

Condições Gerais Seguro de Prestamista

Índice



Conheça seu seguro ____ 04

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



Conheça seus prazos ____ 06

6. Aceitação da Proposta de Contratação
7. Vigência e Renovação do Seguro
8. Cancelamento do Seguro
9. Reavaliação da Taxa do Seguro
10. Cobrança e Pagamento do Prêmio
11. Cobertura e Cancelamento em Caso de não Pagamento Do Prêmio



Conheça os valores ____ 09

12. Capital Segurado
13. Atualização dos Valores



Como utilizar ____ 09

14. Beneficiário (s)
15. Ocorrência do Evento
16. Pagamento do Capital Segurado
17. Perícia Médica/Junta Médica
18. Perda do Direito à Indenização
19. Obrigações das partes Contratantes
20. Material de Divulgação
21. Cumprimento das Leis Anticorrupção
22. Da Violação De Leis e Normas de Embargos ou Sanções Econômicas e Comerciais
23. Tributo
24. Prescrição
25. Foro
26. Disposições Finais

Condições Especiais

Cobertura de Morte	16
Cobertura de Morte Acidental(MA)	17
Cobertura Adicional de Invalidez Permanente Total por Acidente (IPTA)	18
Cobertura Adicional De Desemprego Involuntário (DI)	20
Cobertura Adicional de Incapacidade Física Total e Temporária (ITT)	22
Cobertura Internação Hospitalar por Acidente ou Doença (IHAD)	24
Condições Especiais da Cobertura de Perda de Renda (PR)	27

Condições Gerais do Seguro Prestamista

1. CARACTERÍSTICAS

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

2. OBJETIVO

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

3. DEFINIÇÕES

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

3.1.1. Incluem-se ainda no conceito de Acidente Pessoal:

- a) suicídio, ou a sua tentativa, após dois anos de contratação do seguro individual, que será equiparado, para fins de Indenização, a acidente pessoal, observada legislação em vigor;
- b) acidentes decorrentes de ação da temperatura do ambiente ou influência atmosférica, quando a elas o Segurado ficar sujeito em decorrência de acidente coberto;
- c) acidentes decorrentes de escapamento acidental de gases e vapores;
- d) acidentes decorrentes de sequestros e suas tentativas;
- e) acidentes decorrentes de alterações anatômicas ou funcionais da coluna vertebral, de origem traumática, causadas exclusivamente por fraturas ou luxações, radiologicamente comprovadas;

3.1.2. Excluem-se do conceito de Acidente Pessoal:

- a) doenças, quaisquer que sejam suas causas, ainda que agravadas, direta ou indiretamente por acidente;

ressalvadas as infecções, estados septicêmicos e embolias, resultantes de ferimento visível causado por acidente coberto;

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

c) doenças profissionais ou ocupacionais, mesmos quando consideradas acidente do trabalho pela legislação previdenciária, inclusive as decorrentes ou não de microtraumas de repetição, ou similares que venham a ser aceitas pela classe médico-científica, bem como as suas consequências pós-tratamentos, inclusive cirúrgicos, em qualquer tempo;

d) situações reconhecidas por instituições oficiais de previdência ou assemelhadas, como “invalidez acidentária”, nas quais o evento causador da lesão não se enquadre integralmente na caracterização de Acidente Pessoal definido no subitem 1.1.1

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

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

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

3.5. **Carência:** é o período de tempo ininterrupto contado da data do início de vigência da Apólice individual do Seguro ou do aumento do capital, durante o qual o Segurado permanece no seguro sem ter direito as Coberturas contratadas, sem prejuízo do pagamento dos Prêmios individuais. A Carência poderá ser parcial ou total, abranger todas as Coberturas ou algumas delas, exceto as Coberturas relacionadas a Acidente Pessoal, para as quais não há Carência e as quais estarão descritas na Apólice Individual do Seguro.

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

3.7. **Coberturas:** É a designação genérica utilizada para indicar as obrigações que a Seguradora assume para com o Segurado quando da ocorrência de um evento coberto, desde que constantes na Apólice individual.

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

3.9. Contratante: é a pessoa física ou jurídica que mantém Vínculo com o Credor, regularmente incluída e aceita no seguro. No caso de Pessoa Jurídica, o seguro será feito sobre a vida de um ou mais sócios titulares, instituidores, administradores ou empresários, conforme descrito nas Disposições Contratuais. As regras e critérios para casos em existam mais de um proponente responsável pelos pagamentos da obrigação, se houver, serão estabelecidos nas condições particulares

3.10. Condições Contratuais: é o conjunto de condições que regem a contratação, incluindo as constantes na proposta de contratação Individual e da Apólice Individual de seguro.

