentes, resultantes ou derivadas de doenças prévias e de conhecimento do segurado antes do início da cobertura do seguro;

k) luxações ou deslocamentos de qualquer tipo ou natureza.

l) lesões ligamentares, tendinosas ou de cartilagens de qualquer tipo ou natureza;

m) fraturas patológicas de qualquer tipo ou natureza;

n) fraturas ocorridas nas falanges distais das mãos e dos pés;

o) fratura de nariz, exceto para fraturas de ossos da face ou do crânio que corresponderem de forma exata à(s) circunstância(s) descrita(s) na Lista de fraturas de ossos ou grupo de ossos cobertos;

p) eventos que não se incluem no conceito de acidente pessoal, conforme definido nas Condições Gerais;

q) amputação.

4. CAPITAL SEGURADO

4.1. O Capital Segurado para esta Cobertura será estabelecido contratualmente para cada membro, de acordo com o percentual da L**ista de Fraturas de Ossos ou Grupo de Ossos Cobertos**.

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.

4.3. A garantia está limitada ao pagamento de, no máximo, 100% (cem por cento) do capital segurado vigente na cobertura, considerando os eventos cobertos ocorridos a cada período de 12 (doze) meses contados a partir do início de vigência da cobertura.

4.4. Lista de Fraturas de Ossos ou Grupo de ossos cobertos.

Lista de Fratura de Ossos ou Grupo de Ossos Cobertos	
Ossos	% a ser indenizado sobre o Capital Segurado
Crânio (com ou sem afundamento)	**100%**
Vértebras (qualquer)	**100%**
Pelve	**50%**
Quadril	**50%**
Fêmur (cada)	**50%**
Mandíbula	**25%**
Ossos da Face	**25%**
Clavícula (Cada)	**25%**
Escápula (cada)	**25%**
Braço (cada)	**25%**
Antebraço (cada)	**25%**
Perna (cada)	**25%**
Calcâneo (cada)	**25%**
Cóccix	**25%**
Esterno	**25%**
Punho	**5%**
Mão	**5%**
Tornozelo (cada)	**5%**
Pés (cada)	**5%**
Costelas (cada)	**5%**
Dedos das Mãos (cada)*	**2%**
Dedos dos Pés (cada)*	**2%**

4.5. Para fins de utilização dessa cobertura, fica estabelecido o limite de até 3 utilizações para cada ano de vigência, a partir da data de contratação desta cobertura adicional.

5. FRANQUIA

5.1. O pagamento do Capital Segurado Líquido está condicionado a franquia de 4% (quatro) da Lista de Fraturas de Ossos ou Grupo de Ossos Cobertos, ou seja, é necessário que o evento seja caracterizado pela quebra de ossos que representem pelo menos 4% (quatro) da tabela.

6. REINTEGRAÇÃO DE COBERTURA

6.1. Na ocorrência de Sinistro, o Capital Segurado desta cobertura será reintegrado de forma automática para seu valor original e atualizado monetariamente, a cada 12 (doze) meses contados a partir do início de vigência desta cobertura.

6.2. Quando alcançado o limite de Capital Segurado disponível para pagamento de sinistros, serão indenizáveis apenas eventos cobertos que ocorram a partir da reintegração do capital segurado desta cobertura conforme clausula 4.3 dessas condições especiais.

7. INÍCIO DE VIGÊNCIA

7.1. A Cobertura começa a vigorar, simultaneamente com o início da vigência da Apólice, ou em data posterior, por meio de endosso, quando esta Cobertura for contratada após entrada em vigor da Apólice.

7.2. O Período de Vigência é de 5 anos e constará da Proposta de Contratação, assim como da Apólice de Seguro. A idade máxima de saída será 75 anos, mesmo que o prazo da Cobertura Básica seja maior e continue vigente. Em consequência disso, a idade máxima de contratação será de 70 anos.

7.3. A cobertura poderá ser renovada, de acordo com idade e eventuais mudanças de perfil de risco informados pelo segurado para cada vigência.

7.4. As coberturas adicionais poderão não ser renovadas pelo Segurado ou pela Seguradora por meio de manifestação da intenção de não renovação, com antecedência mínima de 30 (trinta) dias do término da vigência.

7.5. Mesmo que os prêmios da cobertura básica estejam quitados, o segurado poderá manter essa cobertura opcional, mediante pagamento.

8. CESSAÇÃO DE COBERTURA

8.1. Além das hipóteses previstas nos itens 13.4, 13.5 e 13.6 das Condições Gerais do Seguro, a Cobertura do Risco a que se refere esta Condição especial cessa ainda:

a) Com o falecimento do Segurado;
b) Com o cancelamento da Cobertura Básica;
c) Se constatada uma das hipóteses previstas no item "Perda do Direito a Indenização" das Condições Gerais;
d) No final do prazo de vigência desta Cobertura, conforme item 7.2 acima;
e) Com a solicitação expressa do Segurado do cancelamento desta cobertura.
f) Com a solicitação de alteração da Cobertura Básica para valor saldado ou Benefício Prolongado.
g) Quando o segurado completar 75 anos de idade.

