

CONDIÇÕES GERAIS ACIDENTES PESSOAIS COLETIVO

ÍNDICE

CONDIÇÕES GERAIS DO SEGURO DE ACIDENTES PESSOAIS COLETIVO	3
1. CARACTERÍSTICAS	3
2. OBJETIVO.....	3
3. DEFINIÇÕES	3
4. GARANTIAS	7
5. RISCOS EXCLUÍDOS	13
6. ÂMBITO TERRITORIAL DE GARANTIA	15
7. VIGÊNCIA E RENOVAÇÃO DO SEGURO.....	15
8. ACEITAÇÃO DA PROPOSTA DE CONTRATAÇÃO COLETIVA.....	16
9. ACEITAÇÃO DA PROPOSTA DE ADESAO	16
10. CUSTEIO DO SEGURO	17
11. CANCELAMENTO DA APÓLICE.....	18
12. CESSAÇÃO DA GARANTIA INDIVIDUAL	18
13. COBRANÇA E PAGAMENTO DOS PRÊMIOS.....	19
14. SUSPENSÃO DE GARANTIA E CANCELAMENTO EM CASO DE NÃO PAGAMENTO DO PRÊMIO	19
15. CAPITAL SEGURADO.....	20
16. ATUALIZAÇÃO DE VALORES E RECÁLCULO DO VALOR DO CAPITAL SEGURADO.....	20
17. TAXA DO SEGURO.....	21
18. BENEFICIÁRIO	21
19. OCORRÊNCIA DE SINISTRO	21
20. PAGAMENTO DO CAPITAL SEGURADO	21
21. PERÍCIA MÉDICA/JUNTA MÉDICA	25
22. PERDA DO DIREITO À INDENIZAÇÃO.....	25
23. ALTERAÇÕES DO CONTRATO	26
24. OUTRAS OBRIGAÇÕES DO ESTIPULANTE	27
25. MATERIAL DE DIVULGAÇÃO.....	27
26. PRESCRIÇÃO	28
27. FORO	28
28. DISPOSIÇÕES FINAIS	28
CLÁUSULA ADICIONAL DE DESPESAS MÉDICO-HOSPITALARES E ODONTOLÓGICAS DECORRENTES DE ACIDENTE (DMHO)	29
1. OBJETIVO.....	29
2. CONCEITOS	29
3. FRANQUIA	29
4. RISCOS EXCLUÍDOS	29
5. CAPITAL SEGURADO.....	29
6. DATA DO EVENTO	29
7. INÍCIO E TÉRMINO DESTA GARANTIA	30
8. PRÊMIO	30
9. DISPOSIÇÕES GERAIS.....	30
CLÁUSULA ADICIONAL DE DIÁRIAS DE INCAPACIDADE TEMPORÁRIA POR ACIDENTE (DIT).....	31
1. OBJETIVO.....	31
2. CONCEITOS	31
3. FRANQUIA	31
4. RISCOS EXCLUÍDOS	31
5. ÂMBITO TERRITORIAL DE GARANTIA	32
6. LIMITE DE DIÁRIAS	32
7. PAGAMENTO DA DIÁRIA DE INCAPACIDADE TEMPORÁRIA	32
8. ACEITAÇÃO DE SEGURADOS	33
9. CAPITAL SEGURADO.....	33
10. DATA DO EVENTO	33
11. REINTEGRAÇÃO DO CAPITAL SEGURADO.....	33

12.	INÍCIO E TÉRMINO DESTA GARANTIA	33
13.	PRÊMIO	33
14.	DISPOSIÇÕES GERAIS.....	34
	CLÁUSULA SUPLEMENTAR DE INCLUSÃO DE CÔNJUGE (IC)	35
1.	OBJETIVO.....	35
2.	CONCEITOS	35
3.	CONDIÇÕES DE ACEITAÇÃO	35
4.	GARANTIAS	35
5.	RISCOS EXCLUÍDOS	35
6.	FORMA DE PARTICIPAÇÃO	35
7.	CAPITAL SEGURADO.....	36
8.	BENEFICIÁRIO DO SEGURO	36
9.	INÍCIO E TÉRMINO DE VIGÊNCIA	36
10.	PRÊMIO	37
11.	DISPOSIÇÕES GERAIS.....	37
	CLÁUSULA SUPLEMENTAR DE INCLUSÃO DE FILHOS (IF).....	38
1.	OBJETIVO.....	38
2.	CONCEITO.....	38
3.	RISCOS EXCLUÍDOS	38
4.	FORMA DE PARTICIPAÇÃO	38
5.	CAPITAL SEGURADO.....	38
6.	BENEFICIÁRIO DO SEGURO	38
7.	GARANTIA DESTA CLÁUSULA.....	39
8.	INÍCIO E TÉRMINO DE VIGÊNCIA	39
9.	PRÊMIO	39
10.	DISPOSIÇÕES GERAIS.....	39
	CLÁUSULA DE DISTRIBUIÇÃO DE EXCEDENTES TÉCNICOS	40
1.	CONCEITO	40
2.	APURAÇÃO DO RESULTADO	40
3.	ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA.....	41
4.	CONDIÇÕES PARA DISTRIBUIÇÃO DO EXCEDENTE	41
5.	DISTRIBUIÇÃO DO EXCEDENTE	41

CONDIÇÕES GERAIS DO SEGURO DE ACIDENTES PESSOAIS COLETIVO

1. CARACTERÍSTICAS

- 1.1. A METROPOLITAN LIFE SEGUROS E PREVIDÊNCIA PRIVADA S.A., doravante denominada Seguradora, institui o Seguro de Acidentes Pessoais Coletivo, descrito nestas Condições Gerais, Cláusulas Adicionais e Suplementares.

2. OBJETIVO

- 2.1. O presente Seguro tem por objetivo garantir o pagamento ao Segurado ou a seu(s) Beneficiário(s) de uma importância em dinheiro, limitado ao valor do Capital Segurado contratado, no caso de ocorrer um dos eventos cobertos, previstos nas garantias contratadas pelo Estipulante, **exceto se decorrentes de riscos excluídos e deste que respeitadas as demais disposições contratuais.**

3. DEFINIÇÕES

- 3.1. Para efeito destas Condições Gerais, considera-se:

- 3.1.1. **Acidente Pessoal:** é o evento com data caracterizada e perfeitamente conhecida, exclusivo e diretamente externo, súbito, involuntário e violento, causador de lesão física que, por si só, e independentemente de toda e qualquer outra causa, tenha como consequência direta a morte, a invalidez permanente, total ou parcial do Segurado ou acarrete a interrupção temporária de suas atividades profissionais.

- 3.1.1.1. Incluem-se, ainda, no conceito de acidente:

- a) o suicídio, ou a sua tentativa, após dois anos do início de vigência do seguro individual ou de sua recondução depois de suspenso que será equiparado, para fins de indenização, a acidente pessoal, observada legislação em vigor;
- b) os acidentes decorrentes de ação da temperatura do ambiente ou influência atmosférica, quando a elas o Segurado ficar sujeito, em decorrência de acidente coberto;
- c) os acidentes decorrentes de escapamento acidental de gases e vapores;
- d) os acidentes decorrentes de seqüestros e tentativas de seqüestros;
- e) os acidentes decorrentes de alterações anatômicas ou funcionais da coluna vertebral, de origem traumática, causadas exclusivamente por fraturas ou luxações, radiologicamente comprovadas;
- f) ataque de animais e os casos de hidrofobia, envenenamento ou intoxicações deles decorrentes, excluídas as doenças infecciosas e parasitárias transmitidas por picadas de insetos;
- g) atentados e agressões, atos de legítima defesa e atos praticados por dever de solidariedade humana;
- h) choque elétrico e raio;
- i) contato com substâncias ácidas e corrosivas;
- j) tentativa de salvamento de pessoas ou bens;

k) queda n'água ou afogamento.

3.1.1.2. Excluem-se do conceito de acidente:

a) as doenças, incluídas as profissionais, quaisquer que sejam suas causas, ainda que provocadas, desencadeadas ou agravadas, direta ou indiretamente por acidente, ressalvadas as infecções, estados septicêmicos e embolias, resultantes de ferimento visível causado em decorrência de acidente coberto;

b) as intercorrências ou complicações conseqüentes da realização de exames, tratamentos clínicos ou cirúrgicos, quando não decorrentes de acidente coberto;

c) doenças profissionais ou ocupacionais, mesmo quando consideradas acidentes do trabalho pela legislação previdenciária, inclusive as decorrentes ou não de microtraumas de repetição, tais como DORT (distúrbio osteomusculares relacionados ao trabalho), LTC (Lesões por traumas cumulativos), LER (Lesões por esforços repetitivos), DCO (Doenças cervicobraquialgias ocupacionais) e SSO (Síndrome da sobrecarga ocupacional), assim consideradas as tendinites, sinovites, tenossinovites, artrites, fibromialgias, cervicobraquialgias lombociatalgias etc., bem como as perdas auditivas neurosensorias induzidas pelo ruído de origem ocupacional (PAIR O); Lesão por Trauma Continuado ou Contínuo – LTC, ou similares que venham a ser aceitas pela classe médico-científica, bem como as suas conseqüências póstratamentos, inclusive cirúrgicos, em qualquer tempo;

d) as situações reconhecidas por instituições oficiais de previdência ou assemelhadas, como “invalidéz acidentária”, nas quais o evento causador da lesão não se enquadre integralmente na caracterização de invalidéz por acidente pessoal, definido no subitem 3.1.1. (definição de Acidentes Pessoais).

3.2. Apólice: é o documento escrito, emitido pela Seguradora, que instrumentaliza o Contrato de seguro celebrado entre a Seguradora e o Estipulante, e que é integrado por estas Condições Gerais, e demais dispositivos contratuais. A apólice prova a existência e o conteúdo do Contrato de seguro.

3.2.1. Apólice Coletiva: é o instrumento do contrato celebrado entre Estipulante e Seguradora, que possibilita adesão ao seguro, dos componentes do grupo segurável, que mantenham com o Estipulante um vínculo anterior ao seguro.

3.2.2. Beneficiário(s): é(são) a(s) pessoa(s) designada(s) pelo Segurado para receber a indenização na hipótese de sua morte, devidamente coberta. No caso das garantias que não pressuponham a morte do segurado, bem como no caso de morte do Segurado Dependente, quando houver, o Beneficiário será o próprio Segurado.

3.2.3. Capital Segurado: é o valor máximo a ser pago pela Seguradora para a garantia contratada, em caso de ocorrência de evento coberto. **Nenhum pagamento poderá ser superior ao Capital Segurado.**

3.2.4. Carta Contrato: é o documento emitido pela Seguradora e dirigido ao Estipulante, contendo os elementos essenciais do interesse a ser por ela garantido. A aceitação da Carta Contrato sem ressalvas e/ou alterações pelo Estipulante vincula as partes.