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

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

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

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

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

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

3.17. Indenização: é o valor descrito na Apólice Individual de Seguro que a Seguradora deverá pagar ao Beneficiário quando da ocorrência de um Evento Coberto. A Indenização está limitada ao Capital Segurado individual contratado para cada uma das Coberturas.

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

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

3.20. Proponente: é a pessoa física ou jurídica que solicita a contratação do seguro, e que passará à condição de Segurado somente após a sua aceitação pela Seguradora.

3.21. Profissional Autônomo e liberal regulamentado: é a pessoa que exerce sua atividade profissional, por conta própria e com aceitação de seus próprios riscos, e que comprove seus rendimentos através de documento contábil comprobatório da atividade profissional, e que seja contribuinte regular da previdência social.

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

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

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

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

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

4. COBERTURAS

As Coberturas deste seguro são:

4.1. Básicas:

- Morte
- Morte Acidental

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

4.2. Adicionais:

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

- Morte

- Morte Acidental
- Invalidez Permanente Total por Acidente (IPTA)
- Desemprego Involuntário (DI)
- Incapacidade Física Total e Temporária (ITT)
- Internação Hospitalar por Acidente ou Doença (IHAD)
- Perda de Renda (PR)

4.3. A(s) cobertura(s) contratada(s) será(ão) expressa(s) contratualmente e na Apólice Individual do Seguro, sendo a básica obrigatória e as demais facultativas.

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

4.4.1. Perda de Renda (PR) quando contratadas as Cláusulas de Desemprego Involuntário (DI), Incapacidade Total e Temporária (ITT) e Internação Hospitalar por Acidente ou Doença (IHAD)

4.5. As coberturas previstas nestas Condições Gerais somente terão validade quando contratadas e expressamente incluídas na Apólice pelo Contrato e/ou seu Aditivo e constarão nas Apólices Individuais do Seguro.

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

5. RISCOS EXCLUÍDOS

5.1. Além dos riscos expressamente excluídos apresentados no Conceito de Acidente Pessoal, item 3.1.2. acima, estão também excluídos para todas as Coberturas passíveis de contratação disponibilizadas pela Seguradora, os eventos ocorridos em consequência, direta ou indireta de e/ou relacionados a:

- a) uso de material nuclear para quaisquer fins, ainda que ocorridos em testes, experiências ou no transporte de armas e/ou projéteis nucleares, incluindo explosões nucleares provocadas ou não, bem como a contaminação radioativa ou exposição a radiações nucleares ou ionizantes;**
- b) atos ou operações de guerra, declarada ou não, de guerra química ou bacteriológica, de guerra civil, invasão, hostilidade, insurreição de poder militar ou usurpado, guerrilha, revolução, agitação, motim, revolta, sedição, sublevação, atos de terrorismo ou outras perturbações da ordem pública e delas decorrentes,**

excetuando-se os casos de prestação de serviço militar, ou de atos de humanidade em auxílio de outrem;

c) doenças e acidentes preexistentes, assim entendido: estados mórbidos e doenças contraídas anteriormente à contratação do seguro, de conhecimento do Segurado e não declaradas no ato da contratação, bem como os acidente sofridos pelo Segurado antes da contratação do seguro. Em relação as doenças preexistentes, excepcionalmente, mediante expresse acordo entre Seguradora e Segurado, poderá ser excluída da cobertura doenças preexistentes específicas declaradas na declaração pessoal de saúde que integra a proposta. Nesta hipótese, a Apólice discriminará a(s) doença(s) preexistente(s) objeto(s) de exclusão de cobertura.

d) suicídio ou sua tentativa nos 2 (dois) primeiros anos de vigência, contados:

**- do início de vigência individual do seguro; ou
- da solicitação de aumento de Capital Segurado feita exclusivamente pelo Segurado/Credor. Nesta hipótese a exclusão somente se aplica à diferença do Capital Segurado aumentado;**

e) atos ilícitos dolosos praticados pelo Segurado, pelo Beneficiário ou pelo representante legal, de um ou de outro, ou ainda pelos sócios controladores, dirigentes e administradores do Credor;

f) tufões, furacões, ciclones, terremotos, maremotos, erupções vulcânicas e outras convulsões da natureza;

g) epidemias, pandemias, envenenamento de caráter coletivo ou qualquer outra causa física que atinja maciçamente a população, assim declaradas por órgão competente.

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

6. ACEITAÇÃO DA PROPOSTA DE CONTRATAÇÃO

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

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

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

6.4. O prazo para aceitação ou recusa da proposta será de 15 (quinze) dias sendo certo que a recusa da proposta deve ser comunicada por escrito.

6.4.1. O prazo para aceitação ou recusa da proposta será de 15 (quinze) dias sendo certo que a recusa da proposta deve ser comunicada por escrito.