9. VALOR DO PRÊMIO

9.1. O valor do Prêmio será atualizado monetariamente a cada ano, nos termos das Condições Gerais do Seguro.

9.2. Os Prêmios serão pagos conforme o prazo de pagamento previamente escolhido pelo Responsável pelo Pagamento, respeitando a vigência máxima de 5 anos e prazo de pagamento máximo também de 5 anos.

.

10. DOCUMENTOS EM CASO DE SINISTRO

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

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

10.2. Em caso de falecimento do Segurado durante o Período da Fratura e a data do aviso do sinistro, a indenizada será paga aos herdeiros legais.

11. DISPOSIÇÕES GERAIS

11.1. As disposições desta Condição Especial poderão limitar e/ou restringir as características do plano de seguro estruturado nas Condições Gerais do Seguro.

Condição Especial – Cobertura Adicional Amparo Funeral

1.OBJETIVO

1.1. Esta Cobertura Adicional, quando contratada, garante ao Solicitante, durante o Período de Vigência, a disponibilização dos serviços de Assistência Funeral pela Assistência 24 horas ou o reembolso das despesas com o funeral do Segurado, limitado ao Capital Segurado contratado, em caso de Morte por qualquer causa do Segurado, observados os demais termos desta Condição Especial, das Condições Gerais e da Apólice.

1.2. Caso seja utilizada a Assistência 24 horas para o serviço de Assistência Funeral, fica suspenso o direito ao reembolso de despesas relacionadas a esta Cobertura.

1.2.1. **A utilização da Assistência 24 horas para o serviço de Assistência Funeral deverá ser feita mediante ligação à Central de Atendimento pelos telefones 0800 638 5433 e +55 3003 5433 para chamadas a cobrar do exterior.**

1.2.2. **A Assistência 24 horas para o serviço de Assistência Funeral não será possível em localidades onde a legislação ou normas não permitirem a atuação da prestadora de serviço.**

1.2.3. **O serviço oferecido pela Assistência 24 horas será prestado em todo o Território Nacional. Em caso de óbito no exterior, a Assistência 24 horas providenciará o traslado do corpo para Sepultamento ou Cremação no Brasil. Em caso de óbitos ocorridos no exterior com Sepultamento ou Cremação ocorridos no exterior, o Solicitante poderá solicitar o reembolso das despesas respeitando o limite de Capital Segurado contratado, com base no câmbio oficial de venda da data do efetivo pagamento destas despesas.**

1.2.4. **Para solicitação de eventual reembolso, o pagamento será efetuado diretamente ao Solicitante das despesas com funeral, limitado ao Capital Segurado contratado, mediante comprovação por meio da apresentação de notas fiscais originais.**

1.3. Serviços de Assistência Funeral prestados pela Assistência 24 horas ou passíveis de reembolso:

a) Assessoria para Formalidades Administrativas

Será disponibilizado pela Assistência 24 horas, após a liberação do corpo pelo Instituto Médico Legal ou Hospital, um representante que irá ao domicílio do Solicitante ou ao hospital onde ocorreu o óbito do Segurado, para coletar os documentos e providenciar as tratativas para a realização do Funeral.

A liberação do corpo no Instituto Médico Legal ou Hospital é uma responsabilidade de um representante legal do Segurado.

b) Transporte e Hospedagem Familiar

Em caso de falecimento onde houver a necessidade legal da presença de um membro da família para liberação do corpo, será fornecida 1 (uma) passagem aérea de ida e volta conforme menor horário para a chegada ao local.

Caso o familiar esteja em alguma cidade que não possui aeroporto, o transporte poderá ser realizado por via rodoviária, considerando o menor horário para a chegada ao local.

A hospedagem fornecida pela Assistência 24 horas para 1 (um) membro da família está limitada a uma diária no valor de R$ 300,00 (trezentos reais).

c) Registro em Cartório

A Assistência 24 horas irá providenciar e custear o registro em cartório do óbito, desde que permitido pela legislação local.

d) Translado do Corpo

A Assistência 24 horas realizará o traslado do corpo do local até o local de sepultamento / cremação no Brasil, por meio de transporte mais adequado, em urna mortuária apropriada. A Assistência 24 horas determinará se o transporte será aéreo ou terrestre, dependendo da distância do traslado e logística de deslocamento do local.

O serviço de traslado do corpo será prestado a partir do momento em que o corpo do Segurado se encontrar liberado pelas autoridades competentes e desde que não exista nenhum obstáculo físico, material, policial, judicial, normativo ou qualquer outro que impeça o traslado do corpo, conforme a legislação vigente.

e) Preparação do Corpo

A Assistência 24 horas providenciará a preparação do corpo com higienização. Se necessário e identificado pela Assistência 24 horas, nos casos de traslado aéreo, longas distâncias terrestres ou quando o sepultamento for superior a 36 (trinta e seis) horas após o óbito, será providenciado o embalsamento e a tanatopraxia.

f) Necromaquiagem

Se solicitado, a Assistência 24 horas disponibilizará o serviço de necromaquiagem conforme a disponibilidade deste serviço.

g) Composição do Funeral

Os itens que irão compor o funeral do Segurado são:

- 1 (uma) urna de madeira com visor e ornamentação da urna de acordo com a preferência da família;
- 1 (um) véu para cobrir o corpo;
- 1 (uma) manta mortuária;
- 3 (três) coroas de flores grandes;
- 1 (um) livro de presença com arranjo de flores e
- 1 (um) jogo de paramentos, castiçais e velas que ficarão no local do velório, bem como os aparelhos de ozona.

h) Locação para Sala de Velório

A Prestadora de Serviços se responsabilizará pela locação de sala para velório em cemitério municipal ou em cemitério particular.

i) Carro Fúnebre

A Assistência 24 horas fornecerá um carro fúnebre para cortejo dentro do município de sepultamento.

j) Taxa de Exumação

Caso a família já tenha jazigo próprio, a Prestadora de Serviços pagará a Taxa de Exumação, desde que todas as gavetas existentes no jazigo estejam ocupadas. Se ocorrer a locação do jazigo, não ocorrerá o pagamento da Taxa de Exumação.

k) Taxa de Sepultamento

A Assistência 24 horas irá providenciar e custear a taxa de Sepultamento/Cremação conforme a taxa praticada pelo local escolhido pela família do Segurado.

l) Locação de Jazigo

Caso a família não possua um jazigo, a Assistência 24 horas irá disponibilizar a locação da sepultura pelo prazo de 3 (três) anos. Será disponibilizado um documento informando a data de término da locação para que os familiares acompanhem a exumação dos restos mortais. Estes devem realizar contato com o cemitério, que repassará todas as informações necessárias.

Após a data de término da locação do jazigo, a Assistência 24 horas e a Seguradora não se responsabilizam pelo corpo, ficando sob responsabilidade do cemitério escolhido.

m) Sepultamento

Sepultamento do corpo do Segurado em jazigo familiar, municipal ou particular. Caso seja feita a opção da Cobertura de Sepultamento, a Cobertura Cremação está excluída.

n) Cremação

Será realizada no local escolhido pelo Solicitante, desde que haja estrutura local. Se não houver este serviço na cidade, a cremação será realizada na cidade mais próxima e as cinzas serão encaminhadas para a cidade de domicílio do Segurado no Brasil. Ao optar pelo Crematório, a Assistência 24 horas se responsabiliza pela realização do velório apenas no próprio Crematório.

O serviço será realizado de acordo com a legislação vigente.

o) Placa com Nome na Lápide

A Assistência 24 horas disponibilizará a placa com nome na lápide limitado ao valor de R$ R$300,00 (Trezentos reais).

2.CLÁUSULA SUPLEMENTAR

2.1. Esta Cobertura prevê a possibilidade de inclusão de Cônjuge.

2.2. Esta Cobertura, se contratada para o Cônjuge, será estabelecida contratualmente e obedecerá às mesmas disposições estabelecidas para o Segurado nestas Condições Gerais e nesta respectiva Condição Especial, observadas as limitações de Capital Segurado e idade, e eventuais regras aplicáveis, exclusivamente ao Cônjuge.

2.3. Esta Cobertura também prevê a possibilidade de inclusão do grupo familiar.

2.3.1. Para fins desta Cobertura, serão considerados como familiares do Segurado seu cônjuge, companheiro (a) e, filhos e enteados com idade máxima até 24 anos.

2.4. Esta Cobertura, se contratada para os familiares, será estabelecida contratualmente e obedecerá

às mesmas disposições estabelecidas para o Segurado nestas Condições Gerais e nesta respectiva Condição Especial, observadas as limitações de Capital Segurado e idade, e eventuais regras aplicáveis, exclusivamente ao grupo familiar.

3.DEFINIÇÃO

3.1. Para fins desta Condição Especial prevalecem os conceitos indicados no item "Das Definições" das Condições Gerais deste seguro.

4.RISCOS EXCLUÍDOS

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

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

c) Ato reconhecidamente perigoso que não seja motivado por necessidade justificada, exceto quando a morte ou incapacidade decorrer do trabalho, utilização de meio de transporte mais arriscado, de prestação de serviço militar, da prática desportiva, ou de atos de humanidade em auxílio de outrem;

d) Doenças, Lesões 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.

d.1) Em relação às doenças preexistentes, excepcionalmente, mediante expresso acordo entre Seguradora e Segurado, poderá ser excluída da cobertura doenças preexistentes específicas declaradas no Questionário de Avaliação de Risco que integra a Proposta, desde que não seja estabelecido Prazo de Carência para a cobertura.

d.2) Caso seja estabelecido Prazo de Carência para a cobertura, a Seguradora não responderá pelo Sinistros cuja causa exclusiva ou principal seja a doença preexistente durante o Período de Carência estabelecido.

d.2.1.) Nestas hipóteses, a Apólice discriminará a(s) doença(s) preexistente(s) objeto(s) de exclusão de cobertura.

e) Suicídio voluntário ou sua tentativa nos 2 (dois) primeiros anos de vigência, ou da recondução do contrato, quando suspenso, nos termos da lei, exceto se o suicídio decorrer de grave ameaça ou de legítima defesa de terceiro.

e.1) Caso tenha sido solicitado aumento de Capital Segurado pelo Segurado, a exclusão de risco do item "e" somente se aplica à diferença do Capital Segurado aumentado;

f) Atos ilícitos dolosos praticados pelo Segurado, pelo Beneficiário ou pelo representante legal, de um ou de outro, salvo dolo do representante do segurado ou beneficiário em prejuízo desses.

f.1.) Não se aplica a exclusão da alínea "f" da Cláusula 5.1. quando o sinistro for dolosamente provocado pelo beneficiário e existirem outros beneficiários, os quais receberão o valor a eles devido redefinido proporcionalmente pela eliminação do beneficiário autor do ato ou da omissão dolosos.

g) Epidemias, pandemias ou envenenamento de caráter coletivo, assim declarado por órgão competente.

