

Vida em Grupo

Condições Gerais

MetLife[®]



ÍNDICE

CONDIÇÕES GERAIS DO SEGURO DE VIDA EM GRUPO

1. CARACTERÍSTICAS	9
2. OBJETIVO	9
3. GARANTIAS	9
4. DEFINIÇÕES	10
5. RISCOS EXCLUÍDOS	14
6. ÂMBITO TERRITORIAL DE COBERTURA	15
7. CONDIÇÕES DE ACEITAÇÃO E INCLUSÃO DE SEGURADOS	15
8. ACEITAÇÃO DA PROPOSTA DE CONTRATAÇÃO COLETIVA	16
9. VIGÊNCIA DO SEGURO	17
10. CUSTEIO DO SEGURO	18
11. COBRANÇA DOS PRÊMIOS	18
12. COBERTURA EM CASO DE NÃO PAGAMENTO DO PRÊMIO	19
13. CANCELAMENTO DA APÓLICE POR FALTA DE PAGAMENTO DE PRÊMIO	19
14. CAPITAL SEGURADO	20
15. REAJUSTE E AUMENTO DO CAPITAL SEGURADO E PRÊMIOS	20
16. REENQUADRAMENTO DE PRÊMIO EM RAZÃO DA IDADE OU DA FAIXA ETÁRIA	20
17. OCORRÊNCIA DO EVENTO	21
18. PAGAMENTO DO CAPITAL SEGURADO	21
19. PERDA DE INDENIZAÇÃO	23
20. INSTITUIÇÃO E MUDANÇA DE BENEFICIÁRIO	24
21. CESSAÇÃO DA COBERTURA DE CADA SEGURADO	25
22. CANCELAMENTO DA APÓLICE DURANTE A VIGÊNCIA	25
23. OUTRAS OBRIGAÇÕES DO ESTIPULANTE	26
24. MATERIAL DE DIVULGAÇÃO	27
25. ALTERAÇÕES DO CONTRATO	27
26. PRESCRIÇÃO	27
27. FORO	27
28. DISPOSIÇÕES FINAIS	27

CLÁUSULA ADICIONAL DE INDENIZAÇÃO ESPECIAL POR MORTE ACIDENTAL (IEA)

1. OBJETIVO	28
2. CONCEITO DE ACIDENTE PESSOAL	28
3. RISCOS EXCLUÍDOS	28
4. CAPITAL SEGURADO	29
5. DATA DO EVENTO	29
6. INÍCIO E TÉRMINO DESTA GARANTIA	29
7. TAXAS	29
8. CANCELAMENTO DA PRESENTE CLÁUSULA	30
9. DISPOSIÇÕES GERAIS	30

CLÁUSULA ADICIONAL DE INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL OU PARCIAL POR ACIDENTE (IPA)

1. OBJETIVO	30
2. CONCEITOS	30
3. RISCOS EXCLUÍDOS	31
4. DATA DO EVENTO	32
5. COMPROVAÇÃO DA INVALIDEZ	32
6. REINTEGRAÇÃO DO CAPITAL SEGURADO	32
7. ACUMULAÇÃO DE INDENIZAÇÕES	33
8. TABELA PARA CÁLCULO DE PERCENTUAIS DE INDENIZAÇÃO EM CASO DE INVALIDEZ PERMANENTE	33
9. AVISO DE SINISTRO	37
10. INÍCIO E TÉRMINO DESTA GARANTIA	37
11. TAXAS	38
12. CANCELAMENTO DA PRESENTE CLÁUSULA	38
13. DISPOSIÇÕES GERAIS	38

CLÁUSULA ADICIONAL DE INVALIDEZ PERMANENTE E TOTAL POR ACIDENTE (IPTA)

1. OBJETIVO	38
2. DEFINIÇÃO	38
3. CONCEITO	39
4. RISCOS EXCLUÍDOS	40
5. ACUMULAÇÃO DAS INDENIZAÇÕES POR ACIDENTE	41
6. VALOR DA INDENIZAÇÃO	41
7. OCORRÊNCIA DO ACIDENTE	42
8. COMPROVAÇÃO DO ACIDENTE	42
9. JUNTA MÉDICA	43
10. INÍCIO E TÉRMINO DESTA GARANTIA	43
11. PRÊMIO	43
12. CAPITAL SEGURADO	43
13. DISPOSIÇÕES GERAIS	43

CLÁUSULA ADICIONAL DE INVALIDEZ POR DOENÇA – FUNCIONAL (IPD-F)

1. OBJETIVO	44
2. DEFINIÇÕES	44
3. COBERTURA	46
4. RISCOS EXCLUÍDOS	48
5. CAPITAL SEGURADO	49
6. DATA DO EVENTO	49
7. COMPROVAÇÃO DE INVALIDEZ	49
8. CARÊNCIA	50

9. INÍCIO E TÉRMINO DESTA GARANTIA	50
10. PRÊMIO	50
11. DISPOSIÇÕES GERAIS	50
ANEXO À CLÁUSULA ADICIONAL DA GARANTIA DE INVALIDEZ POR DOENÇA - FUNCIONAL INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DE INVALIDEZ FUNCIONAL - IAIF	51

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

1. OBJETIVO	53
2. DEFINIÇÕES	53
3. CARÊNCIA	54
4. FRANQUIA	54
5. RISCOS EXCLUÍDOS	54
6. ÂMBITO TERRITORIAL DE COBERTURA	55
7. LIMITE DE DIÁRIAS	55
8. COMPROVAÇÃO DA INCAPACIDADE TEMPORÁRIA	55
9. PAGAMENTO DA DIÁRIA DE INCAPACIDADE TEMPORÁRIA	55
10. ACEITAÇÃO DE SEGURADOS	56
11. CESSAÇÃO DA GARANTIA ADICIONAL DE DIÁRIA DE INCAPACIDADE TEMPORÁRIA POR ACIDENTE OU DOENÇA	56
12. DATA DO EVENTO	57
13. REINTEGRAÇÃO	57
14. DISPOSIÇÕES GERAIS	57

CLÁUSULA ADICIONAL DE REEMBOLSO E/OU ASSISTÊNCIA DE FUNERAL

1. OBJETIVO	57
2. REEMBOLSO DE VALORES	57
3. SERVIÇOS DE ASSISTÊNCIA FUNERAL	58
4. RISCOS EXCLUÍDOS	58
5. INEXISTÊNCIA DE GARANTIA	59
6. PRAZO DE VIGÊNCIA E CANCELAMENTO	59
7. EXTINÇÃO DA COBERTURA	60
8. OCORRÊNCIA DE SINISTRO	60
9. PRÊMIO DE SEGURO	60
10. CAPITAL SEGURADO E VALOR DE TRASLADO	61

CLÁUSULA ADICIONAL DE FORNECIMENTO DE CESTA BÁSICA

1. OBJETIVO	61
2. BENEFICIÁRIOS	61
3. ÂMBITO TERRITORIAL	61
4. EVENTO COBERTO	61

5. DESCRIÇÃO DO SERVIÇO	61
6. PRAZO DE VIGÊNCIA E CANCELAMENTO	62
7. PRÊMIO DE SEGURO	63
8. RESPONSABILIDADES	63
9. DISPOSIÇÕES GERAIS	63

CLÁUSULA ADICIONAL DE DESPESAS DIVERSAS

1. OBJETIVO	63
2. EVENTO COBERTO	63
3. PRAZO DE VIGÊNCIA E CANCELAMENTO	64
4. PRÊMIO DE SEGURO	64
5. PAGAMENTO DO CAPITAL	64
6. RISCOS EXCLUÍDOS	64

CLÁUSULA SUPLEMENTAR DE INCLUSÃO DE CÔNJUGE (IC)

1. OBJETIVO	64
2. CONCEITOS	64
3. CONDIÇÕES DE ACEITAÇÃO	65
4. GARANTIAS	65
5. RISCOS EXCLUÍDOS	65
6. FORMA DE PARTICIPAÇÃO	65
7. CAPITAL SEGURADO	65
8. BENEFICIÁRIO DO SEGURO	66
9. VIGÊNCIA DA CLÁUSULA	66
10. TÉRMINO DE VIGÊNCIA	66
11. TAXAS	66
12. CANCELAMENTO DA PRESENTE CLÁUSULA	66
13. DISPOSIÇÕES GERAIS	67

CLÁUSULA SUPLEMENTAR DE INCLUSÃO DE FILHOS (IF)

1. OBJETIVO	67
2. CONCEITO	67
3. RISCOS EXCLUÍDOS	67
4. CAPITAL SEGURADO	67
5. BENEFICIÁRIO DO SEGURO	68
6. GARANTIAS DESTA CLÁUSULA	68
7. VIGÊNCIA DA CLÁUSULA	68
8. TÉRMINO DE VIGÊNCIA	68
9. TAXAS	68
10. CANCELAMENTO DA PRESENTE CLÁUSULA	69
11. DISPOSIÇÕES GERAIS	69

CLÁUSULA DE DISTRIBUIÇÃO DE EXCEDENTES TÉCNICOS

1. CONCEITO	69
2. APURAÇÃO DO RESULTADO	69
3. ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA	70
4. CONDIÇÕES PARA DISTRIBUIÇÃO DO EXCEDENTE	70
5. DISTRIBUIÇÃO DO EXCEDENTE	71

CONDIÇÕES GERAIS DO SEGURO DE VIDA EM GRUPO

1. CARACTERÍSTICAS

- 1.1. A METROPOLITAN LIFE SEGUROS E PREVIDÊNCIA PRIVADA S/A, doravante denominada Seguradora, institui o Seguro de Vida em Grupo, 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) 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 desde que respeitadas as demais cláusulas destas Condições Gerais e, se houver, do Contrato, das Cláusulas Adicionais e Suplementares.

3. GARANTIAS

- 3.1. As garantias deste seguro são:

3.1.1. Básica - Morte

Garante ao(s) Beneficiário(s) o pagamento do Capital Segurado individual contratado para esta garantia em caso de morte do Segurado, seja natural, seja acidental, devidamente coberta, exceto se decorrente de riscos excluídos, observadas as demais cláusulas destas Condições Gerais e, se houver, das cláusulas adicionais e do Contrato.

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

- a) Indenização Especial por Morte Acidental (IEA);
- b) Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente (IPA);
- c) Invalidez Permanente Total por Acidente (IPTA);
- d) Invalidez por Doença - Funcional (IPD-F);
- e) Diárias de Incapacidade Temporária por Acidente ou Doença (DIT);
- f) Reembolso ou Assistência Funeral;
- g) Fornecimento de Cesta Básica;
- h) Despesas Diversas.

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

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

3.3. O Estipulante deverá informar no formulário denominado "Proposta de Contratação", quais garantias pretende contratar.

3.3.1. As garantias contratadas estarão expressas no Contrato e no Certificado Individual.

3.3.2. A definição, as normas e riscos excluídos pertinentes às demais garantias previstas no item 3.1. estão dispostas nas respectivas cláusulas adicionais.

4. DEFINIÇÕES

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

4.1.1. **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 ou invalidez permanente, total ou parcial, da Segurado.

4.1.1.1. Incluem-se, ainda, nesse conceito:

- a) o suicídio, ou a sua tentativa, após dois anos da contratação do seguro ou de sua recondução depois de suspenso, que será equiparado, para fins de indenização, 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.

4.1.1.2. Excluem-se desse conceito:

- 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) as lesões decorrentes, dependentes, predispostas ou facilitadas por esforços repetitivos ou microtraumas cumulativos, ou que tenham relação de causa e efeito com os mesmos, assim como as lesões classificadas 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 conseqüências pós-tratamentos, inclusive cirúrgicos, em qualquer tempo;
- d) as situações reconhecidas por instituições oficiais de previdência ou assemelhadas, como “invalidez acidentária”, nas quais o evento causador da lesão não se enquadre integralmente na caracterização de invalidez por acidente pessoal, definido no subitem 4.1.1.

4.1.2. **Apólice:** é o documento escrito, emitido pela Seguradora, que instrumentaliza o Contrato de seguro celebrado entre a Seguradora e o Estipulante, e que é integrado por estas Condições Gerais, e, se houver, pela cláusula adicional. A apólice prova a existência e o conteúdo do Contrato de seguro.

4.1.3. **Beneficiário(s):** é(são) a(s) pessoa(s) designada(s) pelo Segurado para receber o valor do Capital Segurado, na hipótese de sua morte devidamente coberta. No caso das garantias previstas sem a morte do segurado, quando houver, o Beneficiário será o próprio Segurado.

4.1.4. **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.

4.1.5. **Carência:** é o período de tempo ininterrupto, contado da data do início de vigência do certificado individual, do aumento do capital ou da sua recondução depois de suspenso, durante o qual o segurado permanece no seguro sem ter direito às garantias contratadas, sem prejuízo do pagamento dos prêmios individuais. A carência poderá ser total ou parcial, abrangendo todas as garantias ou algumas delas, exceto as garantias de acidente pessoal.

4.1.6. **Carregamento:** é o percentual incidente sobre os prêmios pagos pelo Segurado e/ou Estipulante para fazer face às despesas administrativas e comerciais do Seguro.

- 4.1.7. **Certificado Individual do Segurado:** 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 prêmio.
- 4.1.8. **Condições Contratuais:** é o conjunto de disposições que regem a contratação, incluindo as constantes da Proposta de Contratação, das Condições Gerais, das Cláusulas adicionais, da apólice, do Contrato, do Cartão de Movimentação ou da Proposta de Adesão e do Certificado Individual.
- 4.1.9. **Cláusula Adicional:** é o conjunto de cláusulas que especificam as garantias contratadas pelo Estipulante dentro de um mesmo plano de seguro.
- 4.1.10. **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 do Estipulante.
- 4.1.11. **Contrato:** é o instrumento jurídico firmado entre o Estipulante e a Seguradora que estabelece as peculiaridades da contratação do plano coletivo e fixam os direitos e obrigações do Estipulante, da Seguradora, dos Segurados e dos Beneficiários.
- 4.1.12. **Doenças, 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.
- 4.1.13. **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 regulação em vigor, sendo identificado como Estipulante-instituidor quando participar, total ou parcialmente, do custeio do prêmio, e como Estipulante-averbador quando não participar do custeio.
- 4.1.14. **Evento Coberto:** é o acontecimento futuro e incerto, previsto nas garantias do seguro, ocorrido durante sua vigência e não excluído nas Condições Gerais, Cláusulas Adicionais ou do Contrato, capaz de acarretar obrigações pecuniárias à Seguradora em favor do Segurado ou de seus Beneficiários.
- 4.1.15. **Excedente Técnico:** é o saldo positivo obtido pela Seguradora na apuração do resultado operacional de uma apólice coletiva, em determinado período.
- 4.1.16. **Franquia:** é a participação obrigatória do Segurado em caso de sinistro, e que será aplicada sobre o total de prejuízos indenizáveis.