- 3.2.5. Certificado Individual:** é o documento emitido pela Seguradora e destinado ao Segurado, que confirma sua inclusão no seguro, quando da aceitação do proponente, da renovação do seguro ou da alteração de valores de Capital Segurado ou prêmio, indicando as garantias contratadas, Capitais Segurados, vigência do seguro e o valor do prêmio individual.
- 3.2.6. Cláusula Adicional:** é o conjunto de disposições que regem especificamente cada garantia contratada, passando a ser parte integrante do seguro.
- 3.2.7. Condições Contratuais:** é o conjunto de disposições que regem a contratação.
- 3.2.9. Condições Gerais:** é o conjunto de cláusulas que regem um mesmo plano de seguro, estabelecendo obrigações e direitos da Seguradora, dos Segurados, dos Beneficiários, e, quando couber, do Estipulante, bem como as características gerais do seguro.
- 3.2.9. Contrato:** é o instrumento jurídico firmado entre o Estipulante e a Seguradora que estabelece as peculiaridades de determinada contratação de plano coletivo e fixam os direitos e obrigações do Estipulante, da Seguradora, dos Segurados e dos Beneficiários.
- 3.2.10. Doenças, Acidentes, Lesões e Seqüelas Preexistentes:** são sinais, sintomas, estados mórbidos e doenças contraídas ou acidentes sofridos pelo Segurado antes da contratação do seguro e que sejam de seu conhecimento.
- 3.2.11. Endosso / Aditivo:** é o documento, emitido pela Seguradora, utilizado para alterar, acrescentar ou excluir dispositivos contratuais do seguro.
- 3.2.12. Estipulante:** é a pessoa física ou jurídica que propõe a contratação de plano coletivo, ficando investida de poderes de representação dos Segurados, nos termos da legislação e regulamentação em vigor.
- 3.2.13. Evento Coberto:** é o acontecimento futuro e incerto, previsto nas garantias do seguro, ocorrido durante sua vigência e não excluído das garantias, capaz de acarretar obrigações pecuniárias à Seguradora em favor do Segurado ou de seus Beneficiários.
- 3.2.14. Franquia:** é o período de tempo não considerado para cálculo do pagamento da indenização, contado a partir da caracterização do sinistro.
- 3.2.15. Garantia:** é a designação utilizada para definir as responsabilidades assumidas pela Seguradora em função do seguro
- 3.2.16. Grupo Segurado:** é aquele constituído pelos componentes do Grupo Segurável, regularmente aceitos e incluídos na apólice do Seguro.
- 3.2.17. Grupo Segurável:** é aquele constituído pela totalidade das pessoas físicas que mantêm vínculo com o Estipulante que podem aderir ou serem incluídas no seguro, desde que atendam aos demais requisitos estabelecidos nestas Condições Gerais e demais condições contratuais.

- 3.2.18. Indenização:** é o valor a ser pago pela Seguradora na ocorrência do sinistro, limitado ao valor do Capital Segurado da respectiva garantia contratada.
- 3.2.19. Prêmio:** é o valor a ser pago à Seguradora em contraprestação às garantias contratadas. Cada garantia determinará a cobrança de um prêmio correspondente.
- 3.2.20. Prêmio Global:** é a soma das contribuições dos segurados individuais, recolhida pelo Estipulante, e que devem ser repassadas à Seguradora.
- 3.2.21. Prêmio Individual:** é a contraprestação pela garantia obtida, devida pelo segurado individual à Seguradora, nos seguros em que inexistente vínculo prévio ao seguro entre segurado e Estipulante.
- 3.2.22. Processo SUSEP:** é o número do processo administrativo aberto pela Seguradora junto a SUSEP (Superintendência de Seguros Privados) para aprovação deste seguro.
- 3.2.23. Proponente:** é a pessoa física cuja adesão ao seguro é solicitada, e que passará à condição de Segurado somente após a sua aceitação pela Seguradora.
- 3.2.24. Proposta de Adesão:** é o documento com declaração dos elementos essenciais do interesse a ser garantido e do risco, em que o proponente, pessoa física, expressa a intenção de aderir à contratação coletiva, manifestando pleno conhecimento das condições contratuais.
- 3.2.25. Proposta de Contratação:** é o documento com declaração dos elementos essenciais do interesse a ser garantido, através do qual o Estipulante, manifesta a sua vontade em contratar o seguro em proveito dos componentes do grupo segurável, manifestando pleno conhecimento de seus direitos e obrigações estabelecidos nas Condições Gerais e demais disposições contratuais.
- 3.2.26. Regime Financeiro de Repartição Simples:** é aquele através do qual se repartem ou se dividem entre os Segurados, num período considerado, os custos decorrentes da garantia dos eventos cobertos e das despesas de comercialização e administração, apurados neste mesmo período.
- 3.2.27. Riscos Excluídos:** são aqueles riscos, previstos nas Condições Gerais e demais disposições contratuais que não serão cobertos pelo presente seguro.
- 3.2.28. Segurado:** é a pessoa física que mantém vínculo com o Estipulante, regularmente incluída e aceita no seguro.
- 3.2.29. Segurado Dependente:** é o cônjuge ou companheiro(a) e, também os filhos, enteados e menores desde que estes últimos sejam considerados dependentes econômicos do Segurado pela Legislação do Imposto de Renda, regularmente incluídos no seguro.
- 3.2.30. Seguradora:** é a **Metropolitan Life Seguros e Previdência Privada S.A.**, Sociedade Seguradora devidamente autorizada a comercializar seguros, que assume os riscos inerentes às garantias deste seguro, nos termos da legislação vigente e do estabelecido

nas Condições Gerais e demais disposições contratuais.

- 3.2.31. **Seguro Individual:** é o seguro contratado diretamente por pessoa física, independente de vínculo com o Estipulante.
- 3.2.32. **Sinistro:** é a ocorrência de um evento garantido pela Seguradora e capaz de lhe acarretar obrigações pecuniárias.
- 3.2.33. **Vínculo:** é a relação de mesma natureza, anterior ao contrato de seguro, existente entre determinada pessoa física ou jurídica (o estipulante) e determinado grupo de pessoas.

4. GARANTIAS

4.1. As garantias deste seguro são:

4.1.1. Garantias Básicas

4.1.1.1. **As Garantias Básicas de Morte Acidental e Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente poderão ser contratadas separadamente.**

4.1.1.1.1. **Morte Acidental (MA): Garante ao(s) Beneficiário(s) o pagamento do Capital Segurado individual** contratado para esta garantia, em caso de morte do Segurado em consequência exclusiva de acidente pessoal coberto, **exceto se decorrente de riscos excluídos, observadas as demais disposições contratuais.**

4.1.1.1.2. **Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente (IPA): Garante ao Segurado o pagamento de uma indenização, limitado ao Capital Segurado individual** contratado para esta garantia, em caso de invalidez permanente em virtude de lesões físicas causadas por acidente devidamente coberto, e desde que tais lesões sejam insuscetíveis de reabilitação ou recuperação pelos meios terapêuticos disponíveis no momento de sua constatação, **exceto se decorrente de riscos excluídos, observadas as demais disposições contratuais.**

4.1.2. Como invalidez permanente entende-se a perda, redução ou impotência funcional definitiva, total ou parcial, de um membro ou órgão.

4.1.3. A indenização será paga de acordo com a Tabela de Cálculo de Percentuais de Indenização em Caso de Invalidez Permanente por Acidente constante no sub-item 4.1.9. desta cláusula, aplicadas as percentagens do grau de invalidez previstas na referida Tabela sobre o Capital Segurado vigente no dia do acidente, não prevalecendo qualquer aumento de capital segurado efetuado posteriormente ao acidente.

4.1.4. No caso de perda parcial, ficando reduzidas as funções do membro ou órgão lesado, a indenização será calculada pela aplicação, à percentagem prevista na Tabela de Cálculo de Percentuais de Indenização em Caso de Invalidez Permanente por Acidente para sua perda total, do grau de redução funcional apresentado.

4.1.5. Nos casos de invalidez parcial não especificados na Tabela de Cálculo de Percentuais de

Indenização em Caso de Invalidez Permanente por Acidente, a indenização será estabelecida tomando-se por base a diminuição permanente da capacidade física do Segurado, independentemente da sua profissão. No caso de lesões de articulação, as reduções de movimentos (ou função), além de descritas em atestado médico, deverão ser fixadas em percentagens, ficando estabelecido que, na falta de indicação da percentagem de redução, sendo informado apenas o grau dessa redução (máximo, médio e mínimo), a indenização será calculada, respectivamente, na base de 75% (setenta e cinco por cento), 50% (cinquenta por cento) e 25% (vinte e cinco por cento) do capital segurado contratado.

- 4.1.6. Quando do mesmo acidente resultar invalidez de mais de um membro ou órgão, a indenização será calculada somando-se as percentagens respectivas, sem que possa, todavia, exceder a 100% (cem por cento) do Capital Segurado contratado para esta garantia. Havendo 2 (duas) ou mais lesões em um mesmo membro ou órgão, a soma das percentagens correspondentes não poderá exceder ao percentual de indenização prevista para a sua perda total.**
- 4.1.7. A perda ou o agravamento da redução funcional de um membro ou órgão já defeituoso antes do acidente não dá direito a indenização, mesmo quando previamente declarado pelo Segurado, caso em que se deduzirá do grau de invalidez definitiva o grau de invalidez preexistente.**
- 4.1.8. A perda de dentes, em consequência de acidente, não dá direito à indenização por invalidez permanente.**
- 4.1.9. 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
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

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

INVALIDEZ PERMANENTE	DISCRIMINAÇÃO	% SOBRE O CAPITAL
PARCIAL MEMBROS INFERIORES	Anquilose total de um quadril	20
	Perda parcial de um dos pés, isto é, perda de todos os dedos e de uma parte do mesmo pé	25
	Amputação do 1º (primeiro) dedo	10
	Amputação de qualquer outro dedo	03
	Perda total do uso de uma falange do 1º (primeiro) dedo, equivalente 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.		
DIVERSAS	MANDÍBULA	
	Maxilar inferior (mandíbula) redução de movimentos	
	Em grau mínimo	05
	Em grau médio	10
	Em grau máximo	20
	NARIZ	
	Amputação total do nariz com perda total do olfato	25
	Perda total do olfato	07
	APARELHO VISUAL E ANEXOS DO OLHO	
	Diplopia	15
	Lesões das vias lacrimais	
	Unilateral	07
	Unilateral com fístulas	15
	Bilateral	14
	Bilateral com fístulas	25
	Lesões da pálpebra	
	Ectrópio unilateral	03
Ectrópio bilateral	06	