6.4.2. A Seguradora poderá solicitar exames ou documentos complementares, uma única vez para análise de aceitação da proposta. 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.

6.4.3. Decorrido o prazo de 15 (quinze) dias, sem que tenha havido manifestação da Seguradora, a proposta será considerada como automaticamente aceita.

6.4.4. Em caso de recusa do risco, em que tenha havido adiantamento de valor para futuro pagamento parcial ou total de Prêmio, o valor do adiantamento é devido no momento da formalização da recusa, devendo ser restituído integralmente ao Proponente, no prazo máximo de 10 (dez) dias corridos. Durante o período compreendido entre a data da recepção do Prêmio pago antecipadamente pela Seguradora até a data da formalização da recusa, haverá cobertura provisória ao proponente, desde solicitada pelo proponente na proposta.

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

6.5. O Segurado está obrigado a comunicar à Seguradora, logo que saiba, todo incidente suscetível de agravar consideravelmente o risco coberto, sob pena de perder o direito à cobertura, se ficar comprovado que ele silenciou de má-fé.

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

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

7. VIGÊNCIA E RENOVAÇÃO DO SEGURO

7.1. O início de vigência do risco individual, desde que o proponente seja aceito no seguro, será a partir das 24:00 (vinte e quatro) hora da data definida na Apólice.

7.2. Nas Apólices de seguro cujas propostas tenham sido recepcionadas, sem pagamento de prêmio, o início de vigência da cobertura deverá coincidir com a data de aceitação da proposta ou com data distinta, desde que expressamente acordada entre as partes.

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

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

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

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

8. CANCELAMENTO DO SEGURO

8.1. A Apólice Individual poderá ser cancelada:

- a) no final do prazo de vigência da Apólice Individual se esta não for renovada;
- b) a qualquer tempo, por mútuo acordo entre Seguradora e o segurado;
- c) automaticamente, se houver dolo, culpa grave ou prática de fraude por parte do credor ou segurado, no ato da contratação ou durante toda a vigência da Apólice;
- d) pelo atraso no pagamento do Prêmio superior a 90 (noventa) dias consecutivos ou alternados, nos termos do item 11.4 destas Condições Gerais.
- e) Em caso de extinção antecipada da obrigação, o seguro estará automaticamente cancelado, devendo a seguradora ser formalmente comunicada, sem prejuízo, se for o caso, da devolução do prêmio pago referente ao período a decorrer.
- f) A pedido do Segurado a qualquer tempo, ainda que anteriormente à extinção da Obrigação

8.2. A Cobertura de cada Segurado cessará:

- a) com o cancelamento da Apólice Individual por quaisquer das situações previstas no item 8.1;
- b) com o pagamento de Indenização em decorrência das Coberturas de Morte, Morte Acidental ou Invalidez Permanente Total por Acidente;
- c) imediatamente, se constatada uma das hipóteses previstas na cláusula “Perda do Direito a Indenização” destas Condições Gerais.

8.3. Exclusivamente para os casos em que o capital segurado for baseado no saldo devedor:

- a) com o desaparecimento do vínculo entre o segurado e o credor, em função da quitação da dívida contraída;
- b) quando ocorrer a quitação antecipada da Obrigação.

8.4. As Apólice Individuais não poderão ser canceladas durante a vigência pela sociedade seguradora sob a alegação de alteração da natureza dos riscos.

8.5. O Segurado poderá solicitar o cancelamento da Apólice Individual a qualquer tempo, ainda que anteriormente à extinção da Obrigação.

9. REAVALIAÇÃO DA TAXA DO SEGURO

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

10. COBRANÇA E PAGAMENTO DO PRÊMIO

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

10.2. A periodicidade e a forma de pagamento dos Prêmios serão definidas no Contrato do seguro, de acordo com o número de parcelas da obrigação contratada..

10.3. 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.

10.4. É vedado ao Credor recolher dos Segurados, a título de Prêmio do seguro, qualquer valor além daquele fixado pela Seguradora. Caso o mesmo receba juntamente com o Prêmio, qualquer quantia que lhe for devida seja a que título

for, fica o Credor obrigado a destacar do documento utilizado na cobrança do Prêmio o valor do Prêmio de cada Segurado.

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

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

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

10.8. Devem ser observados os encargos estabelecidos em Contrato firmado entre o Segurado e o Credor, encargos estes totalmente desvinculados dos encargos indicados no item 11.5.

10.9. As regras e critérios para casos em existam mais de um proponente responsável pelos pagamentos da Obrigação, se houverem, serão estabelecidos na proposta de contratação.

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

11.1. Em caso de não pagamento do Prêmio o Segurado será notificado do atraso, com pelo menos 10 (dez) dias de antecedência do cancelamento para que regularize os pagamentos.