- 4.1.17. **Grupo Segurado:** é aquele constituído pelos componentes do Grupo Segurável, regularmente aceitos e incluídos na apólice coletiva, nos termos destas Condições Gerais.
- 4.1.18. **Grupo Segurável:** é aquele constituído pela totalidade das pessoas físicas que mantêm vínculo com o Estipulante que, estando em boas condições de saúde, podem aderir ou ser incluídas no seguro, desde que atendam aos demais requisitos estabelecidos nestas Condições Gerais e, se houver, na cláusula adicional e no Contrato.
- 4.1.19. **Indenização:** é o valor a ser pago pela Seguradora na ocorrência do sinistro, limitado ao valor do Capital Segurado da respectiva garantia contratada.
- 4.1.20. **Nota Técnica Atuarial:** é o documento que contém a descrição e o equacionamento técnico do Seguro a que se referem estas Condições Gerais.
- 4.1.21. **Prêmio:** é o valor a ser pago à Seguradora em contraprestação às garantias contratadas. O pagamento em dia do prêmio é imprescindível para que o Segurado ou os Beneficiários possam fazer jus às garantias deste seguro. Cada garantia determinará a cobrança de um prêmio correspondente.
- 4.1.22. **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.
- 4.1.23. **Proposta de Adesão ou Cartão de Movimentação:** é o documento em que o proponente, pessoa física, expressa a intenção de aderir à contratação coletiva, manifestando pleno conhecimento das condições contratuais.
- 4.1.24. **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, se houver, nas Cláusulas Adicionais e no Contrato.
- 4.1.25. **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 cobertura dos eventos cobertos e das despesas de comercialização e administração, apurados neste mesmo período.
- 4.1.26. **Riscos Excluídos:** são aqueles riscos, previstos nas Condições Gerais, Cláusulas Adicionais e/ou no Contrato, que não serão cobertos pelo presente seguro.

- 4.1.27. **Segurados Dependentes:** são os cônjuges/companheiras(os), filhos e enteados considerados dependentes do Segurado pela Legislação do Imposto de Renda e/ou da Previdência Social, regularmente incluídos no seguro.
- 4.1.28. **Segurado:** é a pessoa física que mantém vínculo com o Estipulante, regularmente incluída e aceita no seguro.
- 4.1.29. **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, das Condições Gerais, das Cláusulas Adicionais e do Contrato.
- 4.1.30. **Sinistro:** é a ocorrência de um evento coberto pelas garantias contratadas, desde que estas estejam em vigor, e capaz de acarretar obrigações pecuniárias à Seguradora.

5. RISCOS EXCLUÍDOS

- 5.1. Estão expressamente excluídos de todas as garantias deste seguro, para os Segurados Titulares e Segurados Dependentes, a morte ou a invalidez ou incapacidade conseqüentes, direta ou indiretamente, de:
- 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;
 - 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;
 - doenças, acidentes ou lesões preexistentes à inclusão do Segurado, não declaradas na Proposta de Adesão ou Cartão de Movimentação e que sejam de seu conhecimento;
 - suicídio ou sua tentativa nos 2 (dois) primeiros anos após o início de vigência do Contrato de seguro ou de sua recondução depois de suspenso;
 - atos ilícitos dolosos praticados pelo Segurado, pelo Beneficiário ou pelo representante, de um e de outro. Se o Segurado for pessoa jurídica, estão excluídos os danos causados por atos ilícitos dolosos praticados por seus sócios controladores, dirigentes e administradores, pelos Beneficiários e pelos respectivos representantes. Por atos dolosos entende-se inclusive a direção de veículos automotores e aeronaves sem a devida habilitação legal;

- f) tufões, furacões, ciclones, terremotos, maremotos, erupções vulcânicas e outras convulsões da natureza;
- g) prática de atos reconhecidamente perigosos que não sejam motivados por necessidade justificada;
- h) acidente ocorrido quando o Segurado não legalmente habilitado estiver na condução de veículo automotor e aeronaves de qualquer tipo;
- i) moléstias profissionais, mesmo quando consideradas acidentes do trabalho pela legislação previdenciária, inclusive as decorrentes ou não de microtraumas de repetição, tais como DORT (Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho), LER (Lesões por Esforços Repetitivos), Tenossinovite, etc.

6. ÂMBITO TERRITORIAL DE COBERTURA

- 6.1. Este Seguro abrange os eventos cobertos ocorridos em qualquer parte do Globo Terrestre.

7. CONDIÇÕES DE ACEITAÇÃO E INCLUSÃO DE SEGURADOS

- 7.1. A inclusão dos proponentes, titulares e dependentes, é feita por adesão a este seguro, obedecida uma das seguintes condições:

- a) **automática:** quando o seguro abranger todos os componentes do grupo segurável;
- b) **facultativa:** quando o seguro abranger somente os componentes do grupo segurável que autorizarem a sua inclusão, e a dos seus dependentes, no seguro.

- 7.2. Somente serão aceitos os componentes do grupo segurável que se encontrarem em boas condições de saúde, em serviço ativo no dia fixado para início do respectivo risco individual.

- 7.2.1. A inobservância a qualquer das condições previstas no item anterior acarretará ao participante do Grupo Segurado a perda da condição de Segurado.

- 7.3. A aceitação do seguro estará sujeita à análise do risco pela Seguradora.

- 7.4. Será estabelecida no Contrato a quantidade mínima de Segurados necessária para a aceitação e manutenção do Contrato de Seguro.

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

- 7.5.1. 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.
- 7.5.2. É facultado à Seguradora solicitar, para efeito de aceitação, informação ao proponente ou ao Segurado quanto à contratação de outros seguros de pessoas com coberturas concomitantes.
- 7.5.3. Decorrido o prazo estipulado no item 7.5 sem que tenha havido manifestação da Seguradora, a proposta será considerada como automaticamente aceita.
- 7.5.4. Caso o risco do Segurado não seja aceito 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.
- 7.5.5. A compensação do cheque ou o efetivo recebimento do valor do prêmio pela Seguradora não implica na aceitação da proposta, devendo-se observar o disposto nos itens 7.5.3. e 8.5. destas Condições Gerais.
- 7.6. 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 ele silenciou de má-fé.
- 7.6.1. A Seguradora poderá, no prazo de 15 (quinze) dias após o recebimento do aviso de agravamento do risco, dar ciência ao Segurado, por escrito, de sua decisão de cancelar o seguro ou, mediante acordo entre as partes, restringir a cobertura ou cobrar a diferença de prêmio cabível.
- 7.6.2. O cancelamento do seguro somente será eficaz 30 (trinta) dias após a notificação, devendo ser restituída a diferença de prêmio, calculada proporcionalmente ao período a decorrer. Tratando-se de seguro de pagamento mensal, não haverá qualquer restituição de prêmio.
8. **ACEITAÇÃO DA PROPOSTA DE CONTRATAÇÃO COLETIVA**
- 8.1. A Proposta de Contratação ou Carta Oferta, assinada obrigatoriamente pelo Estipulante, deverá ser entregue à Seguradora.
- 8.2. As Condições Gerais completas deste Seguro deverão estar à disposição

do Estipulante e dos Segurados, quando da apresentação da Proposta de Contratação ou Carta Oferta.

- 8.3. A Seguradora terá um prazo de 15 (quinze) dias, contados a partir da data do recebimento da proposta, 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, por parte da Seguradora, será comunicada por escrito ao Estipulante e implicará na devolução integral de qualquer pagamento de Prêmio eventualmente efetuado no prazo máximo de 10 (dez) dias corridos, 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, desde a data do pagamento até a data da efetiva devolução.

9. VIGÊNCIA DO SEGURO

9.1. Vigência dos Certificados Individuais

- 9.1.1. Os seguros individuais vigerão enquanto vigorar a Apólice, desde que respeitados os demais termos destas Condições, especialmente as hipóteses de cancelamento do contrato ou do seguro individual.
- 9.1.2. O início de vigência do risco individual, desde que o proponente seja aceito no seguro, será estabelecido no Contrato do Seguro ou terá início:
- a) a partir da zero hora do dia seguinte ao da data da efetiva aceitação da Proposta de Adesão ou do Cartão de Movimentação que tenha sido recepcionada(o) sem adiantamento de valor para futuro pagamento parcial ou total do prêmio;
 - b) a partir da zero hora do dia seguinte ao da data de recepção da Proposta de Adesão ou do Cartão de Movimentação, desde que tenha sido recepcionada(o) com adiantamento de valor para futuro pagamento parcial ou total do prêmio.
- 9.1.3. A cada Segurado incluído no seguro, assim como nas renovações da apólice coletiva, será enviado um Certificado Individual.
- 9.1.4. A garantia básica e a garantia de invalidez por doença - funcional, quando

sujeitas a período de carência, terão esta condição indicada no Contrato e no Certificado Individual.

9.2. Vigência da Apólice Coletiva

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

9.2.2. A Apólice poderá ser renovada automaticamente, por igual período, salvo se o Estipulante ou o Segurado manifestarem em sentido contrário, mediante aviso prévio, por escrito, com antecedência mínima de 60 (sessenta) dias ao final da vigência da apólice, ou ocorrer alguma das causas de cancelamento previstas nestas Condições Gerais.

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

9.2.2.2. Nos seguros contributários, caso haja, na renovação, alteração da apólice que implique em ônus ou dever aos Segurados ou redução de seus direitos, deverá haver anuência prévia e expressa de pelo menos 3/4 (três quartos) do Grupo Segurado. Esta disposição não se aplica aos seguros em que o vínculo entre o Segurado e o Estipulante seja exclusivamente securitário.

10. CUSTEIO DO SEGURO

10.1. Para fins deste Seguro e de acordo com o Contrato, o custeio pode ser:
a) **não contributário:** em que os Segurados não pagam o prêmio, recaindo o ônus totalmente sobre o Estipulante; ou
b) **contributário:** em que os Segurados pagam, total ou parcialmente, o prêmio do seguro.

11. COBRANÇA DOS PRÊMIOS

11.1. É da responsabilidade do Estipulante a cobrança dos prêmios aos Segurados e da quitação, nos prazos contratuais, das respectivas faturas e Notas de Seguro emitidas pela Seguradora.

11.2. 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 o Estipulante obrigado a destacar no documento utilizado na cobrança do prêmio o valor do prêmio de cada Segurado.

- 11.3. É vedada a cobrança de qualquer taxa de inscrição ou intermediação, nos planos de seguro de Vida em Grupo.
- 11.4. Quando o Estipulante fizer jus a qualquer remuneração, inclusive a título de pró-labore, seu valor será estabelecido no Contrato.
- 11.5. O pagamento do prêmio até a data de seu vencimento manterá o seguro em vigor até o último dia do período de cobertura a que se referir.
- 11.6. Quando a forma de cobrança do prêmio for a de desconto ou consignação em folha de pagamento, o empregador, salvo nos casos de cancelamento da apólice, somente poderá interromper o recolhimento em caso de perda do vínculo empregatício ou mediante pedido do Segurado por escrito.
- 11.7. Quando a data limite para pagamento do prêmio cair em dia em que não haja expediente bancário, o pagamento do prêmio poderá ser efetuado no primeiro dia útil em que houver expediente bancário.
- 11.8. Em caso de atraso no pagamento do prêmio, incidirão sobre este encargos de multa de 2% (dois por cento), juros de 1% (um por cento) ao mês e a atualização monetária pelo Índice de Preços ao Consumidor Amplo (IPCA/IBGE).
- 11.8.1. Em caso de extinção do IPCA/IBGE, a atualização monetária de que trata este item será feita pelo índice que vier a substituí-lo.
- 12. COBERTURA EM CASO DE NÃO PAGAMENTO DO PRÊMIO**
- 12.1. Em caso de não pagamento do prêmio, o Estipulante será notificado do atraso para que regularize os pagamentos com pelo menos 10 (dez) dias de antecedência do cancelamento. Persistindo o atraso, o seguro será cancelado no dia imediatamente posterior ao vencimento da terceira parcela não paga.
- 12.2. O Segurado deverá pagar as faturas em atraso, acrescidas dos encargos previstos no item 11.8, para evitar o cancelamento de seu seguro, considerando o disposto no próximo item.
- 12.3. Ocorrendo sinistro no período de inadimplência, antes do cancelamento final do seguro, a Seguradora realizará o pagamento do Capital Segurado ao Beneficiário indicado, sem prejuízo da cobrança dos prêmios em atraso.
- 13. CANCELAMENTO DA APÓLICE POR FALTA DE PAGAMENTO DE PRÊMIO**
- 13.1. Após 90 (noventa) dias de atraso no pagamento dos prêmios devidos, o

seguro será automaticamente cancelado. No caso de haver 3 (três) parcelas em atraso intercaladas com parcelas pagas, o seguro será cancelado de pleno direito no vencimento da terceira parcela não paga, independentemente de pagamentos anteriores entre as parcelas inadimplidas.

14. CAPITAL SEGURADO

14.1. Quando os Capitais Segurados não forem comuns para todos os Segurados, a escala será determinada em função de fatores objetivos, estabelecidos no Contrato, tais como: salário, função, estado civil, número de dependentes etc.

14.2. Considera-se como data do evento, para efeito de determinação do Capital Segurado, para a garantia básica, a data do falecimento.