INVALIDEZ PERMANENTE	DISCRIMINAÇÃO	% SOBRE O CAPITAL	
DIVERSAS	Entrópio unilateral	07	
	Entrópio bilateral	14	
	Má oclusão palpebral unilateral	03	
	Má oclusão palpebral bilateral	06	
	Ptose palpebral unilateral	05	
	Ptose palpebral bilateral	10	
	APARELHO DA FONAÇÃO		
	Perda da palavra (mudez incurável)	50	
	Perda de substância (palato mole e duro)	15	
	SISTEMA AUDITIVO		
	Amputação total de uma orelha	08	
	Amputação total das duas orelhas	16	
	PERDA DO BAÇO		
	APARELHO URINÁRIO		
	Retenção crônica de urina (sondagens obrigatórias)	15	
	Incontinência urinária permanente	30	
	Perda de um rim, com rim remanescente		
	com função renal preservada	30	
	Redução da função renal (não dialítica)	50	
	Redução da função renal (dialítica)	75	
	Perda de rim único		
	APARELHO GENITAL E REPRODUTOR		
	Perda de um testículo	05	
	Perda de dois testículos	15	
	Amputação traumática do pênis	40	
	Perda de um ovário	05	
	Perda de dois ovários	15	
	Perda do útero antes da menopausa	30	
	Perda do útero depois da menopausa	10	
	PESCOÇO		
	Estenose da faringe com obstáculo a deglutição	15	
	Lesão do esôfago com transtornos da função motora	15	
	Traqueostomia definitiva	40	

INVALIDEZ PERMANENTE	DISCRIMINAÇÃO	% SOBRE O CAPITAL
DIVERSAS	TÓRAX	
	APARELHO RESPIRATÓRIO	
	Seqüelas pós-traumáticas pleurais	10
	Ressecção total ou parcial de um pulmão (pneumectomia - parcial ou total)	
	com função respiratória preservada	15
	com redução em grau mínimo da função respiratória	25
	com redução em grau médio da função respiratória	50
	com insuficiência respiratória	75
	MAMAS (FEMININAS)	
	Mastectomia unilateral	10
	Mastectomia bilateral	20
	ABDOMEM (ORGÃO E VÍSCERAS)	
	Gastrectomia subtotal	20
	Gastrectomia total	40
	INTESTINO DELGADO	
	Ressecção parcial	20
	Ressecção parcial com síndrome disabsortiva ou ileostomia definitiva	40
	INTESTINO GROSSO	
	Colectomia parcial	20
	Colectomia total	40
	Colestomia definitiva	40
	RETO E ÂNUS	
	Incontinência fecal sem prolapso	30
	Incontinência fecal com prolapso	50
	Retenção anal	10
	FÍGADO	
	Lobectomia hepática sem alteração funcional	10
	Lobectomia com insuficiência hepática	50
	SÍNDROMES NEUROLÓGICAS	
	Epilepsia pós-traumática	20
Derivação ventrículo-peritoneal (hidrocefalia)	20	
Síndrome pós-concussional	05	

4.1.9.1. Todas as lesões e incapacidades prevista nesta Tabela, devem ser, exclusiva e obrigatoriamente, decorrentes de Acidente Pessoal coberto.

4.1.10. A Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente, coberta pela presente cláusula, será comprovada mediante a apresentação, à Seguradora, dos documentos relacionadas nas Condições Gerais, facultando à Seguradora quaisquer medidas necessárias à sua elucidação.

4.1.11. A Seguradora reserva-se, ainda, o direito de submeter o Segurado a exame para comprovação da invalidez e/ou avaliação do nível da incapacidade, sob pena de não pagamento da indenização.

4.1.12. Após cada evento em que houver uma indenização por Invalidez Permanente por Acidente, o Capital Segurado relativo a esta garantia será totalmente reintegrado, de forma automática, sem cobrança de prêmio adicional.

4.1.13. As indenizações por Morte Acidental e Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente, quando contratadas, não se acumulam. Se, depois de paga uma indenização por Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente, ocorrer a morte do Segurado, ou a sua Invalidez Total ou Parcial e Permanente, em consequência do mesmo acidente, será deduzido, do valor do Capital Segurado a ser pago, o valor já indenizado.

4.2. Garantias Adicionais

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

- a) Despesas Médico-Hospitalares e Odontológicas (DMHO)
- b) Diárias de Incapacidade Temporária por Acidente (DIT)

4.2.2. Este seguro prevê a possibilidade de contratação das seguintes Cláusulas Suplementares:

- a) Inclusão de Cônjuges (IC)
- b) Inclusão de Filhos (IF)

4.3. O Estipulante deverá informar no formulário denominado “Proposta de Contratação” e/ou na Carta Contrato, quais garantias pretende contratar, sendo uma das básicas obrigatória e as demais facultativas, e serão expressas no Certificado Individual.

4.3.1. As definições, as normas e riscos excluídos pertinentes às demais garantias previstas no item 4.2. estão dispostas nas respectivas cláusulas adicionais.

5. RISCOS EXCLUÍDOS

5.1. Além das exclusões apresentadas no conceito de Acidentes, estão expressamente excluídos de todas as garantias deste seguro, para os Segurados e Segurados Dependentes, os eventos ocorridos em consequência, direta ou indireta, de:

- a) uso de material nuclear para quaisquer fins, ainda que ocorridos em testes, experiências ou no transporte de arma e/ou projétil nucleares, incluindo explosões nucleares provocadas ou não, bem como a contaminação radioativa ou exposição a radiações nucleares ou ionizantes;
- b) atos ou operações de guerra, declarada ou não, de guerra química ou bacteriológica, de guerra civil, invasão, hostilidade, rebelião, insurreição de poder militar ou usurpado ou da participação do Segurado em deveres de combate ou exercícios militares com força armada de qualquer país ou organização internacional, de guerrilha, de revolução, agitação, motim, revolta, sedição, sublevação, atos de terrorismo ou outras perturbações de ordem pública e delas decorrentes, excetuando-se os casos de prestação de serviço militar ou de atos de humanidade em auxílio de outrem;
- c) doenças, acidentes, ou lesões ou seqüelas preexistentes, não declarados no ato da adesão e de conhecimento do Segurado;
- d) suicídio ou sua tentativa nos 2 (dois) primeiros anos após o início de vigência individual do seguro, ou sua recondução depois de suspenso, conforme artigo 798 do Código Civil Brasileiro;
- e) atos ilícitos dolosos praticados pelo Segurado, pelo Beneficiário ou pelo representante legal, de um ou de outro;
- f) tufões, furacões, ciclones, terremotos, maremotos, erupções vulcânicas e outras convulsões da natureza;
- g) epidemias, pandemias, envenenamento de caráter coletivo ou qualquer outra causa física que atinja maciçamente a população;

5.2. Estão também excluídos, os eventos ocorridos em consequência, direta ou indireta, de:

- a) qualquer tipo de hérnia, mesmo as de origem traumática, e suas consequências;
- b) perturbações, envenenamentos ou intoxicações de qualquer natureza, salvo a ingestão de medicamentos exclusivamente quando prescritos por médico em decorrência de acidente coberto;
- c) choque anafilático e suas consequências, mesmo que o tratamento médico ocorra em virtude de acidente pessoal coberto;
- d) prática de atos reconhecidamente perigosos que não sejam motivados por necessidade justificada, excetuando-se os casos que provierem da utilização de meios de transporte mais arriscado, de prestação de serviço militar, da prática de esporte ou de atos de humanidade em auxílio de outrem;
- e) atos contrários à Lei, inclusive, mas não se limitando, a não utilização de equipamentos de segurança exigidos por lei como cinto de segurança, capacete etc. e a condução de veículo automotor sem a devida habilitação, praticados pelo Segurado;
- f) acidente Vascular Cerebral.

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

6. ÂMBITO TERRITORIAL DE GARANTIA

- 6.1. Este Seguro abrange os eventos cobertos ocorridos em qualquer parte do Globo Terrestre, salvo disposição contratual em contrário.

7. VIGÊNCIA E RENOVAÇÃO DO SEGURO

- 7.1. O início de vigência da apólice coletiva será estabelecido na Carta Contrato ou na Proposta de Contratação. No caso de Carta Contrato, a vigência está condicionada ao recebimento, pela Seguradora, da referida Carta Contrato, devidamente assinada pelo Estipulante, desde que não haja qualquer modificação ao seu conteúdo.

- 7.1.1. O prazo de vigência da apólice será de 01 (um) ano, quando outro prazo não for estabelecido no Contrato.

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

- 7.1.3. Na hipótese de alteração de apólice caracterizadora de seguro coletivo, que implique ônus, dever ou redução de direitos dos segurados, a renovação deverá ter anuência expressa dos segurados que representem $\frac{3}{4}$ (três quartos) do grupo. Inexistindo vínculo prévio ao seguro, entre Segurado e Estipulante, o tratamento da renovação será feito diretamente com o segurado.

- 7.1.3.1. Caso a Seguradora não tenha a intenção de renovar o seguro, deverá avisar o Estipulante/Segurado com 60 (sessenta) dias de antecedência do final da vigência da apólice.

- 7.1.3.2. **A Apólice poderá ser renovada automaticamente, por igual período, salvo se o Estipulante/Segurado se manifestarem em sentido contrário, mediante aviso prévio, por escrito, com antecedência mínima de 60 (sessenta) dias do final da vigência da apólice.**

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

7.2. Vigência dos Seguros Individuais

- 7.2.1. Os seguros individuais vigerão enquanto vigorar a Apólice, desde que respeitados os demais termos destas Condições Gerais, especialmente as hipóteses de cancelamento da apólice ou do seguro individual.

- 7.2.2. O início de vigência do seguro individual, desde que o proponente seja aceito no seguro, será estabelecido no Certificado Individual ou no Contrato.
- 7.2.3. A cada Segurado incluído no seguro, **assim como nas renovações da apólice** será enviado um Certificado Individual.