11.2. O Segurado deverá pagar as faturas em atraso, acrescidas dos encargos previstos no item 10.6, para evitar o cancelamento de seu seguro, considerando o disposto no próximo item.

11.3. Ocorrendo Sinistro no período de inadimplência, antes do cancelamento final do seguro, a Seguradora realizará o pagamento do Capital Segurado ao(s) Beneficiário(s), sem prejuízo da cobrança dos Prêmios em atraso, mediante o abatimento do prêmio devido do valor da indenização.

11.4. Após 90 (noventa) dias de atraso no pagamento de qualquer parcela dos Prêmios devidos, o seguro será automaticamente cancelado, independentemente de haver parcela(s) em atraso intercalada(s) com parcela(s) paga(s).

12. CAPITAL SEGURADO

12.1. O Capital Segurado será fixo, ou seja, mantendo-se sem variação ao longo da vigência, independentemente da evolução do valor da Obrigação, conforme estabelecido nas Condições Contratuais e na Apólice Individual do Seguro, **respeitado o limite máximo aplicável.**

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

12.2.1. O valor máximo de cada parcela e a quantidade máxima de parcelas indenizáveis, serão estabelecidos nas Condições Contratuais e na Apólice Individual do Seguro.

13. ATUALIZAÇÃO DOS VALORES

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

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

14. BENEFICIÁRIOS

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

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

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

15. OCORRÊNCIA DO EVENTO

15.1. Ocorrido o Sinistro, deverá ser ele comunicado, por escrito, à Seguradora, pelo Credor, pelo Segurado, ou pelo(s) Beneficiário(s), logo que o saiba(m).

15.2. Quando aplicável, o Segurado na ocasião do Sinistro, deverá recorrer imediatamente, a sua custa, aos

serviços de médicos legalmente habilitados, submetendo-se ao tratamento exigido para uma cura completa.

16. PAGAMENTO DO CAPITAL SEGURADO

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

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

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

16.4. O pagamento de Indenização decorrente do presente seguro será efetuado em até 30 (trinta) dias, após a entrega de todos os documentos básicos abaixo relacionados.

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

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

a) Morte

Não decorrente de acidente:

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

- Declaração do Credor informando o saldo devedor, demonstrando o cálculo trazido a valor presente;

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

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

b) Morte Acidental

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

- Cópia do Boletim de Ocorrência Policial (B.O.), se houver;
- Cópia do Laudo Necroscópico - I.M.L. (Instituto Médico-Legal), se realizado;
- Cópia da CNH (Carteira Nacional de Habilitação) em caso de acidente com veículo dirigido pelo Segurado;
- Cópia do Laudo do Exame de Dosagem Alcoólica e/ou Toxicológico, se houver;
- Cópia da perícia do local de acidente, se houver.

c) Invalidez Permanente Total por Acidente (IPTA)

- Aviso de Sinistro preenchido e assinado (formulário padrão MetLife);
- Relatório médico informando a data do acidente, o percentual do déficit funcional apresentado por segmento, a data de confirmação da alta médica e, obrigatoriamente, da reabilitação “Autorização para Crédito” preenchido e assinado pelo Segurado;
- Cópia do RG (carteira de identidade), C.P.F. (Cadastro de Pessoa Física) e comprovante de residência do Segurado;
- Cópia do Boletim de Ocorrência Policial (B.O.) ou da Comunicação de Acidente de Trabalho (C.A.T.), se houver;
- Cópia da CNH (Carteira Nacional de Habilitação) em caso de acidente com veículo dirigido pelo Segurado;
- Cópia do Laudo do Exame de Dosagem Alcoólica e/ou Toxicológico, se houver
- Cópia do Contrato de Financiamento;
- Declaração do Credor informando o saldo devedor, demonstrando o cálculo trazido a valor presente.

Na hipótese de Contratantes Pessoa Jurídica, para as Coberturas de Morte, Morte Acidental ou Invalidez

Permanente Total por Acidente, além dos documentos mencionados acima:

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

d) Desemprego Involuntário (DI)

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

e) Incapacidade Física Total e Temporária (ITT)

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

- Aviso de Sinistro preenchido e assinado (formulário padrão MetLife);
- formulário “Autorização para Crédito de Indenização” (formulário padrão MetLife), devidamente preenchido e assinado pelo Segurado;
- Cópia do RG (carteira de identidade), CPF (Cadastro de Pessoa Física) e do comprovante de residência do Segurado;
- Exames médicos complementares realizados;
- Cópia do Contrato de Financiamento
- Comprovante de recolhimento do INSS ou Recibo de Pagamento Autônomo (RPA) - os três últimos anteriores ao

afastamento - ou Declaração do imposto de renda ou Carnê leão – último;

- Cópia da comprovação contábil/fiscal da atividade profissional nos 3 (três) meses que antecedem ao afastamento;
- Declaração do Credor informando o saldo devedor, demonstrando o cálculo trazido a valor presente.

f) Internação Hospitalar Por Acidente ou Doença (IHAD)

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

g) Perda de Renda (PR)

Pagamento da Indenização em caso de Segurado que trabalhe sob regime CLT.