14.2.1. Para as demais garantias adicionais, se contratadas, a data do evento será fixada nas respectivas Cláusulas Adicionais.

14.3. O capital máximo individual para este seguro estará determinado no Contrato e nos respectivos Certificados Individuais.

15. REAJUSTE E AUMENTO DO CAPITAL SEGURADO E PRÊMIOS

15.1. O Capital Segurado da garantia básica e das garantias adicionais contratadas, e respectivos prêmios, de todos os segurados, serão reajustados anualmente segundo a variação do IPCA/IBGE.

15.1.1. Na falta, extinção ou proibição do uso do índice definido, a atualização monetária terá por base o índice que vier a substituí-lo.

15.2. O reajuste do Capital Segurado dos Aposentados e dos Segurados Afastados será feito na mesma proporção do reajuste para os Segurados Ativos, desde que o critério de reajuste seja adotado para todos os componentes ativos.

15.3. Nos casos de aumento do Capital Segurado, caberá ao Estipulante solicitá-lo à Seguradora, por escrito, que poderá ou não aceitá-lo.

15.4. O Contrato poderá estabelecer ainda que o valor do Capital Segurado e dos prêmios poderá ser alterado segundo a variação do salário ou provento do Segurado.

16. REENQUADRAMENTO DE PRÊMIO EM RAZÃO DA IDADE OU DA FAIXA ETÁRIA

16.1. Os prêmios serão reenquadrados anualmente, de acordo com uma das seguintes opções, conforme estabelecido no Contrato:

- 16.1.1. **Por Idade:** A taxa de prêmio de cada Segurado será estabelecida conforme sua idade, de acordo com a Tabela de Taxas e Prêmios por Idade, prevista no Contrato. Para atender ao ajustamento técnico tarifário, necessário em função do aumento de idade, as taxas de prêmio sofrerão reenquadramento anual, conforme a mesma tabela já referida. Este reenquadramento ocorrerá por ocasião das renovações da apólice, ou na data de aniversário dos Segurados, conforme dispuser o Contrato.
- a) Nos seguros contratados com a Cláusula Suplementar de Inclusão de Cônjuge em que a idade do cônjuge não seja informada, será considerado como parâmetro a idade do Segurado, mais três anos, se o Segurado for do sexo feminino ou menos três anos, se o Segurado for do sexo masculino.
- 16.1.2. **Por Faixa Etária:** A taxa de prêmio de cada Segurado será estabelecida conforme sua faixa etária, de acordo com a Tabela de Taxas e Prêmios por Faixa Etária prevista no Contrato. Para atender ao ajustamento técnico tarifário, necessário em função da mudança de faixa etária, as taxas de prêmio sofrerão reenquadramento anual, conforme a mesma tabela já referida. Este reenquadramento ocorrerá por ocasião das renovações da apólice ou da data de aniversário dos Segurados, conforme dispuser o Contrato.
- a) Nos seguros contratados com a Cláusula Suplementar de Inclusão de Cônjuge em que a idade do cônjuge não seja informada, será considerado como parâmetro a idade do Segurado, mais três anos, se o Segurado for do sexo feminino ou menos três anos, se o Segurado for do sexo masculino.
17. **OCORRÊNCIA DO EVENTO**
- 17.1. Ocorrendo um dos eventos cobertos pelo seguro, deverá ser ele comunicado pelo Estipulante, pelo Segurado ou seus Beneficiários, logo que o saiba, no formulário Aviso de Sinistro, ou em carta registrada ou telegrama, dirigido à Seguradora.
- 17.2. A comunicação feita por carta ou telegrama não elimina a obrigação de apresentar o formulário Aviso de Sinistro.
18. **PAGAMENTO DO CAPITAL SEGURADO**
- 18.1. 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 quaisquer medidas tendentes à elucidação do fato.
- 18.2. As despesas efetuadas com a comprovação do evento e documentos de habilitação correrão por conta dos interessados, salvo as diretamente realizadas pela Seguradora.

18.3. 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 abaixo relacionados, observado o item 18.5, destas Condições Gerais:

Morte

- Aviso de Sinistro;
- Documento de Identidade e C.P.F. do Segurado sinistrado;
- Cópia da Certidão de Óbito;
- Declaração do Médico Assistente, indicando causa morte, com firma reconhecida;
- Cópia do Laudo do I.M.L. (Instituto Médico-Legal), se realizado;
- Cópia da Ficha de Registro de Empregado;
- Cópia do Laudo de Dosagem Alcoólica e/ou Toxicológico (em caso de acidente);
- Cópia da Carteira Nacional de Habilitação (se houver acidente de trânsito e se o Segurado for condutor do veículo acidentado);
- Cópia da Comunicação de Acidente do Trabalho, cópia do Termo Circunstanciado ou do Boletim de Ocorrência Policial (em caso de acidente);
- Cópia do comprovante de residência do segurado e de cada um do(s) beneficiário(s).
- Documentação para habilitação do(s) Beneficiário(s)
 - Documento de Identidade e C.P.F (de cada um);
 - **Cônjuge:** Certidão de casamento, atualizada;
 - **Filho ou enteado solteiro:** Certidão de nascimento;
 - **Filho ou enteado casado:** Certidão de nascimento e de casamento, esta atualizada;
 - **Pais:** Certidão de nascimento do Segurado e dos pais;
 - **Companheira(o):** prova de "união estável".
- **No caso de Beneficiários incapazes:**
 - **menores sujeitos ao poder familiar:** cópia autenticada da certidão de nascimento do menor e documentos de identificação de ambos os pais (cédula de identidade e CPF);
 - **menores sujeitos à tutela:** cópia autenticada da certidão de nascimento do menor, termo de tutela e documentos de identificação do tutor (cédula de identidade e CPF);
 - **maiores sujeitos a curatela:** cópia autenticada da certidão de nascimento do maior, termo de curatela e documentos de identificação do curador (cédula de identidade e CPF).

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

18.5. 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 liquidação.

- 18.5.1. Caso a Seguradora exija a apresentação de outros documentos, o prazo de 30 (trinta) dias previsto no item 18.3 acima será suspenso, voltando a correr a partir da data do recebimento pela Seguradora da documentação complementar.
- 18.6. Caso haja atraso no pagamento da indenização, a Seguradora pagará juros de mora de 1% (um por cento) ao mês, estes contados a partir da mora, além da atualização monetária pelo IPCA/IBGE, aplicada a partir da data do evento coberto.
- 18.7. No caso de divergências sobre a causa, natureza ou extensão das lesões, bem como a avaliação da incapacidade, a Seguradora deverá propor ao Segurado, por meio de correspondência escrita, dentro do prazo de 15 (quinze) dias, a contar da data da contestação, a constituição de junta médica.
- 18.7.1. 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.
- 18.7.2. O prazo para constituição da junta médica será de, no máximo, 15 (quinze) dias a contar da data da indicação do membro nomeado pela Seguradora.
- 18.8. As despesas efetuadas com a comprovação do sinistro e documento de habilitação dos beneficiários correrão por conta dos interessados, salvo as diretamente realizadas pela Seguradora.
- 18.9. As providências ou atos que a Seguradora praticar após o sinistro não importam, por si só, no reconhecimento da obrigação de pagar qualquer indenização.
19. **PERDA DE INDENIZAÇÃO**
- 19.1. A Seguradora não pagará qualquer indenização, com base no presente seguro se o Estipulante, Segurado, seu representante, ou seu Corretor de Seguros fizer declarações inexatas ou omitir circunstâncias que possam influir na aceitação da Proposta ou no valor do Prêmio.
- 19.2. Se a inexatidão ou a omissão nas declarações não resultar de má-fé do Segurado, a Seguradora poderá:

- 19.2.1. Na hipótese de não ocorrência do Sinistro:
- a) cancelar o seguro, retendo, do prêmio originalmente pactuado, a parcela proporcional ao tempo decorrido; ou
 - b) mediante acordo entre as partes, permitir a continuidade do seguro, cobrando a diferença de prêmio cabível ou restringindo a cobertura contratada.
- 19.2.2. Na hipótese de ocorrência de Sinistro com pagamento parcial do Capital Segurado:
- 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 cobertura contratada para riscos futuros.
- 19.2.3. Na hipótese de ocorrência de Sinistro com pagamento integral do Capital Segurado, cancelar o seguro, após o pagamento da indenização, deduzindo, do valor a ser indenizado, a diferença de prêmio cabível, efetuando o pagamento e deduzindo do seu valor a diferença de prêmio cabível.
- 19.3. 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;
 - d) não fornecimento da documentação solicitada.
- 19.4. Em qualquer das hipóteses acima não haverá restituição de prêmio, ficando a Seguradora isenta de quaisquer responsabilidades.
20. **INSTITUIÇÃO E MUDANÇA DE BENEFICIÁRIO**
- 20.1. Cabe ao Segurado, a qualquer tempo, nomear ou substituir seus Beneficiários, mediante manifestação por escrito à Seguradora, ressalvadas as restrições legais.
- 20.1.1. 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. Será válido o pagamento feito pela Seguradora se realizado antes de receber a comunicação da alteração de Beneficiário.

- 20.2. A substituição 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.
- 20.3. Não sendo instituído o 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.
- 20.4. Na hipótese de morte simultânea (comoriência) do Segurado e do(s) Segurado(s) dependente(s), os Capitais Segurados referentes às coberturas dos Segurados Titulares e Segurados dependente(s), deverão ser pagos aos respectivos Beneficiários indicados ou, na ausência destes, aos herdeiros legais dos Segurados.
- 20.5. Havendo mais de um Beneficiário indicado e vindo um deles a falecer antes do Segurado, em ocorrendo o sinistro, a parte cabível ao Beneficiário pré-morto reverterá em favor dos demais Beneficiários indicados.

21. **CESSAÇÃO DA COBERTURA DE CADA SEGURADO**

- 21.1. A cobertura de cada certificado cessará:
- a) com a cessação 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, observado o disposto no item 13.1 destas Condições Gerais;
 - e) com o falecimento do Segurado Titular ou quando, desde contratadas, as garantias adicionais previrem o cancelamento do seguro na sua respectiva Cláusula Adicional;
 - f) imediatamente, se constatada uma das hipóteses previstas na cláusula "Perda de Indenização" destas Condições;
 - g) no caso de desaparecimento de vínculo entre o Segurado e o Estipulante, aquele poderá continuar coberto pela apólice quando assumir o custo total do mesmo, desde que haja concordância do Estipulante.

22. **CANCELAMENTO DA APÓLICE DURANTE A VIGÊNCIA**

- A apólice poderá ser cancelada:
- a) por mútuo acordo entre Seguradora e Estipulante, desde que com a anuência de 3/4 (três quartos) do grupo Segurado se resultar ônus ou dever aos segurados ou a redução de seus direitos, respeitado o aviso de prévio de 60 (sessenta) dias;
 - b) pelo descumprimento de qualquer dispositivo destas Condições Gerais;

- c) se houver dolo, culpa ou prática de fraude por parte do Estipulante, no ato da contratação ou durante toda a vigência do Contrato;
- d) pelo atraso no pagamento do prêmio superior a 90 (noventa) dias, nos termos do item 13 destas Condições Gerais;
- e) a qualquer tempo, a pedido do Segurado, tratando-se de contratação cujo vínculo entre Estipulante e Segurado seja exclusivamente securitário.

23. OUTRAS OBRIGAÇÕES DO ESTIPULANTE

23.1. Sem prejuízo das demais obrigações previstas nestas Condições Gerais e, se houver, na Cláusula Adicional e no Contrato, 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 caracter tipográfico maior ou igual ao do Estipulante.

24. **MATERIAL DE DIVULGAÇÃO**

- 24.1. A propaganda e a divulgação do seguro, por parte do Estipulante, dependerá de autorização expressa e supervisão da Seguradora, respeitadas as condições da apólice e as normas deste seguro.

25. **ALTERAÇÕES DO CONTRATO**

- 25.1. O presente seguro poderá ser alterado, em qualquer tempo, mediante acordo entre as partes contratantes.
- 25.1.1. Qualquer modificação na apólice vigente, que implicar em ônus ou dever para os Segurados, ou redução de seus direitos, dependerá da anuência prévia e expressa de Segurados que representem, no mínimo, 3/4 (três quartos) do grupo segurado. Esta disposição não se aplica aos seguros em que o vínculo entre o Segurado e o Estipulante seja exclusivamente securitário.

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 às presentes Condições Gerais.

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 INDENIZAÇÃO ESPECIAL POR MORTE ACIDENTAL (IEA)

1. OBJETIVO

- 1.1. A presente cláusula, desde que contratada, garante ao(s) Beneficiário(s) o pagamento de uma indenização suplementar, em caso de morte do Segurado em consequência, exclusivamente, de acidente pessoal coberto, ocorrido durante o período de vigência desta Garantia, exceto se decorrente de riscos excluídos, observadas os demais termos desta Cláusula Adicional, das Condições Gerais e do Contrato.

2. CONCEITO DE ACIDENTE PESSOAL

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

3. RISCOS EXCLUÍDOS

- 3.1. Além dos riscos expressamente excluídos pelas Condições Gerais, estão também excluídos da garantia desta Cláusula Adicional:
- a) doenças (inclusive as profissionais, mesmo quando consideradas acidentes do trabalho pela legislação previdenciária, inclusive as decorrentes ou não de microtraumas de repetição tais como DORT - Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho, LER - Lesões por Esforços Repetitivos, Tenossinovite etc), quaisquer que sejam suas causas, ainda que provocadas, desencadeadas ou agravadas, direta ou indiretamente, por acidente;
 - b) intercorrências ou complicações conseqüentes da realização de exames, tratamentos clínicos ou cirúrgicos, quando não decorrentes de acidente coberto;
 - c) qualquer tipo de hérnia e suas conseqüências;
 - d) parto ou aborto e suas conseqüências, mesmo quando decorrentes de acidente coberto;
 - e) perturbações e intoxicações alimentares de qualquer espécie, bem como as intoxicações decorrentes da ação de produtos químicos, drogas ou medicamento, salvo quando prescritos por médico, em decorrência de acidente coberto;
 - f) os envenenamentos, ainda que acidentais, por absorção de substâncias tóxicas ou entorpecentes, quaisquer perturbações mentais, salvo a alienação mental total e incurável, decorrente de acidente coberto;
 - g) choque anafilático e suas conseqüências, mesmo que o tratamento médico ocorra em virtude de acidente pessoal coberto;
 - h) as situações reconhecidas por instituições oficiais de previdência ou assemelhadas, como "invalidez acidentária", nas quais o evento causador da lesão não se enquadre integralmente no conceito de Acidente Pessoal.