8. ACEITAÇÃO DA PROPOSTA DE CONTRATAÇÃO COLETIVA

- 8.1. A Carta Contrato ou a Proposta de Contratação, assinada obrigatoriamente pelo representante legal do Estipulante, deverá ser entregue à Seguradora.
- 8.2. As Condições Gerais completas deste Seguro acompanharão a Carta Contrato ou a Proposta de Contratação.
- 8.3. A Seguradora terá um prazo de 15 (quinze) dias, contados a partir da data do recebimento da Proposta de Contratação, para aceitá-la ou recusá-la. Vencido o prazo de 15 (quinze) dias, sem manifestação da Seguradora, o seguro será considerado aceito.
- 8.4. A Seguradora poderá por uma única vez solicitar documentos complementares para análise e aceitação da proposta. Neste caso, o prazo de 15 (quinze) dias ficará suspenso, voltando a correr a partir da data em que se der a entrega da documentação complementar.
- 8.5. A não aceitação da Proposta de Contratação, por parte da Seguradora, será comunicada por escrito ao Estipulante e implicará na devolução integral, **no prazo máximo de 10 (dez) dias corridos**, de qualquer pagamento de Prêmio eventualmente efetuado atualizados da data do pagamento até a data da efetiva restituição, pelo IPCA/IBGE (Índice de Preços ao Consumidor Amplo) ou outro índice que vier a substituí-lo.
- 8.5.1. Durante o período compreendido entre a data da recepção do prêmio global, pago antecipadamente pelo Estipulante, até a data da formalização da recusa da Proposta de Contratação, haverá garantia pelo seguro.
- 8.6. Poderá ser estabelecida no Contrato a quantidade mínima de Segurados necessária para a aceitação e manutenção do Seguro.

9. ACEITAÇÃO DA PROPOSTA DE ADESÃO

- 9.1. As exigências para aceitação dos proponentes, serão estabelecidas no contrato.
- 9.2. **A adesão à apólice coletiva deverá ser realizada mediante a assinatura, pelo proponente, de Proposta de Adesão e desta deverá constar cláusula na qual o proponente declara ter conhecimento prévio da íntegra das Condições Gerais.**
- 9.3. A aceitação do seguro estará sujeita à análise do risco pela Seguradora.

- 9.4.** A Seguradora terá um prazo de 15 (quinze) dias corridos, contados da data do recebimento da Proposta de Adesão, para aceitar ou recusar a inclusão do proponente no seguro.
- 9.4.1.** A Seguradora poderá solicitar documentos complementares para análise e aceitação do risco ou da alteração proposta, uma única vez. Neste caso, o prazo de 15 (quinze) dias previsto no item anterior ficará suspenso, voltando a correr a partir da data do recebimento pela Seguradora das informações adicionais.
- 9.4.2.** É facultado à Seguradora solicitar, para efeito de aceitação, informação ao proponente quanto à contratação de outros seguros de pessoas com garantias concomitantes.
- 9.4.3.** Decorrido o prazo estipulado no item **9.4** sem que tenha havido manifestação da Seguradora, a proposta será considerada como automaticamente aceita.
- 9.4.4.** Caso a Proposta de Adesão não seja aceita pela Seguradora, a recusa será comunicada por escrito e o respectivo prêmio eventualmente pago será devolvido, **no prazo máximo de 10 (dez) dias corridos**, devidamente atualizado pelo IPCA/IBGE (Índice de Preços ao Consumidor Amplo) ou outro índice que venha a substituí-lo, desde a data do pagamento até a data da efetiva devolução.
- 9.4.5.** A compensação do cheque ou o efetivo recebimento do valor do prêmio pela Seguradora não implica na aceitação da proposta, devendo-se observar, na hipótese de recusa da proposta, o disposto no item anterior.
- 9.5.** 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 garantia, se ficar comprovado que ele silenciou de má-fé.
- 9.5.1.** A Seguradora poderá, no prazo de 15 (quinze) dias após o recebimento do aviso de agravamento do risco, dar ciência ao Segurado, por escrito, de sua decisão de cancelar o seguro ou, mediante acordo entre as partes, restringir a garantia ou cobrar a diferença de prêmio cabível.
- 9.5.2.** O cancelamento do seguro somente será eficaz 30 (trinta) dias após a notificação, devendo ser restituída a diferença de prêmio, calculada proporcionalmente ao período a decorrer. Tratando-se de seguro de pagamento mensal, não haverá qualquer restituição de prêmio.

10. CUSTEIO DO SEGURO

- 10.1.** Para fins deste Seguro, o custeio poderá ser, de acordo com o estabelecido no Contrato,:
- a)** não contributivo: aquele em que os Segurados não contribuem para a formação do prêmio global, cabendo a responsabilidade pelo pagamento do prêmio ao Estipulante;
 - b)** contributivo: aquele em que os Segurados contribuem, total ou parcialmente, para a formação do prêmio global.

11. CANCELAMENTO DA APÓLICE

11.1. A apólice poderá ser cancelada:

- a) no final do prazo de sua vigência, se não houver renovação;**
- b) a qualquer tempo, por mútuo acordo entre Seguradora e Estipulante, desde que com a anuência prévia e expressa de 3/4 (três quartos) do grupo Segurado, respeitado o aviso de prévio de 60 (sessenta) dias. Tratando-se de contratação cujo vínculo entre Estipulante e Segurado seja exclusivamente securitário, não será aplicada a anuência de 3/4 (três quartos) do grupo, sendo o cancelamento individual acordado diretamente com o segurado;**
- c) pelo descumprimento de qualquer dispositivo destas Condições Gerais;**
- d) se houver dolo, culpa ou prática de fraude por parte do Estipulante e/ou Segurado, no ato da contratação ou durante toda a vigência do Contrato;**
- e) pelo atraso no pagamento do Prêmio Global por período superior a 90 (noventa) dias corridos ou alternados, nos termos do item 14 – Suspensão da Garantia e Cancelamento em Caso de Não Pagamento do Prêmio, destas Condições Gerais.**

12. CESSAÇÃO DA GARANTIA INDIVIDUAL

12.1. A garantia de cada Segurado cessará:

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

- a) com o cancelamento da apólice;**
- b) com o desaparecimento do vínculo entre o Segurado e o Estipulante;**
- c) quando o Segurado solicitar sua exclusão da apólice, mediante comunicação por escrito, com aviso prévio de 60 (sessenta) dias, no mínimo;**
- d) quando o Segurado deixar de contribuir com sua parte do prêmio, por período superior a 180 (cento e oitenta) dias consecutivos;**
- e) com o falecimento do Segurado;**
- f) com o pagamento da garantia de Invalidez por Doença - Funcional;**
- g) imediatamente, se constatada uma das hipóteses previstas na cláusula “Perda do Direito a Indenização” destas Condições Gerais.**

12.1. 2. Nas Apólices Coletivas com vínculo relativo exclusivamente ao contrato de seguro entre Estipulante e Segurado:

- a) com o cancelamento da apólice;**
- b) por solicitação do Segurado;**
- c) quando o Segurado não pagar o prêmio individual, por período superior a 180 (cento e oitenta) dias consecutivos;**
- d) com o falecimento do Segurado;**
- e) com o pagamento da garantia de Invalidez por Doença - Funcional;**
- f) imediatamente, se constatada uma das hipóteses previstas na cláusula “Perda do Direito a Indenização” destas Condições Gerais.**

13. COBRANÇA E PAGAMENTO DOS PRÊMIOS

- 13.1.** É da responsabilidade do Estipulante a cobrança dos prêmios individuais e da quitação, nos prazos contratuais, das respectivas faturas de Seguro emitidas pela Seguradora.
- 13.1.1.** A periodicidade e a forma de pagamento dos prêmios serão definidas no Contrato.
- 13.2.** Quando a data limite para pagamento do prêmio cair em dia em que não haja expediente bancário, a quitação poderá ser efetuado no primeiro dia útil em que houver expediente bancário.
- 13.3.** O pagamento do prêmio individual até a data de seu vencimento manterá o seguro em vigor até o último dia do período da garantia a que se referir, ressalvadas as hipóteses de cancelamento do seguro, previstas nestas Condições Gerais e nas demais disposições contratuais.
- 13.4.** Quando a forma de cobrança do prêmio for a de desconto ou consignação em folha de pagamento, seja prêmio individual ou prêmio global, o Estipulante, salvo nos casos de cancelamento da apólice, somente poderá interromper o recolhimento em caso de perda do vínculo ou mediante pedido do Segurado por escrito.
- 13.5.** **É vedado ao Estipulante recolher dos Segurados, a título de prêmio do seguro, qualquer valor além daquele fixado pela Seguradora e a ela devido. Caso o Estipulante receba, juntamente com o prêmio, qualquer quantia que lhe for devida, seja a que título for, fica obrigado a destacar no documento utilizado na cobrança o valor do prêmio de cada Segurado.**
- 13.6.** **É vedada a cobrança de qualquer taxa de inscrição ou intermediação.**
- 13.7.** Quando o Estipulante fizer jus a qualquer remuneração, inclusive a título de pró-labore, seu valor será estabelecido no Contrato.
- 13.8.** **Em caso de atraso no pagamento do prêmio, incidirão sobre este, os seguintes encargos: multa de 2% (dois por cento) sobre o valor da parcela em atraso, juros de 1% (um por cento) ao mês e a atualização monetária pela variação do Índice do IPCA/IBGE (Índice de Preços ao Consumidor Amplo) ambos contados desde a data do vencimento da parcela até o efetivo pagamento.**
- 13.8.1.** Em caso de extinção do IPCA/IBGE, a atualização monetária de que trata este item será feita pelo índice que vier a substituí-lo.

14. SUSPENSÃO DE GARANTIA E CANCELAMENTO EM CASO DE NÃO PAGAMENTO DO PRÊMIO

- 14.1.** **Em caso de atraso no(s) pagamento(s) do(s) prêmio(s) global(is) por prazo superior a 90 (noventa) dias, consecutivos ou não, independentemente do pagamento do(s) prêmio(s) subsequente(s), a apólice será cancelada. O Estipulante será notificado com antecedência mínima de 10 (dez) dias para que regularize o(s) prêmio(s) antes**

do efetivo cancelamento da apólice.

- 14.1.2. O pagamento das parcelas em atraso será acrescido dos encargos previstos no item 13.8, para evitar o cancelamento da apólice, considerando o disposto no próximo item.
- 14.1.3. No período de mora no pagamento do prêmio global, não haverá suspensão das garantias, sem prejuízo à cobrança dos prêmios respectivos.
- 14.2. Em caso de atraso no pagamento do prêmio individual, por prazo superior a 180 (cento e oitenta) dias, o segurado individual será cancelado, independentemente de qualquer aviso ou notificação.
 - 14.2.1. No período de mora no pagamento do prêmio individual as garantias ficarão suspensas, pelo período a que o prêmio em atraso se referir. O pagamento dos prêmios subseqüentes, reabilitará as garantias, sem retroatividade, salvo o eventual cancelamento anterior.