- Aviso de Sinistro preenchido e assinado (formulário padrão MetLife);
- Cópia autenticada da Carteira de Trabalho, página da foto e qualificação civil, página do último Contrato de Trabalho, folha posterior ao Contrato (a autenticação deverá ocorrer após cumprido o período de franquia) e da página que comprove o recebimento do Seguro Desemprego, quando houver; ou Carteira de Trabalho Digital e documentos complementares (Contrato de trabalho) documento físico, e que se fizeram necessário no momento da análise.
- Cópia do RG (carteira de identidade), CPF (Cadastro de Pessoa Física) e do comprovante de residência do Segurado;
- Cópia do Contrato de Financiamento

- Declaração do Credor informando o saldo devedor, demonstrando o cálculo trazido a valor presente, quando esta for a modalidade de cálculo da Indenização
- Cópia autenticada do Termo de Rescisão do Contrato de Trabalho homologado no TRT ou Sindicato;
- Cópia autenticada da Autorização de Movimento do Fundo de Garantia por Tempo de Serviço (FGTS);
- Cópia autenticada do último extrato do Fundo de Garantia por Tempo de Serviço caso tenha sido fornecido pela empresa.
- Extrato do Cartão de Crédito com o primeiro vencimento subsequente à data de Sinistro e que conste a Obrigação (cópia legível), quando este for o meio de pagamento do Seguro.

Pagamento da Indenização em caso de Segurado que trabalhe como Profissional Liberal ou Autônomo Regulamentado.

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

Pagamento da Indenização em caso de Segurado que trabalhe como Profissional Liberal ou Autônomo NÃO Regulamentado.

- Aviso de sinistro preenchido e assinado (formulário padrão MetLife);
- Formulário “Autorização de Pagamento de Indenização” (formulário padrão MetLife), devidamente preenchido e

assinado pelo Segurado ou, quando for o caso, por cada um dos Beneficiários;

- Cópias do RG (cédula de identidade), CPF (Cadastro de Pessoas Físicas) e comprovantes de residência do Segurado e, quando for o caso, de cada um dos Beneficiários;
- Cópia do Prontuário Hospitalar completo;
- Declaração assinada e carimbada por representante do Hospital indicando data e hora de entrada e de alta hospitalar, mencionando períodos de enfermagem e UTI;
- Cópia do BO (Boletim de Ocorrência Policial) e/ou CAT (Comunicação de Acidente do Trabalho), se houver;
- Cópia da CNH (Carteira Nacional de Habilitação), em caso de acidente com veículo dirigido pelo Segurado;
- Cópia do Laudo do Exame de Dosagem Alcoólica e/ou Toxicológico, se realizado(s);
- Cópia do laudo da perícia técnica realizada no local do acidente, se houver;
- Cópia do resultado de exames complementares realizados;
- Cópia da Ficha de Registro de Empregado;
- Cópia dos 3 (três) últimos comprovantes de salário,
- Todos os resultados de exames comprobatórios do acidente ou doença, de Clínicas, Consultórios e Hospitais, exames laboratoriais, laudo do médico-assistente e quaisquer outros documentos referentes ao evento.
- Laudo de Exame de Corpo Delito (IML) quando realizado

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

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

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

16.6.1. Caso a Seguradora exija a apresentação de outros documentos, o prazo de 30 (trinta) dias previsto no item 18.4 acima será suspenso, voltando a correr a partir do primeiro dia útil subsequente aquele em que forem completamente atendidas as exigências.

16.7. Caso haja atraso no pagamento da Indenização, a importância devida pela Seguradora, relativa ao Evento Coberto, independentemente de notificação ou interpeção judicial, será atualizada com base na variação positiva do Índice de Preços ao Consumidor Amplo (IPCA/IBGE), desde a data do Sinistro até a data do efetivo pagamento, acrescida de multa de 2% (dois por cento) e juros de mora de 1% (um por cento) ao mês, contados a partir da mora.