- 3.2. Os acidentes ocorridos em consequência:
- a) direta ou indireta de quaisquer alterações mentais compreendidas entre elas as conseqüentes à ação do álcool, de drogas, entorpecentes ou substâncias tóxicas, de uso fortuito, ocasional ou habitual;
 - b) tufões, furacões, ciclones, terremotos, maremotos, erupções vulcânicas e outras convulsões da natureza;
 - c) da prática de atos reconhecidamente perigosos que não sejam motivados por necessidade justificada, exceto nos casos de 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;
 - d) de acidente ocorrido quando o segurado, não legalmente habilitado, estiver na condução de veículo automotor de qualquer tipo.

4. CAPITAL SEGURADO

- 4.1. O Capital Segurado para esta Cláusula é proporcional ao Capital Segurado da garantia básica (morte) em vigor na data do acidente, sendo a proporcionalidade fixada no Contrato ou em aditivo próprio, não podendo ser superior a 100% (cem por cento) do capital segurado para a garantia básica do Segurado.

5. DATA DO EVENTO

- 5.1. Para fins desta cláusula, considera-se data do evento a data do acidente.

6. INÍCIO E TÉRMINO DESTA GARANTIA

- 6.1. A garantia compreendida por esta cláusula começa a vigorar, para todos os Segurados da Apólice, simultaneamente com o início da garantia básica, ou em data posterior, prevista em aditivo, quando esta cláusula não integrar o Contrato.
- 6.2. Além das hipóteses previstas nas Condições Gerais, a garantia do risco a que se refere esta Cláusula termina:
- 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 a morte do Segurado.

7. TAXAS

- 7.1. A taxa cobrada para a garantia concedida por esta Cláusula estará indicada no Contrato.

8. **CANCELAMENTO DA PRESENTE CLÁUSULA**

- 8.1. Esta Cláusula poderá ser cancelada nas mesmas condições estabelecidas nas Condições Gerais da apólice.

9. **DISPOSIÇÕES GERAIS**

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

CLÁUSULA ADICIONAL DE INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL OU PARCIAL POR ACIDENTE (IPA)

1. **OBJETIVO**

- 1.1. A presente cláusula tem por objetivo garantir o pagamento de indenização ao Segurado, em caso de invalidez permanente em virtude de lesão física causada por acidente devidamente coberto, mediante comprovação por laudo médico e desde que tais lesões sejam insuscetíveis de reabilitação ou recuperação pelos meios terapêuticos disponíveis no momento de sua constatação, observadas as demais disposições desta Cláusula, das Condições Gerais e do Contrato.

2. **CONCEITOS**

- 2.1. **Acidente Pessoal:** Para fins desta garantia, prevalece o conceito definido no item "Definições" das Condições Gerais deste Seguro.
- 2.2. Como invalidez permanente entende-se a perda, redução ou impotência funcional definitiva, total ou parcial, de um membro ou órgão.
- 2.3. A indenização será paga de acordo com a tabela constante no item 8 desta cláusula, calculadas as percentagens sobre o Capital Segurado vigente no dia do acidente, observado o disposto no item 7, não prevalecendo qualquer aumento de capital segurado efetuado posteriormente ao acidente.
- 2.4. No caso de perda parcial, ficando reduzidas as funções do membro ou órgão lesado, mas não abolidas por completo, a indenização será calculada pela aplicação, à percentagem prevista na tabela para sua perda total, do grau de redução funcional apresentado.
- 2.5. Nos casos de invalidez parcial não especificados na tabela, 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 no 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 (máxima, 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).

- 2.6. 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.
- 2.7. A perda ou o agravamento da redução funcional de um membro ou órgão já defeituoso antes do acidente não dá direito a indenização, salvo quando previamente declarado pelo Segurado, caso em que se deduzirá do grau de invalidez definitiva o grau de invalidez preexistente.
- 2.8. A perda de dentes, em consequência de acidente, não dá direito à indenização por invalidez permanente.

3. RISCOS EXCLUÍDOS

- 3.1. Além dos riscos expressamente excluídos pelas Condições Gerais, estão também excluídos da garantia desta Cláusula Adicional:
- a) doenças (inclusive as profissionais, mesmo quando consideradas acidentes do trabalho pela legislação previdenciária, inclusive as decorrentes ou não de microtraumas de repetição tais como DORT - Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho, LER - Lesões por Esforços Repetitivos, Tenossinovite etc), quaisquer que sejam suas causas, ainda que provocadas, desencadeadas ou agravadas, direta ou indiretamente, por acidente, bem como as suas consequências pós-tratamentos, inclusive cirúrgicos, em qualquer tempo;
 - b) intercorrências ou complicações consequentes da realização de exames, tratamentos clínicos ou cirúrgicos, quando não decorrentes de acidente coberto;
 - c) qualquer tipo de hérnia e suas consequências;
 - d) parto ou aborto e suas consequências, mesmo quando decorrentes de acidente coberto;
 - e) perturbações e intoxicações alimentares de qualquer espécie, bem como as intoxicações decorrentes da ação de produtos químicos, drogas ou medicamento, salvo quando prescritos por médico, em decorrência de

acidente coberto;

- f) os envenenamentos, ainda que acidentais, por absorção de substâncias tóxicas - ressalvado o escapamento de gases e vapores - ou entorpecentes, quaisquer perturbações mentais, salvo a alienação mental total e incurável, decorrente de acidente coberto;
- g) choque anafilático e suas conseqüências, mesmo que o tratamento médico ocorra em virtude de acidente pessoal coberto;
- h) as situações reconhecidas por instituições oficiais de previdência ou assemelhadas, como "invalidez acidentária", nas quais o evento causador da lesão não se enquadre integralmente no conceito de Acidente Pessoal.

3.2. Os acidentes ocorridos em conseqüência:

- a) direta ou indireta de quaisquer alterações mentais compreendidas entre elas as conseqüentes à ação do álcool, de drogas, entorpecentes ou substâncias tóxicas, de uso fortuito, ocasional ou habitual;
- b) tufões, furacões, ciclones, terremotos, maremotos, erupções vulcânicas e outras convulsões da natureza;
- c) da prática de atos reconhecidamente perigosos que não sejam motivados por necessidade justificada, exceto nos casos de 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;
- d) de acidente ocorrido quando o segurado, não legalmente habilitado, estiver na condução de veículo automotor de qualquer tipo.

4. DATA DO EVENTO

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

5. COMPROVAÇÃO DA INVALIDEZ

5.1. A Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente, coberta pela presente cláusula, será comprovada mediante a apresentação, à Seguradora, de declaração médica idônea a essa finalidade.

5.2. A Seguradora reserva-se 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.

6. REINTEGRAÇÃO DO CAPITAL SEGURADO

6.1. Após cada evento em que houver uma indenização por Invalidez Permanente Parcial por Acidente, o Capital Segurado relativo a esta garantia será reintegrado automaticamente sem cobrança de prêmio adicional, salvo nos casos de

invalidez permanente direta ou indiretamente decorrente do mesmo acidente.

6.2. O capital segurado para esta garantia está previsto no certificado individual.

7. **ACUMULAÇÃO DE INDENIZAÇÕES**

7.1. As indenizações por Morte Acidental e Invalidez Permanente por Acidente, quando contratadas ambas as garantias, não se acumulam. Se, depois de paga uma indenização por Invalidez Permanente por Acidente, verificar-se a morte do Segurado, ou a sua Invalidez Total e Permanente, em consequência do mesmo acidente, será deduzida, do valor do Capital Segurado a ser pago, o valor já indenizado em razão da Invalidez Parcial por Acidente.

8. **TABELA PARA CÁLCULO DE PERCENTUAIS DE INDENIZAÇÃO EM CASO DE INVALIDEZ PERMANENTE**

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

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

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

INVALIDEZ PERMANENTE	DISCRIMINAÇÃO	% SOBRE O CAPITAL
PARCIAL MEMBROS INFERIORES	Perda total do uso de um dos membros inferiores	70
	Perda total do uso de um dos pés	50
	Fratura não consolidada de um fêmur	50
	Fratura não consolidada de um dos segmentos tíbio-peroneiros.	25
	Fratura não consolidada da rótula	20
	Fratura não consolidada de um pé	20
	Anquilose total de um dos joelhos	20
	Anquilose total de um dos tornozelos	20
	Anquilose total de um quadril	20
	Perda parcial de um dos pés, isto é, perda de todos os dedos e de uma parte do mesmo pé	25
	Amputação do 1º (primeiro) dedo	10
	Amputação de qualquer outro dedo	03
	Perda total do uso de uma falange do 1º (primeiro) dedo, equivalente 1/2, e dos demais dedos, equivalentes a 1/3 do respectivo dedo.	
	Encurtamento de um dos membros inferiores	

INVALIDEZ PERMANENTE	DISCRIMINAÇÃO	% SOBRE O CAPITAL
PARCIAL MEMBROS INFERIORES	- De 5 (cinco) centímetros ou mais	15
	- De 4 (quatro) centímetros	10
	- De 3 (três) centímetros	06
	- Menos de 3 (três) centímetros: sem indenização	

PERDA DO USO DE MEMBROS SEM PERDA ANATÔMICA

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

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

INVALIDEZ PERMANENTE	DISCRIMINAÇÃO	% SOBRE O CAPITAL
DIVERSAS	Amputação total de uma orelha	08
	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
	Perda de um rim, com rim remanescente com função renal preservada	30
	Redução da função renal (não dialítica)	50
	Redução da função renal (dialítica)	75
	Perda de rim único	75
	APARELHO GENITAL E REPRODUTOR	
	Perda de um testículo	05
	Perda de dois testículos	15
	Amputação traumática do pênis	40
	Perda de um ovário	05
	Perda de dois ovários	15
	Perda do útero antes da menopausa	30
	Perda do útero depois da menopausa	10
	PESCOÇO	
	Estenose da faringe com obstáculo a deglutição	15
	Lesão do esôfago com transtornos da função motora	15
	Traqueostomia definitiva	40
	TÓRAX	
	APARELHO RESPIRATÓRIO	
	Seqüelas pós-traumáticas pleurais	10
	Ressecção total ou parcial de um pulmão (pneumectomia - parcial ou total)	
	com função respiratória preservada	15
	com redução em grau mínimo da função respiratória	25
	com redução em grau médio da função respiratória	50
	com insuficiência respiratória	75
	MAMAS (FEMININAS)	
	Mastectomia unilateral	10
Mastectomia bilateral	20	
ABDOMEM (ORGÃO E VÍSCERAS)		
Gastrectomia subtotal	20	
Gastrectomia total	40	
INTESTINO DELGADO		
Ressecção parcial	20	

INVALIDEZ PERMANENTE	DISCRIMINAÇÃO	% SOBRE O CAPITAL
DIVERSAS	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

9. AVISO DE SINISTRO

- 9.1. O Segurado deverá providenciar os seguintes documentos, além dos elencados nas Condições Gerais do Seguro de Vida em Grupo:
- Relatório do médico assistente, com firma reconhecida, informando:
 - Diagnóstico
 - Alta definitiva
 - Tratamento usado
 - Grau de invalidez
 - Reconhecimento do estado de Invalidez Permanente Total ou Parcial
 - Exames complementares disponíveis.

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

9.3. Independentemente dos documentos acima, a Seguradora poderá, examinado caso a caso, consultar, livremente e a seu critério exclusivo, especialistas de sua indicação, para apurar comprovação ou não, da invalidez.

10. INÍCIO E TÉRMINO DESTA GARANTIA

- 10.1. A garantia compreendida por esta cláusula começa a vigorar, para todos os Segurados da apólice, simultaneamente com o início da garantia básica, ou em

data posterior, prevista em aditivo, quando esta cláusula não integrar o Contrato.

- 10.2. Além das hipóteses previstas nas Condições Gerais, a garantia do risco a que se refere esta Cláusula termina:
- 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 recebimento do Capital Segurado em razão de invalidez permanente e total.

11. TAXAS

- 11.1. A taxa para a garantia concedida por esta cláusula estará indicada no Contrato.

12. CANCELAMENTO DA PRESENTE CLÁUSULA

- 12.1. Esta cláusula adicional poderá ser cancelada nas mesmas condições estabelecidas nas Condições Gerais da apólice.

13. DISPOSIÇÕES GERAIS

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

CLÁUSULA ADICIONAL DE INVALIDEZ PERMANENTE E TOTAL POR ACIDENTE (IPTA)

1. OBJETIVO

- 1.1. A presente cláusula adicional tem por objetivo garantir, dentro dos limites e sob as condições gerais, contrato do seguro e desta cláusula adicional, o pagamento de capital equivalente à garantia básica, conforme estabelecido na apólice e suas condições, em caso de invalidez permanente e total do segurado, ocorrida por acidente pessoal, dentro da vigência da apólice.
- 1.1.1. Esta Cláusula Adicional somente pode ser contratada de forma adicional às Condições Gerais do Seguro.

2. DEFINIÇÃO

- 2.1. Invalidez permanente por acidente é a perda ou impotência funcional definitiva e total, em virtude de lesão física causada por Acidente Pessoal devidamente coberto, para a qual não se pode esperar recuperação

ou reabilitação pela medicina, tendo em vista os recursos terapêuticos disponíveis no momento.