4.2. Além dos Riscos expressamente excluídos no item 4.1. e das exclusões apresentadas no conceito de Acidente Pessoal constante nas Condições Gerais, estão também excluídos da Cobertura desta Condição Especial, os eventos ocorridos em consequência, direta ou indireta de e/ou relacionados a:

a) Despesas de qualquer natureza que não estejam relacionadas diretamente com o Funeral, sem autorização da Assistência 24 horas, não previstas nestas condições:

b) Quaisquer reembolsos de despesas providenciadas diretamente pela família e não autorizadas pela Assistência 24 horas,

mesmo que cobertas pela presente Assistência:

c) **Solicitações de serviços para a Assistência 24 horas que não sejam feitas direta e comprovadamente pelo Solicitante.**

4.3. Caso a opção seja pela Assistência 24 horas para a prestação de serviços de Assistência Funeral, não serão reembolsadas quaisquer despesas providenciadas diretamente pela família e não autorizadas pela prestadora de serviços, mesmo que indicadas inicialmente como cobertas pela presente Assistência.

5.CAPITAL SEGURADO

5.1. O Capital Segurado para esta Cobertura será estabelecido na Proposta de Contratação e deverá constar na Apólice de Seguro.

5.2. O Capital Segurado será atualizado monetariamente a cada ano, nos termos das Condições Gerais do Seguro.

5.3. Para fins desta Cobertura, considera-se como data do evento, a data do falecimento do Segurado ou a data de falecimento do Segurado Dependente, quando contratada Cláusula de Inclusão Suplementar para Cônjuge ou Familiares.

5.4. Se contratada a Cláusula Suplementar para inclusão de Cônjuge ou Familiares, o Capital Segurado para a Cobertura funeral do Segurado Dependente corresponderá a 100% do Capital Segurado da Cobertura funeral do Segurado.

6.INÍCIO DE VIGÊNCIA

6.1. A Cobertura começa a vigorar, simultaneamente com o início da vigência da Apólice, ou em data posterior, por meio de endosso, quando esta Cobertura for contratada após entrada em vigor da Apólice.

6.2. O Período de Vigência é de 5 anos e constará da Proposta de Contratação, assim como da Apólice de Seguro

6.3. A cobertura poderá ser renovada, de acordo com idade, e eventuais mudanças de perfil de risco informados pelo segurado para cada vigência.

6.4. As coberturas adicionais poderão não ser renovadas pelo Segurado ou pela Seguradora por meio de manifestação da intenção de não renovação, com antecedência mínima de 30 (trinta) dias do término da vigência.

6.5. Mesmo que os prêmios da cobertura básica estejam quitados, o segurado poderá manter essa cobertura opcional, mediante pagamento.

6.6. A respectiva Cláusula Suplementar contratada para inclusão do Cônjuge ou Familiar começa a vigorar simultaneamente com o início da vigência do Segurado, ou em data posterior, por meio de aditivo, quando contratada após entrada em vigor da cobertura do Segurado.

6.7. O prazo contratado, o início e término de vigência desta Condição especial estarão descritos na Apólice de Seguro.

7.CESSAÇÃO DA COBERTURA

7.1. Além das hipóteses previstas nos itens 13.4, 13.5 e 13.6 das Condições Gerais do Seguro, a Cobertura do Risco a que se refere esta Condição especial cessa ainda:

a) **Com o falecimento do Segurado;**

b) **Com o cancelamento da Cobertura Básica;**

c) **Se constatada uma das hipóteses previstas no item "Perda do Direito a Indenização" das Condições Gerais;**

d) **No final do prazo de vigência desta Cobertura, conforme item 6.4 acima;**

e) **Com a solicitação expressa do Segurado pelo cancelamento desta cobertura.**

f) **Com a solicitação de alteração da Cobertura Básica para valor saldado ou Benefício Prolongado.**

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

a) **Com o falecimento do Segurado antes do falecimento do Segurado Dependente;**

b) **Com o falecimento do Segurado Dependente;**

c) **Com o cancelamento da Cobertura Básica;**

d) **Se constada uma das hipóteses previstas no item "Perda do Direito a Indenização" das Condições Gerais;**

e) **No final do prazo de vigência desta Cobertura, conforme item 6.4 acima;**

f) **Com a solicitação expressa do Segurado do cancelamento desta cobertura;**

g) **Caso o Segurado não seja mais elegível ao seguro, nos termos das Condições Gerais e Especial;**

h) **Em caso de cessação da condição de Segurado Dependente, conforme estabelecem a respectiva Condição Especial independentemente da cobrança do Prêmio;**

i) **Com a solicitação de alteração da Cobertura Básica para valor saldado ou Benefício Prolongado.**

8. VALOR DOS PRÊMIOS

8.1. O valor do Prêmio será atualizado monetariamente a cada ano, nos termos das Condições Gerais do Seguro.

8.2. Os Prêmios serão pagos conforme o prazo de pagamento previamente escolhido pelo Responsável pelo Pagamento, respeitando a vigência máxima de 5 anos e prazo de pagamento máximo também de 5 anos.