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

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

17. PERÍCIA MÉDICA/JUNTA MÉDICA

17.1. A Seguradora poderá, a seu critério, submeter o Segurado a exame (perícia) para comprovação da invalidez e/ou avaliação do nível de incapacidade e/ou do período indicado de afastamento. No caso de divergências e dúvidas de natureza médica relacionada ao objeto do Seguro, sobre a causa, natureza ou extensão das lesões, bem como a avaliação da incapacidade ou invalidez ou ainda sobre matéria médica não prevista expressamente na Apólice será proposta pela Seguradora, por meio de correspondência escrita ao Segurado, no prazo de 15 (quinze) dias a contar da data da contestação, a constituição de uma junta médica.

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

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

18. PERDA DO DIREITO À INDENIZAÇÃO

18.1. Se o, o Segurado, seu representante legal ou seu Corretor de Seguros fizerem declarações inexatas ou omitirem circunstâncias que possam influir na aceitação da Proposta ou no valor do Prêmio, a Seguradora não pagará qualquer Indenização com base no presente seguro, além de estar o Segurado obrigado ao pagamento do prêmio vencido.

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

18.2.1. Na hipótese de não ocorrência de 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.

18.2.2. Na hipótese de ocorrência de Sinistro com pagamento parcial do Capital Segurado:

- a) após o pagamento da indenização, cancelar o seguro, retendo do prêmio originalmente pactuado a parcela calculada proporcionalmente ao tempo decorrido, acrescido da diferença cabível; ou
- b) mediante acordo entre Segurado e Seguradora, permitir a continuidade do seguro, podendo cobrar a diferença de prêmio cabível, deduzi-la do valor a ser indenizado e/ou restringir termos e condições da cobertura contratada

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

18.4. 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 Cobertura do seguro se agravar intencionalmente o risco objeto do Contrato.

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

19. OBRIGAÇÕES DAS PARTES CONTRATANTES

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

19.2. Sem prejuízo das demais obrigações previstas nestas Condições Gerais e, se houver, nas Cláusulas Adicionais e no Contrato, constituem obrigações do Credor:

20. MATERIAL DE DIVULGAÇÃO

20.1. A propaganda e a divulgação do seguro, por parte do Credor e/ou seu representante legal, dependerão de

autorização expressa e supervisão da Seguradora, respeitadas as condições da Apólice e as normas deste seguro.

21. CUMPRIMENTO DAS LEIS ANTICORRUPÇÃO

21.1. O Segurado ou seu representante, não ofertará tampouco aceitará pagamentos, ou fornecerá qualquer coisa de valor a nenhuma pessoa em violação das leis antissuborno aplicáveis com relação ao presente contrato de seguro ou de qualquer maneira que possa afetá-lo. O Segurado reconhece que as leis anticorrupção internacionais, FCPA e a UK Bribery Act, inclusive a lei brasileira n.º 12.846/2013 e seu respectivo decreto n.º 8.420/2015, proíbem qualquer oferta direta ou indireta, pagamento ou recebimento de dinheiro ou qualquer coisa de valor de/para qualquer pessoa (inclusive, sem limitação, qualquer servidor público, organização internacional, partido político, oficial de partido ou candidato a cargos políticos) para fins de obter, manter ou instruir negócios, garantir qualquer vantagem imprópria na condução de negócios ou aliciar a realização imprópria de qualquer função pública ou comercial. O Segurado declara e garante que durante o cumprimento de suas obrigações segundo as presentes Condições Gerais, não ofertou tampouco realizou, e concorda que não ofertará tampouco fará nenhum pagamento proibido.

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

22.1. O objetivo da presente cláusula, respeitando-se todo o conteúdo destas Condições Gerais, é estabelecer os procedimentos de prevenção e combate ao terrorismo, lavagem de dinheiro e outros ilícitos correlatos combatidos no Brasil e no exterior, tais procedimentos devem ser assumidos pelo Segurado e pela Seguradora, bem como, os critérios que serão utilizados para caracterização da perda de direitos ou suspensão da(s) cobertura(s) contratada(s) ou do(s) pagamento(s) de quaisquer indenizações devidas pelo presente seguro nas situações nas quais o Segurado ou seu(s) beneficiário(s) for(em) ou estiver(em) inserido(s) em listas de embargos ou sanções econômicas ou comerciais expedidas por órgãos nacionais ou internacionais de combate a lavagem de dinheiro e financiamento ao terrorismo ou esteja(m) sujeito(s) as sanções previstas na legislação brasileira ou internacional, desde que não violem o ordenamento jurídico pátrio e a ordem pública.