2.2. As definições utilizadas nas Condições Gerais aplicam-se também a esta Cláusula Adicional.

3. CONCEITO

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

Incluem-se, ainda, no conceito de acidente pessoal, as lesões decorrentes de:

- a) ação da temperatura do ambiente ou influência atmosférica, quando a elas o Segurado ficar sujeito em decorrência de acidente coberto;
- b) escapamento acidental de gases e vapores;
- c) seqüestros e tentativas de seqüestros;
- d) alterações anatômicas ou funcionais da coluna vertebral, de origem traumática, causadas exclusivamente por fraturas ou luxações radiologicamente comprovadas;
- e) ataques de animais e os casos de hidrofobia, envenenamento ou intoxicações deles decorrentes, excluídas as doenças infecciosas e parasitárias transmitidas por picadas de insetos;
- f) atentados e agressões, atos de legítima defesa e atos praticados por dever de solidariedade humana;
- g) choque elétrico e raio;
- h) contato com substâncias ácidas e corrosivas;
- i) tentativa de salvamento de pessoas ou bens;
- j) queda n'água ou afogamento;
- k) suicídio ou sua tentativa, após 2 (dois) primeiros anos de contratação do seguro ou de sua recondução depois de suspenso, que será equiparado, para fins de indenização, a acidente pessoal, observada legislação em vigor.

Excluem-se desse conceito:

- 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) as lesões decorrentes, dependentes, predispostas ou facilitadas por esforços repetitivos ou microtraumas cumulativos, ou que tenham relação

de causa e efeito com os mesmos, assim como as lesões classificadas 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 conseqüências pós-tratamentos, inclusive cirúrgicos, em qualquer tempo;

- d) as situações reconhecidas por instituições oficiais de previdência ou assemelhadas, como “invalidez acidentária”, nas quais o evento causador da lesão não se enquadre integralmente na caracterização de invalidez por acidente pessoal, definido no item 3.1.

4. RISCOS EXCLUÍDOS

- 4.1. Além dos riscos expressamente excluídos pelas Condições Gerais, estão também excluídos da garantia desta Cláusula Adicional:
 - a) qualquer tipo de hérnia e suas conseqüências;
 - b) o parto ou aborto e suas conseqüências, mesmo quando decorrentes de acidente coberto;
 - c) as perturbações e intoxicações alimentares de qualquer espécie, bem como as intoxicações decorrentes da ação de produtos químicos, drogas ou medicamento, salvo quando prescritos por médico, em decorrência de acidente coberto;
 - d) o suicídio ou sua tentativa nos 2 (dois) primeiros anos após o início de vigência do contrato de seguro, ou de sua recondução depois de suspenso;
 - e) os envenenamentos, ainda que acidentais, por absorção de substâncias tóxicas (ressalvado o escapamento de gases e vapores) ou entorpecente;
 - f) choque anafilático e suas conseqüências, mesmo que o tratamento médico ocorra em virtude de acidente pessoal coberto;
 - g) de acidente ocorrido quando o Segurado, não legalmente habilitado, estiver na condução de veículo automotor de qualquer tipo;
 - h) quaisquer perturbações mentais, salvo a alienação mental total e incurável, decorrente de acidente coberto.

- 4.2. Estão igualmente excluídos os acidentes ocorridos em conseqüência de:
 - a) direta ou indireta de quaisquer alterações mentais, compreendidas entre elas as conseqüentes à ação do álcool, de drogas ou entorpecentes ou substância tóxicos, de uso fortuito, ocasional ou habitual;
 - b) atos ou operações de guerra, revolução, tumulto ou outras perturbações de ordem pública e delas provenientes;
 - c) tufões, furacões, ciclones, terremotos, maremotos, erupções vulcânicas e outras convulsões da natureza;
 - d) prática de atos reconhecidamente perigosos que não sejam motivados por necessidade justificada, exceto nos casos de 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) prática por parte do Segurado, de atos ilícitos ou contrários à lei;
- f) uso de material nuclear para fins bélicos ou militares, ainda que resultante de testes, experiências, ou no transporte de armas e/ou projéteis nucleares, bem como explosões provocadas com quaisquer finalidades;
- g) atos ilícitos dolosos praticados pelo Segurado, pelo beneficiário ou pelo representante, de um e de outro.

5. **ACUMULAÇÃO DAS INDENIZAÇÕES POR ACIDENTE**

- 5.1. As indenizações por morte e invalidez, quando contratadas ambas as garantias, não se acumulam.
- 5.2. Se, depois de paga uma indenização por invalidez permanente, verificar-se a morte do segurado, em consequência do mesmo acidente, a Seguradora pagará a indenização devida pela morte, deduzindo-se a importância paga por invalidez permanente.

6. **VALOR DA INDENIZAÇÃO**

- 6.1. A indenização corresponderá a um capital equivalente a 100% (cem por cento) da garantia básica, caso ocorra a invalidez permanente e total do segurado, ocorrida por acidente pessoal.

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

- 6.2. Nos casos de perda parcial ou redução de funções de membros e/ou órgãos, sem aboli-los por completo, não haverá indenização a ser paga, pois a garantia estabelecida nesta Cláusula Adicional, limita-se a riscos de invalidez permanente e total por acidente.

7. OCORRÊNCIA DO ACIDENTE

- 7.1. Ocorrendo acidente que possa acarretar a responsabilidade da Seguradora, o evento deve ser comunicado pela Estipulante/Segurado à MetLife, por escrito, imediatamente quando do seu conhecimento, por carta, fax ou telegrama.
- 7.2. Da comunicação por carta, fax ou telegrama deverão constar: data, hora, local e causa do acidente.
- 7.2.1. A comunicação na forma do subitem 7.2. não exonera o Segurado da obrigação de apresentar os documentos, conforme estabelecido nas Condições Gerais do Seguro.
- 7.3. O segurado acidentado deverá recorrer imediatamente, à suas expensas, aos serviços de médicos legalmente habilitados, submetendo-se ao tratamento adequado para sua completa reabilitação.

8. COMPROVAÇÃO DO ACIDENTE

- 8.1. O Segurado, para recebimento da indenização, deve provar satisfatoriamente, através do Estipulante, a ocorrência do acidente, facultando à Seguradora quaisquer medidas necessárias à sua elucidação.
- 8.2. Além dos documentos descritos nas Condições Gerais do Seguro, serão necessários os abaixo indicados, observando que as cópias deverão, obrigatoriamente, ser autenticadas em cartório:
- Aviso de Sinistro;
 - Documento de Identidade e C.P.F. do Segurado sinistrado;
 - Cópia do comprovante de residência do segurado e de cada um do(s) beneficiário(s);
 - Cópia da Ficha de Registro de Empregado;
 - Cópia Laudo de Dosagem Alcólica e/ou Toxicológico (se realizado);
 - Cópia da Carteira Nacional de Habilitação (se houver acidente de trânsito e se o Segurado for condutor do veículo acidentado);
 - Cópia da Comunicação de Acidente de Trabalho, quando for o caso (deve conter o carimbo oficial do INSS);
 - Relatório do médico assistente, com firma reconhecida, informando:
 - Diagnóstico
 - Alta Definitiva
 - Tratamento realizado
 - Grau de invalidez
 - Reconhecimento do estado de Invalidez Permanente
 - Exames complementares disponíveis.

9. **JUNTA MÉDICA**

9.1. No caso de divergências sobre a causa, natureza ou extensão das lesões, bem como a avaliação da incapacidade, a Seguradora deverá propor ao Segurado, por meio de correspondência escrita, dentro do prazo de 15 (quinze) dias, a contar da data da contestação, a constituição de junta médica.

9.1.1. A junta médica será constituída por 3 (três) membros, sendo um nomeado pela Seguradora, outro pelo Segurado 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.

9.1.2. 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.

10. **INÍCIO E TÉRMINO DESTA GARANTIA**

10.1. A garantia compreendida por esta cláusula começa a vigorar, para todos os Segurados da apólice, simultaneamente com o início da garantia básica, ou em data posterior, prevista em aditivo, quando esta cláusula não integrar o Contrato.

10.2. Além das hipóteses previstas nas Condições Gerais, a garantia do risco a que se refere esta Cláusula termina:
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 recebimento do capital segurado em razão da invalidez permanente total.

11. **PRÊMIO**

11.1. O prêmio referente a esta Cláusula Adicional está incluído na taxa do seguro, constante na apólice de seguro.

12. **CAPITAL SEGURADO**

12.1. Para fins desta Garantia o Capital Segurado é a importância a ser paga em razão de sinistro coberto, estabelecida na Apólice, vigente na data do acidente.

13. **DISPOSIÇÕES GERAIS**

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

CLÁUSULA ADICIONAL DE INVALIDEZ POR DOENÇA – FUNCIONAL (IPD-F)

1. **OBJETIVO**
- 1.1. A presente cláusula, desde que contratada, garante ao segurado o pagamento antecipado do Capital Segurado contratado para a garantia Básica (morte), em caso de Invalidez Funcional Total e Permanente, conseqüente de doença que cause a perda de sua existência independente, sob critérios devidamente especificados no item Riscos Cobertos desta cláusula, exceto se decorrente de riscos excluídos, observados os demais termos desta Cláusula Adicional, das Condições Gerais e do Contrato.
2. **DEFINIÇÕES**
- 2.1. **Agravo Mórbido:** piora de uma doença.
- 2.2. **Alienação Mental:** distúrbio mental ou neuromental em que haja alteração completa da personalidade, comprometendo em definitivo o pensamento lógico (juízo de valor), a realidade (juízo crítico) e a memória, destruindo a capacidade de realizar atos eficientes, objetivos e propositais e tornando o segurado total e permanentemente impossibilitado para a vida civil.
- 2.3. **Aparelho Locomotor:** conjunto de estruturas destinadas ao deslocamento do corpo humano.
- 2.4. **Atividade Laborativa:** qualquer ação ou trabalho através do qual o segurado obtenha renda.
- 2.5. **Auxílio:** a ajuda através de recurso humano e ou de utilização de estruturas ou equipamentos de apoio físico.
- 2.6. **Ato Médico:** procedimento técnico-profissional praticado por médico legalmente habilitado e regido por Resolução específica do Conselho Federal de Medicina.
- 2.7. **Cardiopatia Grave:** doença do coração assim classificada segundo os critérios constantes do "Consenso Nacional de Cardiopatia Grave".
- 2.8. **Cognição:** conjunto de processos mentais usados no pensamento, na memória, na percepção, na classificação, no reconhecimento etc.
- 2.9. **Conectividade com a Vida:** capacidade do ser humano de se relacionar como o meio externo que o cerca.

- 2.10. **Consumpção:** definhamento progressivo e lento do organismo humano produzido por doença.
- 2.11. **Dados Antropométricos:** no caso da garantia de Invalidez por Doença - Funcional, o peso e a altura do Segurado.
- 2.12. **Deambular:** ato de andar livremente com o uso do Aparelho Locomotor.
- 2.13. **Declaração Médica:** documento elaborado na forma de relatório ou similar, onde o médico-assistente ou algum outro médico escolhido exprime sua opinião sobre o estado de saúde do Segurado e respectivos fatos médicos correlatos.
- 2.14. **Deficiência Visual:** qualquer prejuízo da capacidade de visão abaixo do considerado normal.
- 2.15. **Disfunção Imunológica:** incapacidade do organismo de produzir elementos de defesa contra agentes estranhos causadores de doença.
- 2.16. **Doença Crônica:** doença com período de evolução que ultrapassa a fase inicial, persistindo ativa por tempo indeterminado.
- 2.17. **Doença Crônica em Atividade:** doença crônica que se mantém ativa apesar do tratamento.
- 2.18. **Doença Crônica de Caráter Progressivo:** doença crônica que se mantém evolutiva em curso de piora, apesar do tratamento.
- 2.19. **Doença em Estágio Terminal:** aquela em estágio sem qualquer alternativa terapêutica e sem perspectiva de reversibilidade, sendo o paciente considerado definitivamente fora dos limites de sobrevivência, conforme atestado pelo médico assistente.
- 2.20. **Doença Neoplásica Maligna Ativa:** crescimento celular desordenado, provocado por alterações genéticas no metabolismo e nos processos de vida básicos das células que controlam seu crescimento e multiplicação. São os chamados cânceres ou tumores malignos em atividade.
- 2.21. **Doença Profissional:** aquela que decorre especificamente do exercício de determinada profissão.
- 2.22. **Estados Conexos:** representa o relacionamento consciente e normal do Segurado com o meio externo.
- 2.23. **Etiologia:** causa de cada doença.

- 2.24. **Fatores de Risco e Morbidade:** aquilo que favorece ou facilita o aparecimento ou a manutenção de uma doença, ou que com ela interage.
- 2.25. **Hígido:** saudável.
- 2.26. **Médico Assistente:** médico que está assistindo ao Segurado ou que já lhe tenha prestado assistência continuada.
- 2.27. **Prognóstico:** juízo médico baseado no diagnóstico e nas possibilidades terapêuticas acerca da duração, evolução e termo de uma doença.
- 2.28. **Quadro Clínico:** conjunto das manifestações mórbidas objetivas e subjetivas apresentadas por um doente.
- 2.29. **Recidiva:** reaparecimento de uma doença algum tempo depois de um acometimento.
- 2.30. **Refratariedade Terapêutica:** incapacidade do organismo humano em responder positivamente ao tratamento instituído.
- 2.31. **Relações autonômicas:** entende-se como pleno exercício das relações autonômicas de um indivíduo, a capacidade que o mesmo tem de desempenhar todas as suas atividades e funções físicas, mentais e fisiológicas independente de qualquer ajuda.
- 2.32. **Relações Existenciais:** aquelas que capacitam a autonomia existencial do ser humano em suas relações de conectividade com a vida.
- 2.33. **Sentido de Orientação:** faculdade do indivíduo se identificar, relacionar e se deslocar livremente, sem qualquer auxílio, como o meio ambiente externo que o cerca.
- 2.34. **Seqüela:** qualquer lesão anatômica ou funcional que permaneça depois de encerrada a evolução clínica de uma doença.
- 2.35. **Transferência Corporal:** capacidade do Segurado se deslocar de um local para outro, sem qualquer auxílio.
3. **COBERTURA**
- 3.1. A perda da existência independente será caracterizada pela ocorrência de quadro clínico incapacitante, decorrente de doença, que inviabilize de forma irreversível o pleno exercício das relações autonômicas do Segurado. Este quadro clínico incapacitante deverá ser comprovado através de parâmetros

e documentos devidamente especificados no item "Pagamento do Capital Segurado" das Condições Gerais.