15. CAPITAL SEGURADO

- 15.1. O Capital Segurado de cada garantia deverá ser estabelecido contratualmente e nos respectivos Certificados Individuais.
- 15.2. **Nas apólices coletivas**, quando os Capitais Segurados não forem comuns para todos os Segurados, a escala será determinada em função de fatores objetivos, estabelecidos contratualmente.
- 15.3. Considera-se como data do evento, para efeito de determinação do Capital Segurado, para as garantias básicas, a data da ocorrência do acidente.
 - 15.3.1. Para as demais garantias adicionais, se contratadas, a data do evento será fixada nas respectivas Cláusulas Adicionais.

16. ATUALIZAÇÃO DE VALORES E RECÁLCULO DO VALOR DO CAPITAL SEGURADO

- 16.1. O Capital Segurado das garantias básicas e das garantias adicionais contratadas, e respectivos prêmios, de todos os segurados, serão reajustados na forma estabelecida contratualmente.
- 16.2. Contratualmente poderá estabelecer ainda que o valor do Capital Segurado e dos prêmios serão alterados segundo a variação do salário ou provento do Segurado.
- 16.3. **Nas apólices coletivas, o Estipulante, ou nos seguros individuais, o segurado, poderão solicitar aumento espontâneo de Capital Segurado, que dependerá da aceitação da Seguradora.**

17. TAXA DO SEGURO

17.1. A taxa do seguro para cálculo do prêmio será estabelecido contratualmente.

18. BENEFICIÁRIO

18.1. Cabe ao Segurado, a qualquer tempo, nomear ou substituir seus Beneficiários, mediante manifestação por escrito à Seguradora, ressalvadas as restrições legais.

18.1.1. Será considerada, em caso de sinistro, a última alteração de Beneficiários feita pelo Segurado, desde que recebida pela Seguradora antes do pagamento do Capital Segurado a quem de direito. Caso a Seguradora não seja cientificada oportunamente da alteração, desobrigar-se-á pagando o capital segurado ao antigo beneficiário.

18.2. A alteração só poderá ser efetuada se o Segurado não tiver renunciado previamente a essa faculdade, ou se o seguro não tiver como causa declarada a garantia de alguma obrigação. Não será aceita designação ou substituição de Beneficiário por meio de procuração.

18.3. Não havendo indicação de Beneficiário, a indenização será paga de acordo com o que estabelece a Lei, ou seja, metade ao cônjuge sobrevivente e metade aos herdeiros do Segurado, obedecida a ordem de vocação hereditária.

19. OCORRÊNCIA DE SINISTRO

19.1. Ocorrido o sinistro, deverá ser ele comunicado, por escrito, à Seguradora, pelo Estipulante ou pelo Segurado ou seus Beneficiários. logo que o saiba.

19.2. Da comunicação deverão constar: nome completo, nº do CPF e data de nascimento do segurado, data, hora, local e causa do sinistro.

19.3. A comunicação não exonera o Segurado ou seu(s) Beneficiário(s) de apresentar(em) o formulário Aviso de Sinistro, contendo todas as circunstâncias que o envolvem.

19.4. O Segurado vítima do sinistro deverá recorrer imediatamente, à sua custa, aos serviços de médicos legalmente habilitados, submetendo-se ao tratamento exigido para uma cura completa.

20. PAGAMENTO DO CAPITAL SEGURADO

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

20.2. As despesas efetuadas com a comprovação do evento e documentos de habilitação dos Beneficiários correrão por conta dos interessados, salvo as diretamente realizadas pela

Seguradora.

20.3. O pagamento de qualquer Capital Segurado ou de indenização decorrente do presente seguro será efetuado em até 30 (trinta) dias, após a entrega de todos os documentos básicos abaixo relacionados, observado o item 20.6 e 20.6.1, destas Condições Gerais:

➤ **Morte Acidental**

- Formulário “Aviso de Sinistro”, devidamente preenchido e assinado pelo(s) beneficiários(s);
- Cópia do RG (carteira de identidade) e C.P.F. (Cadastro de Pessoa Física) do Segurado;
- Cópia do comprovante de residência do Segurado;
- Cópia da Certidão de Óbito;
- Cópia da Ficha de Registro de Empregado, quando tratar-se de Apólice Coletiva, cujo vínculo prévio seja empregatício;
- Cópia dos 3 (três) últimos comprovantes de salário, quando tratar-se de Apólice Coletiva, cujo vínculo prévio seja empregatício;
- Comprovante de pagamento do prêmio do seguro referente aos 3 últimos meses imediatamente anteriores ao sinistro;
- Cópia do termo de rescisão do contrato de trabalho, devidamente assinado pelo empregador e pelo representante do empregado, quando tratar-se de Apólice Coletiva, cujo vínculo prévio seja empregatício;
- Cópia do Laudo do Exame de Dosagem Alcoólica e/ou Toxicológico, se houver;
- Cópia da CNH (Carteira Nacional de Habilitação) em caso de acidente com veículo dirigido pelo Segurado;
- Cópia do Boletim de Ocorrência Policial, se houver;
- Cópia da Comunicação de Acidente do Trabalho (C.A.T.), se houver;
- Cópia do Laudo Necroscópico - I.M.L. (Instituto Médico-Legal), se realizado;
- Cópia da perícia técnica realizada no local de acidente, se houver;
- Termo de depoimento de testemunhas, se houver;
- Relatório do delegado, se houver.
- Comprovante de indicação dos beneficiários assinado pelo segurado.

Não havendo indicação de beneficiários, apresentar ainda:

- Declaração original assinada pelo estipulante, formalizando que não houve designação de beneficiários;
- Declaração original assinada pelos interessados, constando o estado civil do segurado por ocasião do falecimento, se mantinha união estável, e quais os herdeiros legais deixados (todos).

➤ **Documentação para habilitação do(s) Beneficiário(s):**

- Cópia do RG (carteira de identidade), C.P.F. (Cadastro de Pessoa Física), comprovante de residência e via original do formulário “Autorização para

Crédito” totalmente preenchido e assinado por cada um do(s) beneficiário(s);

- **Cônjuge: Certidão de Casamento atualizada;**
- **Companheiro(a): Comprovação de união estável por ocasião da ocorrência do sinistro;**
- **Filhos: Certidão de Nascimento.**

➤ **Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente (IPA)**

- **Formulário “Aviso de Sinistro”, devidamente preenchido e assinado pelo médico que atendeu o Segurado por ocasião do acidente, com especialidade e CRM, e pelo segurado;**
- **Cópia do RG (carteira de identidade) e C.P.F. (Cadastro de Pessoa Física) do Segurado;**
- **Cópia do comprovante de residência do segurado;**
- **Formulário “Autorização para Crédito” original, totalmente preenchido e assinado pelo segurado;**
- **Cópia da CNH (Carteira Nacional de Habilitação) em caso de acidente com veículo dirigido pelo Segurado;**
- **Cópia do Boletim de Ocorrência Policial, se houver;**
- **Cópia da Comunicação de Acidente do Trabalho (C.A.T.), se houver;**
- **Cópia do Laudo do Exame de Dosagem Alcoólica e/ou Toxicológico, se houver;**
- **Cópia da Ficha de Registro de Empregado, quando tratar-se de Apólice Coletiva, cujo vínculo prévio seja empregatício;**
- **Cópia dos 3 (três) últimos comprovantes de salário, quando tratar-se de Apólice Coletiva, cujo vínculo prévio seja empregatício;**
- **Comprovante de pagamento do prêmio do seguro referente aos 3 últimos meses imediatamente anteriores ao sinistro;**
- **Cópia da perícia técnica realizada no local de acidente, se houver;**
- **Termo de depoimento de testemunhas, se houver;**
- **Relatório do delegado, se houver.**

➤ **Despesas Médico Hospitalar e Odontológicas (DMHO)**

Além dos documentos relacionados acima, para o caso de Despesas Médico Hospitalar e Odontológicas, providenciar:

- **Notas fiscais e recibos originais das despesas médicas, hospitalares e/ou odontológicas;**
- **As notas fiscais referentes a despesas com medicamentos devem ser acompanhadas das respectivas prescrições médicas.**

No caso de retenção das Notas Fiscais originais pela Seguradora garantidora do seguro obrigatório DPVAT, em caso de acidente automobilístico, serão aceitas cópias autenticadas das Notas Fiscais, desde que acompanhadas de declaração emitida pelo responsável da referida seguradora, indicando quais as notas originais retidas, e

informando o valor que será reembolsado a título de primeiro risco através do DPVAT.

➤ **Diárias de Incapacidade Temporária por Acidente (DIT)**

- Formulário “Aviso de Sinistro”, devidamente preenchido e assinado pelo médico que atendeu o Segurado por ocasião do afastamento, com especialidade e CRM, e pelo segurado;
- Cópia do RG (carteira de identidade) e C.P.F. (Cadastro de Pessoa Física) do Segurado;
- Cópia do comprovante de residência do segurado;
- Formulário “Autorização para Crédito” original, totalmente preenchido e assinado pelo segurado;
- Declaração assinada pelo médico do Segurado constando o período necessário de afastamento de todas as atividades laborativas, justificando o período indicado;
- Cópia da CNH (Carteira Nacional de Habilitação) em caso de acidente com veículo dirigido pelo Segurado;
- Cópia do Boletim de Ocorrência Policial, se houver;
- Cópia da Comunicação de Acidente do Trabalho (C.A.T.), se houver;
- Cópia do Laudo do Exame de Dosagem Alcoólica e/ou Toxicológico, se houver;
- Cópia da Ficha de Registro de Empregado, quando tratar-se de Apólice Coletiva, cujo vínculo prévio seja empregatício;
- Cópia dos 3 (três) últimos comprovantes de salário, quando tratar-se de Apólice Coletiva, cujo vínculo prévio seja empregatício;
- Comprovante de pagamento do prêmio do seguro referente aos 3 últimos meses imediatamente anteriores ao sinistro;
- Cópia da perícia técnica realizada no local de acidente, se houver;
- Termo de depoimento de testemunhas, se houver;
- Relatório do delegado, se houver.

- 20.3.1. O não fornecimento da documentação solicitada acarreta a suspensão do prazo para pagamento da indenização.**
- 20.4.** Poderá ser exigida a autenticação das cópias de todos os documentos necessários à análise da Seguradora.
- 20.5. Independentemente dos documentos acima, a MetLife poderá, consultar, livremente e a seu critério exclusivo, especialistas de sua indicação, para apurar comprovação ou não do evento.**
- 20.6.** A documentação listada acima não é restritiva. A Seguradora poderá, no caso de dúvida fundada e justificável, solicitar outros documentos que se façam necessários, durante o processo de análise do sinistro, para sua completa elucidação.