9. DOCUMENTOS EM CASO DE SINISTRO

9.1. O pagamento de qualquer Indenização decorrente da presente cobertura será efetuado em até 30 (trinta) dias, contados a partir da data de entrega de todos os documentos, abaixo relacionados, observados as Condições Gerais do Seguro:

- Aviso de Sinistro preenchido e assinado (formulário padrão MetLife);
- Cópia da Certidão de Óbito;
- Cópia do RG;
- Cópia do CPF;
- Cópia do comprovante de residência em nome do Segurado;
- Autorização de crédito nominal a cada um dos Beneficiários (formulário padrão MetLife).

9.2. Em caso de falecimento do Segurado Dependente, quando contratada a Cláusula Suplementar para a inclusão de Cônjuge e/ou Familiar, a comprovação será realizada por meio de:

- Certidão de casamento atualizada;
- Provas de União Estável.
- Certidão de Nascimento, para filhos;

9.3. Se dentro do prazo mencionado, devido à dúvida fundada e justificável, a Seguradora solicitar ao interessado no Capital Segurado outro documento para elucidar a análise do evento, a contagem do prazo sofrerá suspensão e voltará a correr a partir do dia útil seguinte a chegada do último documento solicitado

9.4. Caso haja atraso no pagamento da Indenização, a Seguradora pagará juros de mora de 1% a.m. (um por cento ao mês), contados a partir do primeiro dia posterior ao término do prazo fixado no item anterior, além da atualização monetária aplicada desde a data da ocorrência do evento Segurado até a data do efetivo pagamento, tendo como base a variação positiva acumulada do IPCA/IBGE e multa, aplicada de uma só vez, de 2% (dois por cento).

10. DISPOSIÇÕES GERAIS

10.1. As disposições desta Condição Especial poderão limitar e/ou restringir as características do plano de seguro estruturado nas Condições Gerais do Seguro.

Condição Especial - Cobertura Adicional Diária por Incapacidade Temporária (DIT)

1. OBJETIVO

1.1. Esta Cobertura Adicional, desde que contratada, garante ao Segurado, durante o Período de Vigência, o pagamento de diárias por incapacidade temporária em caso de afastamento involuntário da sua ocupação profissional remunerada causada por doença ou Acidente Pessoal coberto, exceto se decorrente de Riscos Excluídos, observados os demais termos desta cobertura, das Condições Gerais e as demais Disposições Contratuais.

1.2. A Indenização prevista nesta Cobertura é devida desde que o Segurado fique total, contínuo e ininterruptamente, por período temporário, impossibilitado de exercer sua ocupação profissional remunerada, observado o Período de Franquia e respeitado o Limite Máximo de Diárias Indenizáveis.

1.3. Se ficar comprovado que o segurado prestou informações falsas ou omitiu qualquer circunstância de seu conhecimento que possam influir na aceitação da proposta ou no prêmio, o segurado perderá o direito ao recebimento da indenização, além de ficar obrigado ao prêmio vencido, com base no artigo 766 do Código Civil.

1.4. Esta cobertura está disponível em módulos:

1.4.1. **Módulo 1: Sem cobertura para L.E.R. - Lesão por Esforço Repetitivo, D.O.R.T. - Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho e L.T.C. - Lesão por Trauma Continuado ou Contínuo, qualquer tipo de hérnia e suas consequências, diálise ou hemodiálise em pacientes crônicos, cirrose hepática, doenças de características reconhecidamente progressivas e doenças provocadas pela Síndrome da Deficiência Imunológica Adquirida. Fraquia:10 dias.**

1.4.2. **Módulo 2: Sem cobertura para L.E.R. - Lesão por Esforço Repetitivo, D.O.R.T. – Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho e L.T.C. - Lesão por Trauma Continuado ou Contínuo, qualquer tipo de hérnia e suas consequências, diálise ou hemodiálise em pacientes crônicos, cirrose hepática, doenças de características reconhecidamente progressivas e doenças provocadas pela Síndrome da Deficiência Imunológica Adquirida. Franquia:15 dias.**

1.4.3. **Módulo 3: Com cobertura para L.E.R. - Lesão por Esforço Repetitivo, D.O.R.T. - Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho e L.T.C. - Lesão por Trauma Continuado ou Contínuo, qualquer tipo de hérnia e suas consequências, diálise ou hemodiálise em pacientes crônicos, cirrose hepática, doenças de características reconhecidamente progressivas e doenças provocadas pela Síndrome da Deficiência Imunológica Adquirida. Franquia:10 dias.**

1.4.4. **Módulo 4: Com cobertura para L.E.R. - Lesão por Esforço Repetitivo, D.O.R.T. - Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho e L.T.C. - Lesão por Trauma Continuado ou Contínuo, qualquer tipo de hérnia e suas consequências, diálise ou hemodiálise em pacientes crônicos, cirrose hepática, doenças de características reconhecidamente progressivas e doenças provocadas pela Síndrome da Deficiência Imunológica Adquirida. Franquia: 15 dias.**

1.5. Não será permitida a troca entre módulos durante a vigência do seguro.

2. DEFINIÇÃO

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

2.2. Limite Máximo de Diárias Indenizáveis: é a quantidade máxima de diárias a que o Segurado fará jus enquanto ele estiver afastado de sua ocupação profissional remunerada por motivo de doença ou Acidente Pessoal, a contar do primeiro dia após o término do período de Franquia.