22.2. A Seguradora não pagará qualquer Indenização com base no presente seguro, se o Segurado e/ou seu representante legal praticar ato doloso de terrorismo, lavagem de dinheiro e outros ilícitos correlatos combatidos no Brasil e no exterior, desde que o referido ato doloso tenha

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

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

22.4. Durante o processo de regulação de sinistro esta Seguradora verificará se o Segurado, seu(s) beneficiário(s) ou se os locais de ocorrência dos eventos reclamados constam de listas de embargos ou sanções expedidas por órgãos nacionais ou internacionais de combate a lavagem de dinheiro e financiamento ao terrorismo. Neste sentido, no que contrariar ou não constar das informações prestadas pelo Segurado à Seguradora quando da análise da proposta de seguro, na hipótese do Segurado ou os beneficiários das indenizações devidas ou dos locais de ocorrência dos eventos reclamados constarem das referidas listas ou nas situações nas quais as referidas listas forem atualizadas após a aceitação do risco, o direito à cobertura contratada não fica prejudicado, não caracterizando perda de direitos ou risco excluído, entretanto, o pagamento da indenização fica suspenso até que ocorra a superação do referido embargo ou sanção ou até que ocorra decisão da corte judicial superior brasileira referente ao procedimento que deverá ser adotado para este fim, mediante consulta a ser efetuada por esta Seguradora.

22.5. Adicionalmente, no caso de sanção de indisponibilidade de bens por parte Segurado ou beneficiários, nos termos da Lei n. 13.810, de 8 de março de 2019, qualquer tipo de pagamento decorrente do presente contrato de seguro ficará suspenso até que ocorra a superação da referida sanção ou até que ocorra decisão da corte judicial superior brasileira referente ao procedimento que deverá ser adotado para este fim, mediante consulta a ser efetuada por esta Seguradora. Destaca-se que o referido procedimento não prejudica o direito à cobertura contratada.

23. TRIBUTOS

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

24. PRESCRIÇÃO

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

25. FORO

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

26. DISPOSIÇÕES FINAIS

26.1. a aceitação da proposta está sujeita à análise do risco

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

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

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

26.5. 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.

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

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

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

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



CLÁUSULA DE MORTE

1. OBJETIVO

1.1. Esta Cláusula, garante o pagamento de uma Indenização ao Credor, em caso de morte do Segurado decorrente de causas naturais ou acidentais, **exceto se decorrente de Riscos Excluídos, observados os demais termos desta Cláusula, das Condições Gerais e as demais Disposições Contratuais.**

2. DEFINIÇÃO

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

3. RISCOS EXCLUÍDOS

3.1. Além dos riscos expressamente excluídos apresentados no Conceito de Acidente Pessoal, item 3.2.2. Aplicam-se os riscos excluídos do item 5 das Condições Gerais.

4. CAPITAL SEGURADO

4.1. O Capital Segurado para esta Cláusula será estabelecido contratualmente e deverá constar nas respectivas Apólices Individuais do Seguro.

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

5. VIGÊNCIA

5.1. A cobertura compreendida por esta Cláusula terá vigência igual à prevista na Apólice individual.

6. CESSAÇÃO DE COBERTURA

6.1. Para fins desta cobertura se aplicam as hipóteses previstas nos itens 8, 11 e 12 das Condições Gerais.

7. PRÊMIO

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

8. ÂMBITO TERRITORIAL DE COBERTURA

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

9. CARÊNCIA

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

10. DISPOSIÇÕES GERAIS

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



CLÁUSULA DE MORTE ACIDENTAL (MA)

1. OBJETIVO

1.1. Esta Cláusula, desde que contratada, garante o pagamento de uma indenização ao Credor, em caso de morte do Segurado decorrente de Acidente Pessoal, **exceto se decorrente de Riscos Excluídos, observados os demais termos desta Cláusula, das Condições Gerais e as demais Disposições Contratuais.**

2. DEFINIÇÃO

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

3. RISCOS EXCLUÍDOS

3.1. Além dos riscos expressamente excluídos apresentados no Conceito de Acidente Pessoal, item 3.2.2. Aplicam-se os riscos excluídos do item 5 das Condições Gerais, estão também excluídos os eventos ocorridos em consequência, direta ou indireta de e/ou relacionados a:

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

4. CAPITAL SEGURADO

4.1. O Capital Segurado para esta Cláusula será estabelecido contratualmente e deverá constar nas respectivas Apólices Individuais do Seguro.

4.2. Para fins desta Cláusula, considera-se como data

5. VIGÊNCIA

5.1. A cobertura compreendida por esta Cláusula terá vigência igual à prevista na Apólice individual.

6. CESSAÇÃO DE COBERTURA

6.1. Para fins desta cobertura se aplicam as hipóteses previstas nos itens 8, 11 e 12 das Condições Gerais.

7. PRÊMIO

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

8. ÂMBITO TERRITORIAL DE COBERTURA

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

9. DISPOSIÇÕES GERAIS

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



CLÁUSULA ADICIONAL DE INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL POR ACIDENTE (IPTA)

1. OBJETIVO

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

2. DEFINIÇÕES

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

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

É considerada Invalidez Permanente e Total por Acidente:

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

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

2.2.2. Na hipótese de ocorrência de um acidente que provoque incapacidade definitiva de um membro ou órgão já defeituoso, o percentual correspondente à

incapacidade anterior ao acidente será deduzido da Indenização.