- 20.6.1. Caso a Seguradora exija a apresentação de outros documentos, o prazo de 30 (trinta) dias previsto no item 20.3 acima será suspenso, voltando a correr a partir do primeiro dia útil subsequente aquele em que forem completamente atendidas as exigências.**
- 20.7. Caso haja atraso no pagamento do capital ou da indenização, a importância devida pela Seguradora, relativa ao evento coberto, será atualizada com base na variação do IPCA/IBGE (Índice de Preços ao Consumidor Amplo), desde a data do sinistro até a data do efetivo pagamento, acrescida de multa de 2% (dois por cento) e juros de mora de 1% (um por cento) ao mês, contados a partir da mora.**
- 20.9. Os encargos decorrentes de eventual tradução para a língua portuguesa dos documentos necessários ao recebimento de indenização correrão totalmente a cargo da Seguradora.**
- 20.10. A solicitação de documentos e as demais providências ou atos que a Seguradora venha a praticar após o sinistro não importam, por si só, no reconhecimento da obrigação de pagar o capital segurado ou qualquer indenização.**
- 20.11. O pagamento do Capital Segurado será na forma de pagamento único, salvo se for definido contratualmente o pagamento na forma de renda certa.**

21. PERÍCIA MÉDICA/JUNTA MÉDICA

- 21.1. A Seguradora poderá, a seu critério, submeter o Segurado a exame (perícia) para comprovação da invalidez e/ou avaliação do nível de incapacidade. No caso de divergências e dúvidas de natureza médica relacionadas ao objeto do Seguro, sobre a causa, natureza ou extensão das lesões, bem como a avaliação da incapacidade ou ainda sobre matéria médica não prevista expressamente na Apólice será proposta pela Seguradora, por meio de correspondência escrita ao segurado, no prazo de 15 (quinze) dias, a contar da data da contestação, a constituição de uma junta médica.**
- 21.2. A junta médica será constituída por 3 (três) membros, sendo um nomeado pelo Segurado, outro pela Seguradora e, um terceiro, desempatador, escolhido pelos dois nomeados. Cada uma das partes pagará os honorários do médico que tiver designado; os do terceiro serão pagos, em partes iguais, pelo Segurado e pela Seguradora.**
- 21.3. O prazo para constituição da junta médica será de, no máximo, 15 (quinze) dias, a contar da data da indicação do membro nomeado pelo Segurado.**

22. PERDA DO DIREITO À INDENIZAÇÃO

- 22.1. A Seguradora não pagará nenhum capital ou indenização, com base no presente**

seguro se o Estipulante, Segurado, seu representante legal, ou seu Corretor de Seguros fizer declarações inexatas ou omitir circunstâncias que possam influir na aceitação da Proposta de Contratação ou da Proposta de Adesão ou no valor do Prêmio.

- 22.2. Se a inexatidão ou a omissão nas declarações não resultar de má-fé do Segurado, a Seguradora poderá:**
- 22.2.1. Na hipótese de não ocorrência do Sinistro:**
- a) cancelar o seguro, retendo, do prêmio originalmente pactuado, a parcela proporcional ao tempo decorrido; ou**
 - b) mediante acordo entre as partes, permitir a continuidade do seguro, cobrando a diferença de prêmio cabível ou restringindo a garantia contratada.**
- 22.2.2. Na hipótese de ocorrência de Sinistro com pagamento parcial do Capital Segurado ou Indenização:**
- a) cancelar o seguro, após o pagamento da indenização, retendo, do prêmio originalmente pactuado, acrescido da diferença cabível, a parcela calculada 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 Beneficiário ou restringindo a garantia contratada para riscos futuros.**
- 22.2.3. Na hipótese de ocorrência de Sinistro com pagamento integral do Capital Segurado ou Indenização, cancelar o seguro, após o pagamento da indenização, deduzindo, do valor a ser indenizado, a diferença de prêmio cabível.**
- 22.3. O segurado perderá o direito à indenização ainda pelas seguintes razões:**
- a) inobservância das obrigações convencionadas neste Seguro;**
 - b) dolo, fraude ou sua tentativa, simulação ou culpa grave para obter ou majorar a indenização ou ainda se o Segurado ou Beneficiário tentar obter vantagem indevida com o sinistro;**
 - c) inobservância do artigo 768 do Código Civil, que dispõe que o Segurado perderá o direito à garantia do seguro se agravar intencionalmente o risco objeto do Contrato.**
- 22.4. Em qualquer das hipóteses acima não haverá restituição de prêmio, ficando a Seguradora isenta de quaisquer responsabilidades.**
- 23. ALTERAÇÕES DO CONTRATO**
- 23.1. O presente seguro poderá ser alterado, a qualquer tempo, mediante acordo entre as partes contratantes.**
- 23.1.1. Qualquer modificação na apólice vigente, que acarretar ônus ou dever para os Segurados ou redução de seus direitos, dependerá da anuência prévia e expressa**

de Segurados que representem, no mínimo, 3/4 (três quartos) do grupo segurado. Esta disposição não se aplica aos seguros individuais.

24. OUTRAS OBRIGAÇÕES DO ESTIPULANTE

24.1. Sem prejuízo das demais obrigações previstas nestas Condições Gerais e demais disposições contratuais, constituem, ainda, obrigações do Estipulante:

- a) fornecer à Seguradora todas as informações necessárias para a análise e aceitação do risco, previamente estabelecidas pela Seguradora, incluindo dados cadastrais;
- b) manter a Seguradora informada a respeito dos dados cadastrais dos Segurados, alterações na natureza do risco coberto, bem como quaisquer eventos que possam, no futuro, resultar em sinistro, de acordo com o definido contratualmente;
- c) fornecer ao Segurado, sempre que solicitado, quaisquer informações relativas ao Contrato de seguro;
- d) discriminar o valor do prêmio do seguro no instrumento de cobrança, quando este for de sua responsabilidade;
- e) repassar os prêmios à Seguradora, nos prazos estabelecidos contratualmente;
- f) repassar aos Segurados todas as comunicações ou avisos inerentes à apólice, quando for diretamente responsável pela sua administração;
- g) discriminar a razão social e, se for o caso, o nome fantasia da Seguradora responsável pelo risco, nos documentos e comunicações referentes ao seguro, emitidos para o Segurado;
- h) comunicar, de imediato, à Seguradora, a ocorrência de qualquer sinistro, ou expectativa de sinistro, referente ao grupo que representa, assim que deles tiver conhecimento, quando esta comunicação estiver sob sua responsabilidade;
- i) dar ciência aos Segurados dos procedimentos e prazos estipulados para a liquidação de sinistros;
- j) comunicar de imediato à SUSEP quaisquer procedimentos que considerar irregulares quanto ao seguro contratado;
- k) fornecer à SUSEP quaisquer informações solicitadas, dentro do prazo por ela especificado;
- l) informar a razão social e, se for o caso, o nome fantasia da Seguradora, bem como o percentual de participação no risco, no caso de co-seguro, em qualquer material de promoção ou propaganda do seguro, em carácter tipográfico maior ou igual ao do Estipulante;
- m) cumprir as determinações da SUSEP quanto à manutenção do banco de dados dos segurados e prevenção à lavagem de dinheiro.

25. MATERIAL DE DIVULGAÇÃO

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

condições da apólice e as normas deste seguro.

26. PRESCRIÇÃO

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

27. FORO

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

28. DISPOSIÇÕES FINAIS

28.1. A aceitação do seguro estará sujeita à análise do risco.

28.2. O registro deste plano na SUSEP não implica, por parte da Autarquia, incentivo ou recomendação a sua comercialização.

28.3. O Segurado poderá consultar a situação cadastral de seu corretor de seguros, no site www.susep.gov.br, por meio do número de seu registro na SUSEP, nome completo, CNPJ ou CPF.

28.4. Este seguro é estruturado no regime financeiro de repartição, portanto, não haverá devolução ou resgate de prêmios ao Segurado ou aos Beneficiários.

28.5. Este seguro é por prazo determinado tendo a Seguradora a faculdade de não renovar a apólice na data de vencimento, sem devolução dos prêmios pagos nos termos da apólice.

CLÁUSULA ADICIONAL DE DESPESAS MÉDICO-HOSPITALARES E ODONTOLÓGICAS DECORRENTES DE ACIDENTE (DMHO)

1. OBJETIVO

- 1.1. A presente cláusula, desde que contratada, garante ao segurado o reembolso, nos limites estabelecidos contratualmente, das despesas médicas, hospitalares e odontológicas, incorridas a critério médico e sob sua orientação, necessárias para o restabelecimento do Segurado, realizadas exclusivamente em consequência de Acidente Pessoal coberto, **quando este ocorrer dentro do período de vigência do Seguro contratado e desde que iniciadas nos 30 (trinta) primeiros dias contados a partir da data do Acidente Pessoal, exceto se decorrente de riscos excluídos, observados os demais termos desta Cláusula Adicional, das Condições Gerais e as demais disposições contratuais.**

2. CONCEITOS

- 2.1. **Acidente Pessoal:** Para fins desta garantia, prevalece o conceito definido no item "Definições" das Condições Gerais do Seguro.

3. FRANQUIA

- 3.1. O período de franquia será estabelecido contratualmente.

4. RISCOS EXCLUÍDOS

- 4.1. **Além dos riscos expressamente excluídos pelas Condições Gerais, não estão cobertas as despesas decorrentes de:**
- a) **estados de convalescença (após alta médica) e as despesas de acompanhantes;**
 - b) **aparelhos que se referem a órteses de qualquer natureza e a próteses, salvo as próteses pela perda de dentes naturais, decorrentes de Acidente Pessoal coberto.**

5. CAPITAL SEGURADO

- 5.1. O Capital Segurado para esta garantia deverá ser estabelecido contratualmente e nos respectivos Certificados Individuais.

6. DATA DO EVENTO

- 6.1. Considera-se como data do evento, para efeito desta garantia, a data da ocorrência do acidente.

7. INÍCIO E TÉRMINO DESTA GARANTIA

- 7.1.** A garantia compreendida por esta cláusula começa a vigorar, para todos os Segurados da Apólice, simultaneamente com o início da garantia básica, ou **data posterior, através de aditivo, quando esta garantia for contratada após entrada em vigor da garantia básica.**
- 7.2.** Além das hipóteses previstas nas Condições Gerais, a garantia a que se refere esta Cláusula cessa:
- a) simultaneamente, com o cancelamento da apólice coletiva ou da presente Cláusula;**
 - b) a partir da data em que ocorrer a exclusão do Segurado da apólice coletiva;**
 - c) com a morte do Segurado;**
 - d) com o pagamento da garantia Invalidez por Doença - Funcional.**

8. PRÊMIO

- 8.1.** O prêmio referente a esta Cláusula Adicional estará previsto contratualmente.