2.3. Valor da diária contratada: é o capital segurado que está limitado até o valor da renda mensal líquida dividido por 30 (trinta). Este valor deverá ser compatível com o rendimento líquido do segurado, proveniente do exercício de sua ocupação remunerada em caráter profissional.

2.4. Capital Segurado: é aquele indicado na proposta de contratação como diária por incapacidade temporária.

2.5. Franquia: é o período, em dias, contado a partir da data do evento coberto, durante o qual o segurado não terá direito ao recebimento da indenização. A franquia é deduzida por evento.

3. RISCOS EXCLUÍDOS

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) **procedimento relacionado à gravidez tópica ou ectópica, parto ou aborto, exceto em caso de Acidente Pessoal;**

b) **procedimentos e/ou tratamentos, clínicos ou cirúrgicos, para esterilidade, infertilidade, inseminação artificial, impotência sexual e controle de natalidade;**

c) **doação e transplante intervivos;**

d) **mutilação voluntária e premeditada ou sua tentativa;**

e) **tratamentos clínicos ou cirúrgicos experimentais e/ou não previstos no Código Brasileiro de Ética Médica, não reconhecidos pelo Ministério da Saúde e/ou Serviço Nacional de Fiscalização da Medicina e Farmácia;**

f) **tratamento odontológico e intervenções por razões reparadoras, salvo os consequentes de Acidente Pessoal coberto;**

g) **tratamentos clínicos ou cirúrgicos com finalidade estética, salvo quando necessários à restauração das funções alteradas em razão de Sinistro ocorrido na vigência do seguro;**

h) **tratamento clínico e/ou cirúrgico para obesidade ou estética em suas várias modalidades e suas consequências;**

i) **anomalias ou malformações congênitas com manifestação em qualquer época;**

j) **tratamento e/ou diagnóstico de fibromialgia, artrite reumatoide e osteoartrose;**

k) **Infecções ou doenças provocadas pela Hepatites B e/ou Hepatite C;**

l) **lombalgias, lombociatalgias, ciáticas, síndrome pós-laminectomia, protusões discais, dorsalgias e cervicalgias, salvo se contratada a Cobertura nos Módulos 3 e 4.**

m) **ceratotomia (cirurgia para correção de miopia);**

n) **doenças agravadas por traumatismos;**

o) **tratamento fisioterápico, exceto decorrente de doenças neurológicas;**

p) **qualquer doença, transtorno mental e/ou psiquiátrico, inclusive o "estresse" e síndrome do pânico.**

q) **hospitalizações para check-up;**

r) **luxações recorrentes que tenham ocorrido após um primeiro acometimento e instabilidades crônicas (agudizadas ou não) de qualquer articulação;**

s) **laserterapia, escleroterapia e microcirurgia de varizes em membros superiores e inferiores (ou em qualquer outra região da superfície corporal) por qualquer técnica, bem como fulguração de telangiectasias;**

t) **cirurgias ortognáticas e mamoplastias redutoras;**

u) **tratamentos que envolvam a homeopatia, a acupuntura e tratamentos naturalistas;**

v) **doenças transmitidas por contato com animais, tais como leptospirose, toxoplasmose e outras doenças infecto parasitárias;**

w) **doenças parasitárias e infecciosas transmitidas por picadas de insetos;**

x) **estados de convalescença (após a alta médica);**

y) **Qualquer acidente, doença ou lesão comprovadamente descoberta, para os quais o segurado tenha procurado ou recebido atendimento médico antes da contratação desta cobertura;**

z) **qualquer evento que impossibilite o Segurado de exercer sua ocupação profissional remunerada por um período inferior à Franquia contratada na Apólice;**

aa) **acidentes ocorridos em consequência direta ou indireta de furacões, ciclones, terremotos, maremotos, erupções vulcânicas e outras convulsões da natureza;**

bb) **ato reconhecidamente perigoso que não seja motivado por necessidade justificada, exceto quando do exercício de serviço militar, da prática de atos de humanidade em auxílio de outrem, utilização de meio de transporte mais arriscado ou da prática de esporte;**

cc) **Danos e perdas causados direta ou indiretamente por ato terrorista,**

4. CARÊNCIA

4.1. Somente serão garantidos por esta Cobertura os eventos ocorridos após o período de carência, contado a partir do início de vigência da cobertura;

4.2. Para os segurados que contrataram o módulo 3 ou 4, 180 (cento e oitenta) dias para a cobertura de diária por incapacidade temporária, cujo evento gerador seja decorrente de:

- **L.E.R. - Lesão por Esforço Repetitivo,**
- **D.O.R.T: Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho,**
- **L.T.C. - Lesão por Trauma Continuado ou Contínuo,**
- **Qualquer tipo de hérnia e suas consequências**
- **Diálise ou hemodiálise em pacientes crônicos;**
- **Cirrose hepática;**
- **Doenças de características reconhecidamente progressivas; e**
- **Doenças provocadas pela Síndrome da Deficiência Imunológica Adquirida.**

4.3. 60 (sessenta) dias, para a cobertura de diária por incapacidade temporária, cujo evento gerador seja decorrente de outras doenças que não estejam previsto na **clausula 4.2 dessas Condições Especiais.**

4.4. Não haverá carência nos casos de Acidente Pessoal do Segurado ocorrido após o início da vigência do seguro.

4.5. O pagamento antecipado dos prêmios não reduz o período de carência do seguro.

5. FRANQUIA

5.1. Somente serão garantidos por esta Cobertura os eventos ocorridos a partir de 10 (dez) dias ou 15 (quinze) dias, ininterruptos por evento, e será contado a partir da data do afastamento da ocupação profissional remunerada do Segurado, por determinação médica.

5.2. As Indenizações previstas nesta Cobertura serão devidas a partir do primeiro dia após o término do período de Franquia e se estenderão até o final do período de afastamento do Segurado, observado o Limite Máximo de Diárias Indenizáveis estabelecido contratualmente.

6. LIMITE DE DIÁRIAS

6.1. O número máximo de diárias a serem pagas, por evento coberto, para Cobertura de diária por incapacidade temporária será de:

6.1.1. 90 (noventa) dias para eventos decorrentes e/ou classificadas como (Exclusivamente para segurados que contrataram o Módulos 3 ou 4):

- **L.E.R. - Lesão por Esforço Repetitivo.**
- **D.O.R.T: Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho**
- **L.T.C. - Lesão por Trauma Continuado ou Contínuo;**
- **Qualquer tipo de hérnia e suas consequências,**
- **Diálise ou hemodiálise em pacientes crônicos;**
- **Cirrose hepática;**
- **Doenças de características reconhecidamente progressivas; e**
- **Doenças provocadas pela Síndrome da Deficiência Imunológica Adquirida.**

6.1.2. 365 (trezentos e sessenta e cinco) dias para os demais eventos cobertos de diárias de incapacidade temporária não previstos na clausula 6.1.1. dessas Condições Especiais.

6.2. No caso de ocorrência simultânea de mais de um Evento Coberto, as indenizações de diária por incapacidade temporária não se acumulam.

6.3. A indenização a ser paga será a do evento que resulte no maior tempo de afastamento, não havendo acúmulo ou superposição de indenizações.

6.4. Caso ocorra mais de um evento dentro da mesma vigência, somar-se-ão as diárias pagas. Esta soma não poderá exceder o limite máximo de diárias, de acordo com o evento, conforme estabelecido nesta Condição Especial.

6.5. Caso o segurado esteja recebendo diárias e sua incapacidade temporária evolua para uma invalidez total e permanente por doença devidamente comprovada, o pagamento das diárias será imediatamente cessado.

6.6. O pagamento das diárias se extinguirá com o retorno do Segurado à ocupação profissional remunerada, com o fim do tratamento médico, com o falecimento dele ou findo o período do limite de diárias contratado.

7. CAPITAL SEGURADO

7.1. O Capital Segurado para esta Cobertura corresponde ao valor da diária por incapacidade temporária contratada.

7.2. O capital segurado ou Valor da Diária Contratada deverá constar na Proposta de Contratação e na Apólice de Seguro.

7.3. Para a cobertura Diária por Incapacidade Temporária, o Segurado deve comunicar à Seguradora qualquer alteração em sua renda mensal ou ocupação profissional remunerada que possa impactar o Valor da Diária Contratada, a fim de que o Capital Segurado e prêmio sejam devidamente ajustados, de acordo com as regras do Produto.

7.4. O valor da indenização, em caso de sinistro, será calculado com base na renda mensal comprovada pelo Segurado na data do Sinistro, de modo que, se não houver a comunicação de alteração na renda mensal, o Segurado tem ciência e aceita que eventual indenização será baseada e limitada a renda comprovada pelo Segurado na data do sinistro, limitado ao valor do Capital Segurado contratado.

7.5. O Capital Segurado ou Valor da Diária contratada **será atualizado monetariamente a cada ano, nos termos das Condições Gerais do Seguro.**

8. INDENIZAÇÃO

8.1. Para efeito de determinação do capital segurado a ser pago, será considerada a data da declaração médica ou dos documentos médicos que apontam o diagnóstico gerador de incapacidade temporária.

8.2. A indenização será devida depois de cumpridos os prazos de carência e franquia.

8.3. O pagamento das diárias se extinguirá com o falecimento do segurado, com a evolução do quadro de incapacidade temporária para invalidez total e permanente por doença devidamente comprovada ou com o retorno do segurado ao exercício de sua ocupação profissional remunerada.

8.4. Para casos de sinistro onde o período de incapacidade temporária não ultrapasse 40 (quarenta) dias, a seguradora providenciará um único pagamento, no valor correspondente às diárias em que o segurado permaneceu afastado do exercício de sua ocupação profissional remunerada, observado o período de franquia.