3.2. Riscos Cobertos

- 3.2.1. Considera-se como Riscos Cobertos a ocorrência comprovada - segundo critérios vigentes à época da regulação do sinistro e adotados pela classe médica especializada - de um dos seguintes quadros clínicos incapacitantes, provenientes exclusivamente de doenças:
- 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), única e exclusivamente em decorrência de doença;
 - e) doenças manifestas no sistema nervoso com seqüelas encefálicas e/ou medulares que acarretem repercussões deficitárias na totalidade de algum órgão vital e/ou sentido de orientação e/ou das funções de dois membros, em grau máximo;
 - f) doenças do aparelho locomotor, de caráter degenerativo com total e definitivo impedimento da capacidade de transferência corporal;
 - g) deficiência visual, decorrente de doença:
 - cegueira, na qual a acuidade visual é igual ou menor que 0,05 no melhor olho, com a melhor correção óptica;
 - baixa visão, que significa acuidade visual entre 0,3 e 0,05 no melhor olho, com a melhor correção óptica;
 - casos nos quais a somatória da medida do campo visual em ambos os olhos for igual ou menor que 60°;
 - ocorrência simultânea de quaisquer das condições anteriores;
 - h) doença evoluída sob um estágio clínico que possa ser considerado como terminal (doença em estágio terminal), desde que atestado por profissional legalmente habilitado;
 - i) estados mórbidos, decorrentes de doença, a seguir relacionados:
 - perda completa e definitiva da totalidade das funções de dois membros; ou
 - perda completa e definitiva da totalidade das funções das duas mãos ou de dois pés; ou
 - perda completa e definitiva da totalidade das funções de uma das mãos associada à de um dos pés.

3.3. Outros Riscos Cobertos

- 3.3.1. 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.
- 3.3.2. 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).
- 3.3.2.1. O 1º (primeiro) grau de cada atributo descreve situações que caracterizam independência do Segurado na realização de tarefas, ainda que com alguma dificuldade ou desconforto. O quadro clínico será classificado neste grau apenas quando todas as situações ali previstas forem reconhecidas.
- 3.3.2.2. Para a classificação no 2º (segundo) ou no 3º (terceiro) Grau, basta que ocorra uma das situações ali descritas.
- 3.3.2.3. Todos os Atributos constantes no primeiro documento serão, obrigatoriamente, avaliados e pontuados.
- 3.3.3. O segundo documento (Tabela de Dados Antropométricos, Fatores de Risco e de Morbidade) valoriza cada uma das situações ali previstas.
- 3.3.3.1. Os itens da tabela deverão ser pontuados sempre que haja o reconhecimento da situação descrita.

4. RISCOS EXCLUÍDOS

- 4.1. Além dos riscos excluídos pelas Condições Gerais, consideram-se, também como riscos excluídos, ainda que redundando em quadro clínico incapacitante que inviabilize de forma irreversível o pleno exercício das funções autonômicas do Segurado, com perda da sua existência independente, os abaixo especificados:
- a) a perda, a redução ou a impotência funcional definitiva, total ou parcial, de um ou mais membros, órgãos e/ou sistemas orgânicos corporais, em decorrência, direta e/ou indireta de lesão física e/ou psíquica causada por acidente pessoal;
 - b) a doença cuja evolução natural tenha sido agravada por traumatismo.

5. **CAPITAL SEGURADO**

- 5.1. O Capital Segurado para esta garantia deverá constar em Contrato e nos respectivos Certificados Individuais.
- 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.

6. **DATA DO EVENTO**

- 6.1. Considera-se data do evento para fins de caracterização da existência de cobertura e para fins de cálculo do capital segurado:
- a) 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. 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.
- 6.2. Não reconhecimento da Invalidez por Doença do tipo Funcional.
- 6.2.1. A aposentadoria por invalidez concedida por instituições oficiais de previdência social, assim como por órgãos do poder público e por outras instituições público-privadas, não caracteriza, por si só, o estado de invalidez permanente por doença funcional.
- 6.2.2. 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. **COMPROVAÇÃO DA INVALIDEZ**

- 7.1. As despesas efetuadas com a legitimação da Invalidez por Doença do tipo 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 o Capital Segurado.

8. **CARÊNCIA**

- 8.1. Para a presente garantia eventual período de carência será estabelecido em Contrato.
- 8.2. O período de carência poderá, a critério da Seguradora, ser reduzido ou substituído por Declaração Pessoal de Saúde e/ou por Exame Médico.

9. **INÍCIO E TÉRMINO DESTA GARANTIA**

- 9.1. A garantia compreendida por esta cláusula começa a vigorar, para todos os Segurados da apólice, simultaneamente com o início da garantia básica, ou em data posterior, prevista em aditivo, quando esta cláusula não integrar o Contrato.
- 9.2. Além das hipóteses previstas nas Condições Gerais, a garantia do risco a que se refere esta Cláusula termina:
- 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 pagamento da indenização prevista nesta cláusula;
 - d) com o falecimento do Segurado.

10. **PRÊMIO**

- 10.1. O prêmio referente a esta Cláusula Adicional está incluído na taxa do seguro, constante na apólice de seguro.
- 10.2. Desde que efetivamente comprovada, por ser a garantia de Invalidez por Doença Funcional uma antecipação da garantia básica (morte), seu pagamento extingue, imediata e automaticamente, a garantia para o caso de morte, bem como o presente seguro. Nessa hipótese, os prêmios eventualmente pagos após a data de caracterização da invalidez permanente por doença funcional serão devolvidos, atualizados monetariamente.
- 10.2.1. Não restando caracterizada a Invalidez por Doença do tipo funcional, o seguro continuará em vigor, observadas as demais cláusulas das Condições Gerais e, se houver, do Contrato e/ou Apólice, sem qualquer devolução de prêmios.

11. **DISPOSIÇÕES GERAIS**

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

ANEXO À CLÁUSULA ADICIONAL DA GARANTIA DE INVALIDEZ POR DOENÇA – FUNCIONAL INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DE INVALIDEZ FUNCIONAL – IAIF

**DOCUMENTO 1
TABELA DE RELAÇÕES EXISTENCIAIS, CONDIÇÕES MÉDICAS E ESTRUTURAIS E DE ESTADOS CONEXOS**

ATRIBUTOS	ESCALAS	PONTOS
RELAÇÕES DO SEGURADO COM O COTIDIANO	1º GRAU: o segurado mantém suas relações interpessoais com capacidade de compreensão e comunicação; deambula livremente; sai à rua sozinho e sem auxílio; está capacitado a dirigir veículos automotores; mantém suas atividades da vida civil, preservando o pensamento, a memória e o juízo de valor.	00
	2º GRAU: o segurado apresenta desorientação; necessita de auxílio à locomoção e ou para sair à rua; comunica-se com dificuldade; realiza parcialmente as atividades do cotidiano; possui restrições médicas de ordem relativas ou prejuízo intelectual e ou de cognição.	10
	3º GRAU: o segurado apresenta-se retido ao lar; tem perda na mobilidade ou na fala; não realiza atividades do cotidiano; possui restrições médicas impeditivas de ordem totalitária ou apresenta algum grau de alienação mental.	20
CONDIÇÕES CLÍNICAS E ESTRUTURAIS DO SEGURADO	1º GRAU: o segurado apresenta-se hígido; capaz de livre movimentação; não apresenta evidência de disfunção e ou insuficiência de órgãos, aparelhos ou sistemas, possuindo visão em grau que lhe permita desempenhar suas tarefas normais.	00
	2º GRAU: o segurado apresenta disfunção(ões) e ou insuficiência(s) comprovadas como repercussões secundárias de doenças agudas ou crônicas, em estágio que o obrigue a depender de suporte médico constante (assistido) e desempenhar suas tarefas normais diárias com alguma restrição.	10

ATRIBUTOS	ESCALAS	PONTOS
CONDIÇÕES CLÍNICAS E ESTRUTURAIS DO SEGURADO	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
CONNECTIVIDADE DO SEGURADO COM A VIDA	1° GRAU: o segurado realiza, sem auxílio, as atividades de vestir-se e despir-se; dirigir-se ao banheiro; lavar o rosto; escovar seus dentes; pentear-se; barbear-se; banhar-se; enxugar-se, mantendo os atos de higiene íntima e de asseio pessoal, sendo capaz de manter a autosuficiência alimentar com condições de suprir suas necessidades de preparo, serviço, consumo e ingestão de alimentos.	00
	2° GRAU: o segurado necessita de auxílio para trocar de roupa; entrar e sair do chuveiro; para realizar atos de higiene e de asseio pessoal; para manter suas necessidades alimentares (misturar ou cortar o alimento, descascar fruta, abrir uma embalagem, consumir os alimentos com uso de copo, prato e talheres).	10
	3° GRAU: o segurado necessita de auxílio às atividades de higiene e asseio pessoal diários, assim como aquelas relacionadas à sua alimentação, não sendo capaz de realizar sozinho suas necessidades fisiológicas e de subsistência alimentar diárias.	20

**DOCUMENTO 1
TABELA DE DADOS ANTROPOMÉTRICOS, FATORES DE RISCO
E DE MORBIDADE**

DADOS ANTROPOMÉTRICOS, RISCOS INTERAGENTES E AGRAVOS MÓRBIDOS	PONTOS
A idade do segurado interfere na análise da morbidade do caso e ou há imc - índice de massa corporal superior a 40.	02
Há risco de sangramentos, rupturas e/ou quaisquer outras ocorrências iminentes que possam agravar a morbidade do caso.	02

DADOS ANTROPOMÉTRICOS, RISCOS INTERAGENTES E AGRAVOS MÓRBIDOS	PONTOS
Há ou houve recidiva, progressão em doença tratada e ou agravado mantido associado ou não à disfunção imunológica.	04
Existem mais de 2 fatores de risco e ou há repercussão vital decorrente da associação de duas ou mais doenças crônicas em atividade.	04
Certifica-se existir risco de morte súbita, tratamento paliativo e ou de suporte à sobrevivência e ou refratariedade terapêutica.	08

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

1. OBJETIVO

- 1.1. Desde que contratada, a presente Cláusula Adicional garante ao Segurado, dentro dos limites estabelecidos e sob as condições a seguir enumeradas, o pagamento de diárias, preestabelecidas e contratadas pelo mesmo, em caso de seu afastamento causado por doença ou acidente pessoal, 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, de acordo com o determinado no Contrato, mediante comprovação por relatório médico, exames laboratoriais e laudos de exames especializados, reconhecidos pela Seguradora, obedecendo o limite de diárias a ser estabelecido no Contrato.

2. DEFINIÇÕES

- 2.1. **Acidente Pessoal:** para fins desta garantia, prevalece o conceito definido no item "Definições" das Condições Gerais deste Seguro.
- 2.2. **Carência:** é o período ininterrupto de tempo, contado do início de vigência do seguro individual, do aumento do capital ou da recondução depois de suspenso, durante o qual, sem prejuízo do pagamento dos prêmios individuais, o Segurado não terá direito à garantia dada por esta cláusula. Se a incapacidade resultar de acidente não haverá aplicação de carência.
- 2.3. **Franquia:** é o período de tempo não considerado para cálculo do pagamento da indenização contado a partir da caracterização do sinistro.
- 2.4. **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 doença ou acidente, a contar do primeiro dia após o término do prazo de franquia acordado entre as partes no Contrato, que não será superior a 15 (quinze) dias.

3. **CARÊNCIA**

- 3.1. É de até 60 (sessenta) dias a carência desta garantia, para os eventos decorrentes de doença, contada a partir do início de vigência individual. Para os eventos decorrentes de acidentes pessoais não haverá carência.

4. **FRANQUIA**

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

5. **RISCOS EXCLUÍDOS**

- 5.1. Além dos riscos mencionados nas Condições Gerais da Apólice, estão expressamente excluídos da Cláusula Adicional de Diária por Incapacidade Temporária:
- a) gravidez, parto ou aborto e suas conseqüências;
 - b) doenças ocupacionais e profissionais, incluindo LER (Lesões decorrentes de Esforços Repetitivos) e DORT (Doenças Ocupacionais Relacionadas ao Trabalho);
 - c) inseminação artificial e tratamentos ou procedimentos para cura de infertilidade masculina ou feminina e para controle de natalidade;
 - d) tratamentos clínicos ou cirúrgicos com finalidade estética, inclusive obesidade ou relacionados a métodos de anticoncepção ou para alterações físicas e orgânicas, salvo quando necessárias à restauração das funções alteradas em razão de sinistro ocorrido na vigência do seguro;
 - e) tratamentos para senilidade, rejuvenescimento, repouso, convalescença, emagrecimento estético e suas conseqüências;
 - f) tratamentos odontológicos e ortodônticos, salvo quando decorrentes de acidente pessoal, ocorridos dentro do período de vigência do seguro;
 - g) afastamento para realização de 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) AIDS;
 - j) epidemias oficialmente declaradas;
 - k) eventos decorrentes direta ou indiretamente de quaisquer alterações mentais de qualquer causa e ou conseqüentes do uso de álcool, drogas,

psicotrópicos, entorpecentes;
l) doenças psiquiátricas e "stress".

6. **ÂMBITO TERRITORIAL DE COBERTURA**

6.1. A cobertura desta Cláusula Adicional é válida para os eventos ocorridos no Brasil.

7. **LIMITE DE DIÁRIAS**

7.1. O limite de diárias constará do Contrato, podendo ser de, no máximo, 180 (cento e oitenta) dias, não sendo cumulativas as diárias não utilizadas pelo segurado no evento anterior.