9. DISPOSIÇÕES GERAIS

- 9.1** A presente cláusula somente poderá ser contratada em conjunto com a garantia básica de Morte Acidental ou Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente.
- 9.2** Havendo conflito entre o disposto nas Condições Gerais e nesta Cláusula, prevalecem as constantes nesta última.
- 9.3.** Cabe ao Segurado a livre escolha dos prestadores de serviços médico-hospitalares e odontológicos, desde que legalmente habilitados.
- 9.4.** Desde que preservada a livre escolha, pode a Seguradora estabelecer acordos ou convênios com prestadores de serviço médico-hospitalares e odontológicos para facilitar a prestação de assistência ao Segurado.
- 9.5.** As despesas efetuadas no exterior devem ser ressarcidas com base no câmbio oficial de venda da data do efetivo pagamento realizado pelo Segurado, respeitando-se o limite de garantia estabelecido.
- 9.6.** Possuindo o Segurado mais de um contrato de seguro, nesta ou em outra Seguradora, garantindo Despesas Médico-Hospitalares e Odontológicas, a responsabilidade desta Seguradora por este Seguro será igual, em cada garantia, à importância obtida pelo rateio do total dos gastos efetuados proporcionalmente aos limites segurados para cada garantia em todas as apólices em vigor na data do sinistro.

CLÁUSULA ADICIONAL DE DIÁRIAS DE INCAPACIDADE TEMPORÁRIA POR ACIDENTE (DIT)

1. OBJETIVO

- 1.1. A presente cláusula, desde que contratada, garante ao segurado, dentro dos limites estabelecidos e sob as condições a seguir enumeradas, o pagamento de diárias, preestabelecidas, em caso de seu afastamento causado **por acidente pessoal coberto**, ocorrido durante a vigência do seguro, que gere comprovada necessidade de interrupção temporária e involuntária de exercer sua atividade profissional por um período superior ao período de franquia e ininterrupto, **exceto se decorrente de riscos excluídos, observados os demais termos desta Cláusula Adicional, das Condições Gerais e as demais disposições contratuais.**

2. CONCEITOS

- 2.1. **Acidente Pessoal:** para fins desta garantia, prevalece o conceito definido no item “Definições” das Condições Gerais deste Seguro.
- 2.2. **Limite de Diárias:** é a quantidade máxima de diárias a que o Segurado fará jus enquanto o mesmo estiver afastado de suas atividades por motivo de acidente, a contar do primeiro dia após o término do prazo de franquia.

3. FRANQUIA

- 3.1. É de no máximo 15 (quinze) dias ininterruptos, por evento, a ser determinado contratualmente, contados a partir da data do afastamento da atividade profissional do Segurado, por determinação médica, período durante o qual o segurado não terá direito ao recebimento das diárias para qualquer evento. Os pagamentos de Diárias de Incapacidade Temporária por Acidente serão devidos a partir do primeiro dia após o término do prazo de franquia, e ficam limitados por evento, até o limite máximo de diárias estabelecidas contratualmente.

4. RISCOS EXCLUÍDOS

- 4.1. Além dos riscos expressamente excluídos pelas Condições Gerais, estão também da garantia deste Cláusula Adicional os afastamentos decorrentes de:
- a) gravidez, parto ou aborto e suas conseqüências;
 - b) tratamento para esterilidade, fertilidade, mudança de sexo e procedimentos que visem o controle de natalidade; tratamento para impotência sexual bem como suas conseqüências;
 - c) tratamentos clínicos ou cirúrgicos com finalidade estética, plásticas (estéticas ou não) e períodos de convalescença a eles relacionados;
 - d) tratamentos para obesidade, em qualquer modalidade, inclusive gastroplastia

- reduzidora;
- e) tratamentos para senilidade, geriatria, rejuvenescimento, repouso, convalescença e suas conseqüências;
 - f) tratamentos odontológicos e ortodônticos de quaisquer espécies, salvo quando decorrentes de acidente pessoal, ocorridos dentro do período de vigência do seguro;
 - g) exames físicos de rotina, check-up, ou de investigação diagnóstica;
 - h) doenças degenerativas da coluna vertebral inclusive hérnia discal, com exceção de tratamento cirúrgico;
 - i) infecções oportunistas e doenças provocadas pela Síndrome de Imuno Deficiência Adquirida (SIDA/AIDS);
 - j) doenças mentais, psiquiátricas e “stress”;
 - k) automutilação, lesão ou ferimentos causados intencionalmente pelo Segurado;
 - l) doenças crônicas, mesmo em fase aguda, entendendo-se como tal aquelas caracterizadas por sua evolução longa e insidiosa, com período de melhora e piora, não respondendo satisfatoriamente a procedimentos terapêuticos;
 - m) atos contrários à Lei, inclusive, mas não se limitando, a não utilização de equipamentos de segurança exigidos por lei como cinto de segurança, capacete etc. e a condução de veículo automotor sem a devida habilitação, praticados pelo Segurado.

5. ÂMBITO TERRITORIAL DE GARANTIA

- 5.1. A garantia desta Cláusula Adicional é válida para os eventos ocorridos no Brasil.

6. LIMITE DE DIÁRIAS

- 6.1. O limite de diárias será estabelecido contratualmente, podendo ser de, no máximo, 365 (trezentos e sessenta e cinco) dias, não sendo cumulativas as diárias não utilizadas pelo segurado no evento anterior.

7. PAGAMENTO DA DIÁRIA DE INCAPACIDADE TEMPORÁRIA

- 7.1. **No caso de ocorrência simultânea de mais de um evento coberto, a indenização será a do evento que resulte no maior tempo de afastamento, não havendo acúmulo ou superposição de indenizações.**
- 7.2. O número de diárias a serem pagas será determinado pela Seguradora em função da necessidade comprovada de afastamento do Segurado de sua atividade profissional, fundamentado no tempo médio de dias, observado pela prática médica, análise da documentação médica e exames complementares para mesmas lesões.
- 7.3. Em todas as ocorrências poderão ser realizadas perícias médicas pelo departamento médico da Seguradora e às suas custas.

7.4. **Em caso de falecimento do segurado durante o período de pagamento das diárias devidas e ainda não quitadas, serão pagas aos beneficiários indicados.**

8. ACEITAÇÃO DE SEGURADOS

8.1. Poderão contratar a Cláusula Adicional Diárias de Incapacidade Temporária por Acidente os proponentes que atendam aos critérios de aceitação, de plena atividade profissional, perfeitas condições de saúde e o capital segurado seja compatível com a sua remuneração mensal.

9. CAPITAL SEGURADO

9.1. O Capital Segurado para esta garantia deverá ser estabelecido contratualmente e nos respectivos Certificados Individuais.

10. DATA DO EVENTO

10.1. Considera-se como data do evento, para efeito desta garantia, o primeiro dia do afastamento do segurado de todas as atividades profissionais por ele exercidas.

11. REINTEGRAÇÃO DO CAPITAL SEGURADO

11.1. A reintegração do Capital Segurado da Cláusula Adicional de Diárias de Incapacidade Temporária por Acidente é automática a cada evento.

12. INÍCIO E TÉRMINO DESTA GARANTIA

12.1. A garantia compreendida por esta cláusula começa a vigorar, para todos os Segurados da Apólice, simultaneamente com o início da garantia básica, **ou data posterior, através de aditivo, quando esta garantia for contratada após entrada em vigor da garantia básica.**

12.2. Além das hipóteses previstas nas Condições Gerais, a garantia a que se refere esta Cláusula cessa:

- a) simultaneamente, com o cancelamento da apólice coletiva ou da presente Cláusula;
- b) a partir da data em que ocorrer a exclusão do Segurado da apólice coletiva;
- c) com a morte do Segurado;
- d) com o pagamento da garantia Invalidez por Doença - Funcional.

13. PRÊMIO

13.1. O prêmio referente a esta Cláusula Adicional estará previsto contratualmente.

14. DISPOSIÇÕES GERAIS

- 14.1. A presente cláusula somente poderá ser contratada em conjunto com a garantia básica de Morte Acidental ou Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente.**
- 14.2. Havendo conflito entre o disposto nas Condições Gerais e nesta Cláusula, prevalecem as constantes nesta última.**

CLÁUSULA SUPLEMENTAR DE INCLUSÃO DE CÔNJUGE (IC)

1. OBJETIVO

- 1.1. A presente Cláusula Suplementar, desde que contratada, garante uma indenização em caso de ocorrência, com o cônjuge do Segurado, de alguma das garantias previstas contratualmente, **exceto se decorrente de riscos excluídos, observados os demais termos desta Cláusula Suplementar, das Condições Gerais e as demais disposições contratuais.**

2. CONCEITOS

- 2.1. Equipara-se ao cônjuge a(o) companheira(o) do(a) Segurado(a) , comprovada a união estável, na forma da legislação aplicável à matéria, por ocasião da ocorrência de eventual sinistro.
- 2.2. Não poderá participar desta cláusula suplementar o cônjuge que faça parte do grupo segurado como Segurado, ainda que tenha pago o prêmio.

3. CONDIÇÕES DE ACEITAÇÃO

- 3.1. Somente poderão participar do seguro os cônjuges que obedeçam as mesmas regras de aceitação do Segurado, conforme definido nas Condições Gerais e demais disposições contratuais.
- 3.2. A declaração de saúde poderá ser feita pelo Segurado, mediante o preenchimento da Proposta de Adesão. As declarações ali prestadas, serão de responsabilidade do segurado e vinculam o cônjuge não contratante.

4. GARANTIAS

- 4.1. As garantias que poderão ser contratadas para o cônjuge serão estabelecidas contratualmente.

5. RISCOS EXCLUÍDOS

- 5.1. **Estão expressamente excluídos desta garantia todos os riscos definidos como excluídos das Condições Gerais da Apólice e demais disposições contratuais.**

6. FORMA DE PARTICIPAÇÃO

- 6.1. A inclusão dos cônjuges poderá ser feita de forma:
 - a) automática: quando serão incluídos automaticamente todos os cônjuges dos

- respectivos segurados; ou
- b) facultativa: quando serão incluídos os cônjuges dos Segurados que se manifestarem pela a inclusão e, desde que aceitos previamente pela Seguradora.

7. CAPITAL SEGURADO

- 7.1. O Capital Segurado para a garantia básica do cônjuge será equivalente ao percentual expresso contratualmente, aplicável à garantia básica, não podendo ser superior a 100% (cem por cento) do capital previsto para a garantia básica do Segurado.
- 7.2. O Capital Segurado para as garantias adicionais será proporcional à garantia básica do respectivo cônjuge, conforme estabelecido contratualmente.