8.5. Para casos de sinistro que ultrapassem 40 (quarenta) dias, os pagamentos, a critério exclusivo da Seguradora, poderão ser efetuados periodicamente a cada 30 (trinta) dias, mediante apresentação pelo segurado à seguradora, de relatório médico com data atualizada pelo retorno e avaliação do Médico Assistente, que comprove a extensão de período de afastamento do segurado.

9. INÍCIO DE VIGÊNCIA

9.1. A Cobertura compreendida por esta Condição Especial começa a vigorar, simultaneamente com o início da Cobertura Básica de Morte.

9.2. O Período de Vigência é de 1 (um) ano e constará da Proposta de Contratação, assim como da Apólice de Seguro.

9.3. A idade máxima de saída será 70 anos, mesmo que o prazo da Cobertura Básica seja maior e continue vigente. Em consequência disso, a idade máxima de contratação será de 65 anos.

9.4. A cobertura poderá ser renovada, por igual período, de acordo com eventuais mudanças de perfil de risco informados pelo segurado para cada vigência.

9.5. Para cálculo do novo prêmio da cobertura renovada, será considerada a idade do segurado no primeiro dia de vigência.

9.6. No momento da renovação, para fins de reavaliação e aceitação da renovação do risco a seguradora poderá solicitar uma nova Declaração Pessoal de Saúde e exames médicos ao segurado.

9.7. Essa Cobertura Adicional poderá não ser renovada pelo Segurado ou pela Seguradora por meio de manifestação da intenção de não renovação, com antecedência mínima de 30 (trinta) dias do término da vigência.

9.8. Mesmo que os prêmios da cobertura básica estejam quitados, o Segurado poderá manter essa cobertura opcional, mediante pagamento.

10. CESSAÇÃO DA COBERTURA

10.1. Além das hipóteses previstas nos itens 13.3, 13.4 e 13.5 das Condições Gerais do Seguro, a Cobertura do Risco a que se refere esta Condição especial cessa ainda:

a) Com o falecimento do Segurado;

b) Com o cancelamento da Cobertura Básica;

c) **Se constatada uma das hipóteses previstas no item "Perda do Direito a Indenização" das Condições Gerais;**

d) **No final do prazo de vigência desta Cobertura, conforme item 9.2 acima;**

e) **Com a solicitação expressa do Segurado para o cancelamento desta cobertura.**

f) **Com a solicitação de alteração da Cobertura Básica para Valor Saldado ou Benefício Prolongado;**

g) **Quando o segurado completar 70 anos de idade.**

11. VALOR DOS PRÊMIOS

11.1. O valor dos Prêmios será atualizado monetariamente a cada ano, nos termos das Condições Gerais do Seguro.

11.2. Os Prêmios serão pagos conforme o prazo de pagamento, previamente escolhido pelo Responsável pelo Pagamento, respeitando a vigência máxima de 1 (um) ano e prazo de pagamento respeitando a vigência.

12. DOCUMENTOS EM CASO DE SINISTRO

12.1. O pagamento de qualquer Indenização decorrente da presente cobertura será efetuado em até 30 (trinta) dias, contados a partir da data de entrega de todos os documentos, abaixo relacionados, observadas as Condições Gerais do Seguro:

- Aviso de Sinistro preenchido e assinado (formulário padrão MetLife);
- Cópia do RG;
- Cópia do CPF;
- Cópia do comprovante de residência em nome do Segurado;
- Autorização para Pagamento em nome do Segurado (formulário padrão MetLife);
- Cópia do Prontuário Hospitalar completo contendo informações sobre as circunstâncias do evento e histórico médico assinado pelo médico responsável com carimbo e CRM;
- Relatório médico completo contendo informações sobre as lesões/sequelas decorrentes do acidente ou doença, o período necessário para o tratamento e a data de confirmação de alta médica;
- Cópia de todos os exames complementares a data do evento;
- Cópia da Comunicação de Acidente de Trabalho (CAT) para casos de acidente de trabalho;
- Cópia do Boletim de Ocorrência Policial (BO), em caso de acidente de trânsito ou qualquer outro acidente com intervenção de autoridade policial;
- Cópia do comprovante de exercício de Atividade Profissional;
- Cópia do Holerite (últimos 3 meses) ou Declaração de Imposto de Renda do último ano.

12.2. Se dentro do prazo mencionado, devido à dúvida fundada e justificável, a Seguradora solicitar ao interessado no Capital Segurado outro documento para elucidar a análise do evento, a contagem do prazo sofrerá suspensão e voltará a correr a partir do dia útil seguinte a chegada do último documento solicitado.

12.3. Caso haja atraso no pagamento da Indenização, a Seguradora pagará juros de mora de 1% a.m. (um por cento ao mês), contados a partir do primeiro dia posterior ao término do prazo fixado no item anterior, além da atualização monetária aplicada desde a data da ocorrência do evento Segurado até a data do efetivo pagamento, tendo como base a variação positiva acumulada do IPCA/IBGE e multa, aplicada de uma só vez, de 2% (dois por cento).

13. DISPOSIÇÕES GERAIS

13.1. As disposições desta Condição Especial poderão limitar e/ou restringir as características do plano de seguro estruturado nas Condições Gerais do Seguro.