8. **COMPROVAÇÃO DA INCAPACIDADE TEMPORÁRIA**

8.1. O aviso do afastamento à Seguradora deverá ser comprovado, pelo Segurado ou seu representante legal, no prazo máximo de 5 (cinco) dias úteis contados a partir do término do prazo da franquia, mediante apresentação dos resultados de exames comprobatórios da doença ou acidente pessoal e relatório do médico assistente, descrevendo no mínimo o motivo e a estimativa do número de dias de afastamento, podendo ainda a Seguradora solicitar quaisquer outros documentos a fim de obter mais esclarecimentos sobre o evento.

8.1.1. Em caso do não cumprimento do prazo acima e não havendo a possibilidade de perícia médica pelo desaparecimento dos sintomas e/ou sinais clínicos da doença ou acidente pessoal que geraram o afastamento, a Seguradora devolverá a documentação, ficando o Segurado sem direito ao recebimento de qualquer indenização, exceto quando houver exata caracterização e confirmação, comprovada pelos resultados dos exames complementares realizados durante as internações hospitalares por ocasião da perícia médico-hospitalar.

9. **PAGAMENTO DA DIÁRIA DE INCAPACIDADE TEMPORÁRIA**

9.1. Em posse dos comprovantes descritos no item 8, a Seguradora efetuará o pagamento das diárias correspondentes ao período de afastamento em que o Segurado esteve incapacitado de exercer sua atividade profissional, a contar do primeiro dia após o término dos dias determinados como franquia, em até 30 (trinta) dias.

9.2. Caso a Seguradora julgue necessária a realização de perícia médica, o prazo para pagamento ou recusa do Sinistro passa a contar da data de realização dessa perícia.

- 9.3. Quando o afastamento profissional for superior a 30 (trinta) dias, os pagamentos serão efetuados periodicamente, tomando-se por base um relatório médico atualizado que deverá ser entregue pelo Segurado a cada 30 (trinta) dias, conforme retorno ao médico assistente.
- 9.4. 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.
- 9.5. 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 doenças ou lesões.
- 9.6. Em todas as ocorrências poderão ser realizadas perícias médicas pelo departamento médico da Seguradora, sendo estas despesas custeadas pela própria Seguradora.
- 9.7. Se, durante o período de pagamento das diárias, o segurado vier a falecer, desde que a morte não decorra de risco excluído, o saldo de sua indenização por esta garantia será pago aos beneficiários por ele indicados.

10. ACEITAÇÃO DE SEGURADOS

- 10.1. Poderão contratar a Cláusula Adicional Diárias de Incapacidade Temporária por Acidente ou Doença os proponentes que se encontrem em boas condições de saúde, em plena atividade profissional e contratem capital segurado compatível com a sua remuneração salarial mensal.

11. CESSAÇÃO DA GARANTIA ADICIONAL DE DIÁRIA DE INCAPACIDADE TEMPORÁRIA POR ACIDENTE OU DOENÇA

- 11.1. A garantia do risco a que se refere esta Cláusula cessa:
- a) com o cancelamento da apólice;
 - b) com o cancelamento desta Cláusula Adicional;
 - c) com a ocorrência de circunstâncias que determinem a inexistência ou suspensão da cobertura desta Cláusula Adicional, como a falta de pagamento do prêmio respectivo;
 - d) com a ocorrência da morte do Segurado, ou sua invalidez total e permanente, se contratada; ou
 - e) espontaneamente, quando solicitado por escrito pelo Segurado.

12. **DATA DO EVENTO**

- 12.1. Considera-se como data do evento a data do afastamento para fins de determinação do capital segurado, na liquidação dos sinistros para a Cláusula de Diárias de Incapacidade Temporária por Acidente ou Doença.

13. **REINTEGRAÇÃO**

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

14. **DISPOSIÇÕES GERAIS**

- 14.1. Esta Cláusula faz parte das Condições Gerais. As normas constantes desta Cláusula, por serem mais específicas, prevalecem sobre quaisquer dispositivos existentes nas Condições Gerais que, em relação a esta Cláusula, tem função subsidiária.

CLÁUSULA ADICIONAL DE REEMBOLSO E/OU ASSISTÊNCIA DE FUNERAL

1. **OBJETIVO**

- 1.1. A presente cláusula tem por objetivo garantir, observado o que estabelecem ainda as Condições Gerais e o Contrato de Seguro, o pagamento de um valor máximo, fixado no Contrato, para o suporte de Despesas com Funeral, caso ocorra a morte do Segurado, seu Cônjuge ou Filho(s) dependente, conforme legislação do Imposto de Renda, se contratados. Poderão fazer parte desta cobertura, se assim previr o Contrato, os agregados do Segurado, assim entendidos o pai, mãe, sogro e sogra, sendo que o limite de idade para a contratação de cobertura pelo segurado e pelos agregados estará estabelecido no Contrato.
- 1.2. Esta cláusula visa estabelecer os direitos e obrigações das partes, relativamente ao valor, uso, forma, modo, abrangência, grupo familiar e prazo, vinculados ao Seguro, ora disponibilizado pela MetLife.
- 1.3. A Seguradora reembolsará, até o limite do Capital Segurado contratado, diretamente ao responsável pelo desembolso, os valores relativos às despesas com funeral. Se o valor do reembolso não atingir o total do valor do Capital Segurado, o saldo será pago ao(s) beneficiário(s) indicado(s) pelo Segurado.

2. **REEMBOLSO DE VALORES**

- 2.1. O reembolso das despesas com funeral conforme item 1.3 será realizado

ao responsável que efetuar o pagamento das despesas de funeral com o Segurado, seu cônjuge, filho(s) dependente(s) conforme legislação do Imposto de Renda e agregados, se contratados.

- 2.2. Neste caso, fica vedada a utilização de quaisquer serviços da rede especializada de prestadores de serviços credenciada.
- 2.3. O reembolso das despesas suportadas será efetuado mediante comprovação através de notas fiscais originais, e, em havendo saldo, até o limite contratado, a diferença será paga sempre aos beneficiários indicados, em caso de morte do Segurado.
- 2.4. Na hipótese de morte de seu cônjuge ou filhos, eventual saldo será pago ao Segurado.

3. SERVIÇOS DE ASSISTÊNCIA FUNERAL

- 3.1. Alternativamente ao reembolso das despesas, poderá o Segurado ou Responsável optar pela prestação de serviços de assistência funeral, tal como especificados a seguir, através de rede especializada de prestadores de serviços credenciada pela Seguradora. A opção pela prestação de serviços faz cessar o direito a qualquer reembolso ou indenização aos Beneficiários, de quaisquer despesas, sejam ou não relacionadas com o sepultamento.
- 3.2. A prestação desse serviço compreenderá ainda a disponibilização de uma linha telefônica no Brasil, em chamada gratuita, ou no exterior, em chamada a cobrar, conforme mencionado no contrato, com central de atendimento durante o período de 24 (vinte e quatro) horas ao dia, em qualquer dia da semana, inclusive sábados, domingos e feriados.
- 3.3. A rede especializada de prestadores de serviço credenciada poderá ser alterada a qualquer momento pela Seguradora, mantida, sempre, a excelência da prestação.
- 3.4. Modalidade de Assistência Funeral
 - 3.4.1. Será disponibilizada aos Segurados uma única categoria de Assistência Funeral, conforme discriminada no Contrato, quando a opção se der pela prestação dos serviços.

4. RISCOS EXCLUÍDOS

- 4.1. Estão excluídos desta modalidade de cobertura, para todos os efeitos desta cláusula:

- a) despesas de qualquer natureza que não estejam relacionadas diretamente com o funeral ou não previstas nesta cláusula, ou superiores ao capital segurado contratado. Caso a opção seja pela prestação de serviços de assistência funeral, não serão reconhecidas quaisquer despesas realizadas;
- b) a prestação, pela rede especializada de prestadores de serviços credenciada, de qualquer outro tipo de serviço além do que estiver estabelecido nesta cláusula e no Contrato de Seguro;
- c) quaisquer valores que configurem o reembolso de despesas com funeral, suportados pelos beneficiários, Estipulantes e responsáveis, de forma particular, além do valor limite contratado.

5. INEXISTÊNCIA DE GARANTIA

- 5.1. A Seguradora não estará obrigada, quanto ao reembolso ou indenização, se houver, quanto à prestação de serviços, a oferecer a garantia prevista nesta cláusula quando:
- a) o Segurado, por si e por seus dependentes e agregados, houver omitido a existência de doenças ou acidentes preexistentes ao contrato de seguro, quando não declarados na Proposta de Adesão ou Cartão de Movimentação;
 - b) o óbito decorrer de fenômenos fortuitos da natureza como inundação, furacão, erupção vulcânica, terremotos ou movimentos sísmicos. De situação de guerra, comoções sociais, atos de terrorismo e sabotagem, perturbações da ordem pública ou restrições das autoridades de livre trânsito. De irradiação nuclear, qualquer que seja a situação em que ocorreu;
 - c) o óbito decorrer de prática de atos ilegais pela pessoa falecida ou do uso de drogas, entorpecentes ou álcool;
 - d) o traslado do corpo para a realização do funeral ou cremação em outro município, quando a distância for superior ao limite especificado no plano contratado. Caso a família opte pela realização do funeral ou cremação fora desse limite, deverá assumir a responsabilidade pela diferença do pagamento das despesas. A partir da chegada do corpo nesse município, a prestadora de serviço assumirá os serviços garantidos pelo plano.
- 5.2. Fica estabelecido que os serviços garantidos pelo seguro não poderão ser prestados nos municípios em que a legislação não permita que a Seguradora ou seus prestadores de serviço intervenham para a realização do funeral.

6. PRAZO DE VIGÊNCIA E CANCELAMENTO

- 6.1. A presente cláusula vigorará conforme período de vigência estabelecido na apólice, podendo, todavia, ser rescindido a qualquer tempo, por consenso de ambas as partes, ou juntamente com o cancelamento da apólice ou demais hipóteses de cancelamento previstas nas Condições Gerais.

- 6.2. Ocorrendo o cancelamento da apólice, os serviços de Assistência e/ou reembolso das despesas com funeral estarão automaticamente extintos e a Estipulante obriga-se a comunicar a todos os segurados sobre este encerramento, não sendo devida qualquer indenização pela MetLife, ocasionada pela extinção destes serviços.
7. **EXTINÇÃO DA COBERTURA**
- 7.1. Além das hipóteses previstas nas Condições Gerais, a garantia do risco a que se refere esta Cláusula termina:
- a) com o cancelamento da apólice;
 - b) com o cancelamento desta cláusula;
 - c) com a dissolução do matrimônio ou fim da união estável, o cônjuge/companheira(o) perderá automaticamente o direito de utilização desta cláusula. Neste caso, também são excluídos da garantia desta cláusula os agregados da parte do cônjuge (sogra e sogro), se contratado o plano com esta abrangência;
 - d) cessação da condição de dependente, conforme definido na legislação do Imposto de Renda;
 - e) com o falecimento do Segurado.
8. **OCORRÊNCIA DE SINISTRO**
- 8.1. Em ocorrendo a morte do Segurado, cônjuge, filho(s) ou agregados, os familiares, se optarem pela prestação de serviços, deverão entrar em contato imediatamente com a Central de Atendimento no Brasil, em chamada gratuita ou no exterior em chamada a cobrar, conforme mencionado no contrato, fornecendo todas as informações necessárias para a definição do tipo de serviço adequado à situação, inclusive a sua perfeita identificação, local e o número do telefone onde encontra-se para contato de retorno.
- 8.2. Se optarem pelo reembolso das despesas com funeral, a indenização será efetuada em até 30 (trinta) dias, após a entrega de todos os documentos abaixo relacionados:
- Aviso de Sinistro;
 - Documento de Identidade e C.P.F. do Segurado sinistrado;
 - Cópia da Certidão de Óbito;
 - Notas fiscais e recibos originais das despesas efetuados com o funeral.
9. **PRÊMIO DE SEGURO**
- 9.1. O prêmio referente a esta cláusula está incluído na taxa, constante da apólice.

10. **CAPITAL SEGURADO E VALOR DE TRASLADO**

- 10.1. Será de acordo com o estabelecido no Contrato e poderá corresponder a um percentual da Garantia Básica limitado a 100% (cem por cento). A verba para o traslado poderá ser integrada ao serviço de assistência ou ser uma verba separada, de acordo com o plano contratado e a definição no contrato.

CLÁUSULA ADICIONAL DE FORNECIMENTO DE CESTA BÁSICA

1. **OBJETIVO**

- 1.1. A presente cláusula tem por objetivo garantir o fornecimento de cestas de alimentos, observados os demais itens desta Cláusula e das Condições Gerais da Apólice e do Contrato.
- 1.2. Esta cláusula visa estabelecer os direitos e obrigações do fornecimento de cestas de alimentos, relativamente ao valor, uso, forma, modo, prazo e plano contratados, vinculados ao Seguro de Vida em Grupo, ora disponibilizada pela Seguradora.

2. **BENEFICIÁRIOS**

- 2.1. No caso de evento coberto, a Seguradora garante o fornecimento, ao beneficiário indicado na proposta, de cestas de alimentos, entregue no local e dia acordados entre as partes, pelo prazo e condições determinados nos planos descritos.
- 2.2. O beneficiário deverá, necessariamente, ser residente e domiciliado no Brasil.

3. **ÂMBITO TERRITORIAL**

- 3.1. A cesta básica somente será fornecida em território nacional.

4. **EVENTO COBERTO**

- 4.1. A cesta básica somente será fornecida em caso de morte do segurado devidamente incluído no plano de seguro, exceto se decorrente de risco excluído e observadas as demais disposições das Condições Gerais e contrato do seguro.

5. **DESCRIÇÃO DO SERVIÇO**

- 5.1. Em caso de morte do segurado, a Seguradora fornecerá ao(s) beneficiário(s) cesta básica, de acordo com o período e plano contratado, que constará do contrato.