8. BENEFICIÁRIO DO SEGURO

- 8.1. A indenização por morte do cônjuge, será paga ao Segurado, ou ao próprio cônjuge, em caso de garantia que não exija a sua morte.

9. INÍCIO E TÉRMINO DE VIGÊNCIA

9.1. Início de vigência da cláusula

- 9.1.1. A(s) garantia(s) compreendida(s) por esta cláusula começa(m) a vigorar para todos os cônjuges da apólice, simultaneamente com o início da garantia básica do segurado, ou data posterior, através de aditivo, quando esta cláusula não integrar a apólice.

9.2. Início de vigência dos riscos individuais

- 9.2.1. A garantia dos riscos individuais previstos no seguro começará a vigorar:
- a) na data do início da garantia básica do risco individual do Segurado, quando contratada a cláusula sob a forma automática;
- b) na data da inclusão do cônjuge, quando contratada sob a forma facultativa, desde que aceito previamente pela Seguradora.

9.3. Término de vigência

- 9.3.1. Além das hipóteses previstas nas Condições Gerais, a garantia a que se refere esta Cláusula cessará individualmente para os cônjuges, ficando a Seguradora isenta de qualquer responsabilidade:
- a) simultaneamente, com o cancelamento da Apólice ou da presente Cláusula;
- b) a partir da data em que ocorrer a exclusão do Segurado da apólice;
- c) de imediato, com a morte do Segurado, independentemente de qualquer aviso ou notificação;
- d) com o pagamento da garantia de Invalidez por Doença – Funcional, do segurado;

- e) em caso de separação judicial ou divórcio, ou término da união estável, seja ou não comunicado este fato à Seguradora;
- f) a pedido do Segurado, quando aplicável;
- g) com a morte do cônjuge segurado por esta Cláusula Suplementar.

10. PRÊMIO

10.1. O prêmio referente a esta Cláusula estará previsto contratualmente.

11. DISPOSIÇÕES GERAIS

11.1. A presente cláusula somente poderá ser contratada em conjunto com a garantia básica de Morte Acidental ou Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente do segurado.

11.2. Havendo conflito entre o disposto nas Condições Gerais e nesta Cláusula, prevalecem as constantes nesta última.

CLÁUSULA SUPLEMENTAR DE INCLUSÃO DE FILHOS (IF)

1. OBJETIVO

- 1.1. A presente Cláusula Suplementar, desde que contratada, garante uma indenização ao Segurado pela morte de seu(s) filho(s), desde que dependentes de acordo com o regulamento do imposto de renda, **exceto se decorrente de riscos excluídos, observados os demais termos desta Cláusula Suplementar, das Condições Gerais e as demais disposições contratuais.**

2. CONCEITO

- 2.1. Equiparam-se aos filhos para os efeitos desta cláusula, os enteados desde que menores e considerados dependentes do Segurado, de acordo com o regulamento do Imposto de Renda.
- 2.1.1. **Quando ambos os cônjuges pertencerem ao mesmo grupo segurado, os filhos serão incluídos uma única vez, como dependentes daquele de maior Capital Segurado, sendo este denominado Segurado para efeito desta cláusula.**

3. RISCOS EXCLUÍDOS

- 3.1. **Estão expressamente excluídos desta garantia todos os riscos definidos como excluídos das Condições Gerais da Apólice e demais disposições contratuais.**

4. FORMA DE PARTICIPAÇÃO

- 4.1. A inclusão dos filhos do Segurado será automática.

5. CAPITAL SEGURADO

- 5.1. O Capital Segurado para a garantia básica do filho será equivalente ao percentual expresso contratualmente, aplicável à garantia básica, não podendo ser superior a 100% (cem por cento) do capital previsto para a garantia básica do Segurado.
- 5.2. Para os filhos menores de 14 (quatorze) anos, esta garantia, independentemente do Capital Segurado, se limita apenas e tão somente, ao reembolso das despesas com funeral e desde que devidamente comprovadas com as notas fiscais originais, incluindo-se entre as despesas com funeral as havidas com o traslado, não estando cobertas as despesas com aquisição de terrenos, jazigos ou carneiros.

6. BENEFICIÁRIO DO SEGURO

- 6.1. A indenização por morte do filho devida por esta cláusula suplementar será paga ao Segurado.

7. GARANTIA DESTA CLÁUSULA

7.1. Poderá ser contratada exclusivamente a garantia de Morte.

8. INÍCIO E TÉRMINO DE VIGÊNCIA

8.1. Início de vigência da cláusula:

8.1.1. A garantia compreendida por esta cláusula começa a vigorar para os filhos de todos os segurados da apólice, simultaneamente com o início da garantia básica do segurado, ou data posterior, através de aditivo, quando esta cláusula não integrar a apólice.

8.2. Início de vigência dos riscos individuais

8.2.1. A garantia dos riscos individuais previstos no seguro começará a vigorar na data do início da garantia básica do risco individual do Segurado.

8.3. Término de vigência

8.3.1. Além das hipóteses previstas nas Condições Gerais da Apólice, a garantia do risco a que se refere esta Cláusula cessará individualmente para os filhos, ficando a Seguradora isenta de qualquer responsabilidade:

- a) simultaneamente, com o cancelamento da Apólice ou da presente Cláusula;
- b) a partir da data em que ocorrer a exclusão do Segurado da apólice;
- c) com o falecimento do Segurado;
- d) com o pagamento da garantia de Invalidez por Doença – Funcional, do segurado;
- e) em caso de cessação da condição de dependente do segurado, conforme definido na legislação do Imposto de Renda, independentemente de qualquer aviso ou notificação.

9. PRÊMIO

9.1. O prêmio referente a esta Cláusula estará previsto contratualmente.

10. DISPOSIÇÕES GERAIS

10.1. A presente cláusula somente poderá ser contratada em conjunto com a garantia básica de Morte Acidental ou Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente.

10.2. Havendo conflito entre o disposto nas Condições Gerais e nesta Cláusula, prevalecem as constantes nesta última.

CLÁUSULA DE DISTRIBUIÇÃO DE EXCEDENTES TÉCNICOS

1. CONCEITO

- 1.1. Excedente Técnico é o saldo positivo obtido pela seguradora na apuração do resultado técnico de uma apólice coletiva, em determinado período.
- 1.2. O período de apuração será estabelecido contratualmente, a contar do início de vigência ou da data do aniversário da apólice.

2. APURAÇÃO DO RESULTADO

- 2.1. Para fins de apuração de resultado técnico consideram-se como RECEITAS:
 - a) Prêmios de competência correspondentes ao período de apuração da apólice, efetivamente pagos, líquidos de IOF;
 - b) Estornos de sinistros computados em períodos anteriores e definitivamente não devidos;
 - c) Saldo da Reserva de IBNR do período anterior;
 - d) Recuperação de sinistros do ressegurador.
- 2.2. Para fins de apuração de resultado técnico consideram-se como DESPESAS:
 - a) Comissões de corretagem pagas durante o período de apuração;
 - b) Comissões de administração (pró-labore) pagas durante o período de apuração;
 - c) Comissões de agenciamento pagas durante o período de apuração;
 - d) Prêmios de resseguro;
 - e) Valor total dos sinistros avisados e despesas de sinistro, compreendendo, mas não limitando-se a, despesas de regulação, investigação, assistências em geral, perícias etc, ocorridos em qualquer época e ainda não considerados até o fim do período de apuração, computando-se, de uma só vez, os sinistros com pagamento parcelado;
 - f) Alterações dos valores de sinistros já considerados em apurações anteriores;
 - g) Saldo da reserva de IBNR do período;
 - h) Saldo negativo de períodos anteriores, ainda não compensados;
 - i) As despesas efetivas de administração da seguradora, acordadas com o estipulante incluindo impostos ou quaisquer outras contribuições recolhidas sobre os prêmios efetivamente pagos durante o período.
- 2.3. A reserva de IBNR (Provisão de Sinistros Ocorridos e Não Avisados) será calculada através da aplicação de um percentual, estabelecido nas condições específicas, sobre os prêmios definidos no item 2.1 (a) menos os prêmios definidos no item 2.2 (d) referentes ao período de apuração.
 - 2.3.1. No caso da não renovação da apólice na MetLife, o saldo da Reserva de IBNR do período anterior, conforme item 2.1 (c) não será considerado no cálculo no último período.
- 2.4. Como saldo da reserva de IBNR do período anterior entende-se o valor debitado a este

título, no período anterior ao da atual apuração.

- 2.5. Eventuais novos itens de receitas e despesas poderão ser incluídos na apuração de Excedente Técnico mediante prévio acordo entre seguradora e estipulante.
- 2.6. Todos os encargos incidentes sobre prêmios pagos em atraso não serão considerados, para fins de cálculo do Excedente Técnico, como receita. Os encargos contratuais incidentes sobre sinistros pagos em atraso, que não tenha sido causado pelo estipulante, serão desconsiderados como despesas, correndo à conta da seguradora.
- 2.7. **Novas inclusões de Receitas ou Despesas no cálculo previsto nesta cláusula poderão ser feitas mediante imposição do(s) órgão(s) regulador(es) ou por mútuo acordo entre as partes.**

3. ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA

- 3.1. O resultado técnico será apurado em reais, levando-se em conta a atualização monetária dos valores pela variação do IPCA.
- 3.2. As receitas e despesas serão atualizadas monetariamente até a data da distribuição do excedente técnico, desde:
 - a) o mês do pagamento dos prêmios e comissões (corretagem, agenciamento e pró-labore);
 - b) o mês do aviso dos sinistros à seguradora;
 - c) o mês da última apuração, para os saldos negativos de períodos anteriores e saldo de IBNR de período anterior;
 - d) o mês de competência para as despesas de administração da seguradora.

4. CONDIÇÕES PARA DISTRIBUIÇÃO DO EXCEDENTE

- 4.1. A distribuição do Excedente Técnico será realizada após o término do período de apuração, depois de pagas todas as faturas do período e no prazo máximo de 60 (sessenta) dias, a contar da última quitação, vedado qualquer adiantamento a título de resultados técnicos.
- 4.2. Somente será distribuído o Excedente Técnico quando, durante o período de apuração, a apólice tiver média mensal mínima de 500 (quinhentos) segurados titulares.

5. DISTRIBUIÇÃO DO EXCEDENTE

- 5.1. Será distribuído ao estipulante e/ou segurados um percentual do saldo positivo obtido, livremente convencionado entre as partes e constante do contrato.
- 5.2. Nos seguros contributários, o Excedente Técnico a ser distribuído deverá ser destinado aos segurados, na proporção do seu percentual de contribuição sobre o seu prêmio individual de seguro. Esta condição constará do Certificado Individual do segurado quando o seguro for contributário. Caberá ao estipulante fazer a distribuição.