- 5.2. O valor da cesta básica será determinado pelos planos descritos no Contrato, o qual será tomado como indicativo e referencial.
- 5.2.1. Dependendo do destino de entrega e das marcas dos alimentos disponíveis à época, o valor referencial a cesta básica poderá apresentar oscilações para cima ou para baixo de no máximo 10% (dez por cento).
- 5.2.2. O valor abrangerá a seguinte composição: gêneros alimentícios e embalagem para transporte. O frete para entrega da cesta básica não fará parte do valor referencial.
- 5.3. A cesta básica será composta por 05 (cinco) itens mínimos obrigatórios (arroz, feijão, café, açúcar e óleo) e por outros itens complementares que dependerão da oferta de preço e mercado da época, completando o valor conforme o plano estabelecido no Contrato do Seguro.
- 5.4. Importante:
- 5.4.1. A composição da cesta básica poderá ser alterada em consequência da oferta de mercado e/ou oscilações de preço. Por este motivo, os itens poderão ser substituídos em quantidade ou marca e/ou excluídos para manter o limite referencial de valor.
- 5.4.2. Será responsabilidade do Estipulante comunicar ao usuário todas as condições ora estabelecidas.
6. **PRAZO DE VIGÊNCIA E CANCELAMENTO**
- 6.1. A presente cláusula vigorará conforme período de vigência estabelecido na apólice e de acordo com o disposto nas Condições Gerais e no Contrato.
- 6.2. Além das hipóteses previstas nas Condições Gerais e no Contrato, a cobertura do risco a que se refere esta Cláusula poderá ser rescindida a qualquer tempo, por consenso de ambas as partes, observando-se o prazo mínimo de 60 (sessenta) dias, ou juntamente com o cancelamento da apólice.
- 6.3. Ocorrendo o cancelamento da apólice, o fornecimento de cesta básica estará automaticamente extinto, sendo mantido o fornecimento aos beneficiários que já estão recebendo este benefício até o término do prazo de entrega estipulado. No caso de apólices coletivas que contratarem esse serviço, o Estipulante obriga-se a comunicar a todos os segurados sobre este encerramento, não sendo devida qualquer indenização pela MetLife em decorrência da extinção destes serviços, ficando a Seguradora, a partir do cancelamento, isenta de qualquer responsabilidade.

7. **PRÊMIO DE SEGURO**

- 7.1. O prêmio referente a esta cláusula está incluído na taxa constante da apólice de seguro.

8. **RESPONSABILIDADES**

- 8.1. O Estipulante, Segurado e Beneficiário(s) serão responsáveis, civil e criminalmente, pela observância destas Condições e por todas as informações prestadas, bem como qualquer utilização indevida dos serviços prestados, quer seja por ele ou por qualquer outra pessoa que se utilize dos documentos referentes a este seguro. Caso se verifique a utilização indevida dos serviços previstos nestas Condições, sem que a cobertura seja devida pela Seguradora, esta suspenderá o fornecimento das cestas de alimentos e poderá responsabilizar a quem de direito pelo ressarcimento de todas as despesas indevidas.

9. **DISPOSIÇÕES GERAIS**

- 9.1. Os gêneros alimentícios serão entregues pela prestadora de serviços credenciada na data e local indicados pelo beneficiário, acondicionados em caixas de papelão ondulado, especialmente dimensionados para este fim.
- 9.2. A entrega da primeira cesta básica se dará em até 30 (trinta) dias contados da data do comunicado de falecimento do segurado, feito pelo beneficiário à Seguradora.
- 9.3. Não haverá reembolso por produtos adquiridos diretamente pelo(s) Beneficiário(s).

CLÁUSULA ADICIONAL DE DESPESAS DIVERSAS

1. **OBJETIVO**

- 1.1. A presente cláusula tem por objetivo garantir o pagamento, em razão da morte devidamente coberta do Segurado e ao(s) beneficiário(s) indicado(s), de um valor determinado no Contrato, de uma só vez, juntamente com o pagamento do Capital Segurado do Seguro, objetivando o custeio de despesas diversas, não comprováveis.

2. **EVENTO COBERTO**

- 2.1. O pagamento do capital estipulado por esta cláusula somente será devido em caso de morte do Segurado devidamente incluído no plano de seguro, exceto se decorrente de risco excluído e observadas as demais disposições das

Condições Gerais e Contrato.

3. **PRAZO DE VIGÊNCIA E CANCELAMENTO**

3.1. A presente cláusula vigorará conforme período de vigência estabelecido na apólice e de acordo com o disposto nas Condições Gerais e Contrato.

3.2. Além das hipóteses previstas nas Condições Gerais e no contrato, a cobertura do risco a que se refere esta Cláusula poderá ser rescindido a qualquer tempo, por consenso de ambas as partes, observando-se o prazo mínimo de 60 (sessenta) dias, ou juntamente com o cancelamento da apólice.

4. **PRÊMIO DE SEGURO**

4.1. O prêmio referente a esta cláusula está incluído na taxa, constante na apólice de seguro.

5. **PAGAMENTO DO CAPITAL**

5.1. O pagamento do capital previsto nesta cláusula seguirá as mesmas regras e exigirá a apresentação dos mesmos documentos previstos nas Condições Gerais para pagamento do capital por morte.

6. **RISCOS EXCLUÍDOS**

6.1. Estão expressamente excluídos desta cláusula todos os riscos definidos como excluídos das Condições Gerais da Apólice.

CLÁUSULA SUPLEMENTAR DE INCLUSÃO DE CÔNJUGE (IC)

1. **OBJETIVO**

1.1. A presente Cláusula Suplementar tem por objetivo garantir uma indenização ao Segurado pela morte do seu cônjuge, ou o pagamento ao próprio cônjuge, em caso de contratação das Garantias Adicionais, observadas as demais condições desta Cláusula Suplementar, das Condições Gerais e demais cláusulas, na forma a seguir indicada.

2. **CONCEITOS**

2.1. Para os efeitos desta Garantia, equipara-se ao cônjuge a(o) companheira(o) do(a) Segurado(a) solteiro(a), viúvo(a), desquitado(a), separado(a) judicialmente ou de fato ou divorciado(a), comprovada a união estável, na forma da legislação aplicável à matéria, por ocasião de eventual sinistro.

2.2. Não poderá participar desta cláusula suplementar o cônjuge e companheiro(a) que faça parte do grupo segurado como Segurado, ainda que tenha pago o prêmio.

2.3. Não participará desta cláusula suplementar o Cônjuge separado de fato do segurado.

3. **CONDIÇÕES DE ACEITAÇÃO**

3.1. Somente poderão participar do seguro os cônjuges que obedçam as mesmas regras de aceitação do Segurado titular, conforme definido nas Condições Gerais e Contrato do Seguro.

3.2. A declaração de saúde poderá ser feita pelo Segurado mediante o preenchimento da Proposta de Adesão ou Cartão de Movimentação; as declarações ali prestadas, bem como a assinatura dos formulários mencionados, serão de responsabilidade do Segurado.

4. **GARANTIAS**

4.1. Poderão ser contratadas todas ou a conjugação de algumas das Garantias mencionadas na Condições Gerais, desde que obrigatoriamente tenha(m) sido contratada(s) pelo Segurado Titular, respeitando o disposto nesta Cláusula Suplementar, e os limites máximos de Capitais Segurados estabelecidos no item 7.

5. **RISCOS EXCLUÍDOS**

5.1. Estão expressamente excluídos desta garantia todos os riscos definidos como excluídos das Condições Gerais da Apólice.

6. **FORMA DE PARTICIPAÇÃO**

6.1. A inclusão dos Segurados Dependentes será de uma das seguintes formas, conforme estabelecido no Contrato do Seguro:

- a) automática: nesta forma estarão cobertos automaticamente pelo seguro os cônjuges de todos os Segurados titulares;
- b) facultativa: nesta forma, só estarão cobertos pelo seguro os cônjuges dos Segurados titulares que se manifestarem favoravelmente à sua inclusão na apólice.

7. **CAPITAL SEGURADO**

7.1. O Capital Segurado para a garantia básica do cônjuge será equivalente ao percentual expresso na Apólice ou em aditivo próprio, aplicável à garantia

básica do respectivo Segurado, não sendo superior a 100% (cem por cento) do capital segurado para a garantia básica do Segurado titular.

7.2. O Capital Segurado para as garantias adicionais será proporcional à garantia básica do respectivo cônjuge, conforme especificado no Contrato.

8. BENEFICIÁRIO DO SEGURO

8.1. A indenização por morte devida por esta cláusula suplementar será paga ao Segurado titular, ou ao próprio cônjuge, em caso de contratação das Garantias Adicionais para este.

9. VIGÊNCIA DA CLÁUSULA

9.1. A cobertura dos riscos individuais previstos no seguro começará a vigorar:

- a) na data do início da garantia básica do risco individual do Segurado, para os cônjuges admitidos no grupo simultaneamente com o mesmo;
- b) na data da inclusão da cláusula na apólice, e de conformidade com o que se estabelecer, se esta for incluída após o início de vigência da apólice.

10. TÉRMINO DE VIGÊNCIA

10.1. Além das hipóteses previstas nas Condições Gerais da Apólice, a cobertura do risco a que se refere esta Cláusula cessará individualmente para os cônjuges, incluídos nesta Cláusula, 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 a morte do Segurado;
- d) no caso de separação de fato ou judicial, ou divórcio;
- e) no caso de fim da união estável;
- f) a pedido do Segurado;
- g) com o pagamento da indenização ou uma das indenizações garantidas pela presente Cláusula;
- h) com a morte do cônjuge dependente segurado por esta Cláusula Suplementar.

11. TAXAS

11.1. A taxa cobrada para a garantia concedida por esta cláusula já está somada à taxa indicada na Apólice.

12. CANCELAMENTO DA PRESENTE CLÁUSULA

12.1. Esta cláusula poderá ser cancelada nas mesmas condições estabelecidas nas

Condições Gerais da Apólice.

13. **DISPOSIÇÕES GERAIS**

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

CLÁUSULA SUPLEMENTAR DE INCLUSÃO DE FILHOS (IF)

1. **OBJETIVO**

1.1. A presente Cláusula Suplementar tem por objetivo garantir uma indenização ao Segurado pela morte de seus filhos dependentes, assim definidos na legislação aplicável ao Imposto de Renda, na forma a seguir especificada, observadas as demais condições desta Cláusula Suplementar, das Condições Gerais e demais cláusulas.

2. **CONCEITO**

2.1. Consideram-se como filhos para os efeitos desta cláusula, os enteados e menores 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.

4. **CAPITAL SEGURADO**

4.1. O Capital Segurado para esta cobertura será equivalente ao percentual expresso no Contrato ou em aditivo próprio, aplicável à garantia básica do respectivo Segurado, não sendo superior a 100% (cem por cento) do capital segurado para a garantia básica do Segurado titular.

4.2. Para os filhos menores de 14 (quatorze) anos, esta cobertura, independentemente do Capital Segurado, se limita, entretanto, apenas e tão somente, ao reembolso das despesas com funeral e desde que devidamente

comprovadas com as notas fiscais originais, que podem ser substituídas a critério da Seguradora, por outros comprovantes satisfatórios, incluindo-se entre as despesas com funeral as havidas com o traslado, não estando cobertas as despesas com aquisição de terrenos, jazigos ou carneiros.

5. **BENEFICIÁRIO DO SEGURO**

5.1. A indenização por morte devida por esta cláusula suplementar será paga ao Segurado titular.

6. **GARANTIAS DESTA CLÁUSULA**

6.1. Poderá ser contratada a garantia de Morte ou de Morte Acidental, desde que obrigatoriamente tenha(m) sido contratada(s) pelo Segurado Titular, respeitando o disposto nesta Cláusula Suplementar, e os limites máximos de Capitais Segurados estabelecidos no item 4.

7. **VIGÊNCIA DA CLÁUSULA**

7.1. A cobertura dos riscos individuais previstos neste seguro começará a vigorar:

- a) na data do início da garantia básica do risco individual do Segurado, para os filhos admitidos no grupo simultaneamente com o mesmo;
- b) na data da inclusão da cláusula na apólice, e de conformidade com o que se estabelecer, se esta for incluída após o início de vigência da apólice.

8. **TÉRMINO DE VIGÊNCIA**

8.1. Além das hipóteses previstas nas Condições Gerais da Apólice, a cobertura do risco a que se refere esta Cláusula cessará individualmente para os filhos, incluídos nesta Cláusula, 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 na apólice;
- c) com a morte do Segurado;
- d) com a morte dos filhos;
- e) cessação da condição de dependente, conforme definido na legislação do Imposto de Renda.

9. **TAXAS**

9.1. A taxa cobrada para a garantia concedida por esta cláusula já está somada à taxa indicada no Contrato.

10. **CANCELAMENTO DA PRESENTE CLÁUSULA**

10.1. Esta cláusula poderá ser cancelada nas mesmas condições estabelecidas nas Condições Gerais da Apólice.

11. **DISPOSIÇÕES GERAIS**

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

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, desde que estabelecido no contrato.

1.2. O período de apuração será estabelecido nas condições específicas, 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, 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 no contrato, sobre os prêmios definidos no item 2.1 (a) menos os prêmios definidos no item 2.2 (d) referentes ao período de apuração.

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 receita 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.

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/IBGE.

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.

Consulte sempre o corretor de seguros.
Questão de confiança.

Central de Atendimento
(24 horas por dia, 7 dias por semana)

0800 MetLife - 0800 638 5433
(todo Brasil)

3003 Life - 3003 5433
(capitais e grandes centros)

PEANUTS©United Feature Syndicate, Inc.
Processos Susep nº 15.414.006.580/98-87 e 15.414.100.722/2002-49 (VG)
O registro deste plano na SUSEP não implica, por parte da
Autarquia, incentivo ou recomendação a sua comercialização
C.N.P.J. 02.102.498/0001-29 - Cód. 06.004.00001-dez/08
"Produtos e Serviços oferecidos pela Metropolitan Life
Seguros e Previdência Privada S.A., Afiliada à MetLife, Inc., (MetLife)."

MetLife®

Metropolitan Life Seguros e Previdência Privada S.A.
C.N.P.J. 02.102.498/0001-29
Av. Engº Luis Carlos Berrini, 1.253
04571-010 - São Paulo - SP - Brasil
www.metlife.com.br