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

3. RISCOS EXCLUÍDOS

3.1. Além dos riscos expressamente excluídos apresentados no Conceito de Acidente Pessoal, item 3.2.2. Aplicam-se os riscos excluídos do item 5 das Condições Gerais, estão também excluídos os eventos ocorridos em consequência, direta ou indireta de e/ou relacionados a:

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

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

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

4. CAPITAL SEGURADO

4.1. O Capital Segurado para esta Cláusula será estabelecido contratualmente e deverá constar nas respectivas Apólices Individuais do Seguro.

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

5. VIGÊNCIA

5.1. A cobertura compreendida por esta Cláusula terá vigência igual à prevista na Apólice individual.

6. CESSAÇÃO DE COBERTURA

6.1. Para fins desta cobertura se aplicam as hipóteses previstas nos itens 8, 11 e 12 das Condições Gerais.

7. PRÊMIO

7.1. O Prêmio referente a esta Cláusula Adicional estará previsto contratualmente e na Apólice Individual do Seguro.

8. ÂMBITO TERRITORIAL DE COBERTURA

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

9. DISPOSIÇÕES GERAIS

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



CLÁUSULA ADICIONAL DE DESEMPREGO INVOLUNTÁRIO (DI)

1. OBJETIVO

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

2. ELEGIBILIDADE

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

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

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

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

3. CARÊNCIA

3.1. É de até 31 (trinta e um) dias a Carência desta Cobertura, conforme definido na Apólice Individual do Seguro, contada a partir do início de vigência individual..

4. FRANQUIA

4.1. É de até 31 (trinta e um) dias ininterruptos, por evento, conforme definido na Apólice Individual do Seguro, contados a partir da data do desligamento do Segurado junto ao empregador.

5. RISCOS EXCLUÍDOS

5.1. Além dos riscos expressamente excluídos apresentados no Conceito de Acidente Pessoal, item 3.2.2. Aplicam-se os riscos excluídos do item 5 das Condições Gerais, estão também excluídos os eventos ocorridos em consequência, direta ou indireta de e/ou relacionados a:

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

6. CAPITAL SEGURADO

6.1. O Capital Segurado para esta Cláusula será estabelecido contratualmente e deverá constar nas respectivas Apólices Individuais do Seguro.

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

7. VIGÊNCIA

7.1. A cobertura compreendida por esta Cláusula terá vigência igual à prevista na Apólice individual.

8. CESSAÇÃO DE COBERTURA

8.1. Para fins desta cobertura se aplicam as hipóteses previstas nos itens 8, 11 e 12 das Condições Gerais.

9. PRÊMIO

9.1 O Prêmio referente a esta Cláusula estará previsto contratualmente.

10. ÂMBITO TERRITORIAL DE COBERTURA

10.1. Esta Cláusula abrange os eventos ocorridos no Brasil.

11. REINTEGRAÇÃO

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

12. DISPOSIÇÕES GERAIS

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



CLÁUSULA ADICIONAL DE INCAPACIDADE FÍSICA TOTAL E TEMPORÁRIA (ITT)

1. OBJETIVO

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

2. ELEGIBILIDADE

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

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

3. CARÊNCIA

3.1. É de até 31 (trinta e um) dias a Carência desta Cobertura, conforme definido na Apólice Individual do Seguro, para os eventos decorrentes de doença, contada a partir do início de vigência individual. Para os eventos decorrentes de acidentes pessoais não haverá Carência.

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

4. FRANQUIA

4.1. É o período de até 15 (quinze) dias ininterruptos, contados a partir da data do evento coberto, durante o qual não há Cobertura pelo seguro, suportando o Segurado as consequências do evento gerador. Este

período será expresso na Apólice Individual do Seguro e será contado em cada evento coberto.

5. RISCOS EXCLUÍDOS

5.1. Além dos riscos expressamente excluídos apresentados no Conceito de Acidente Pessoal, item 3.2.2. Aplicam-se os riscos excluídos do item 5 das Condições Gerais, estão também excluídos os eventos ocorridos em consequência, direta ou indireta de e/ou relacionados a:

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

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

6. CAPITAL SEGURADO

6.1. O Capital Segurado para esta Cláusula será estabelecido contratualmente e deverá constar nas respectivas Apólices Individuais do Seguro.

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

7. VIGÊNCIA

7.1. A cobertura compreendida por esta Cláusula terá vigência igual à prevista na Apólice individual.

8. CESSAÇÃO DE COBERTURA

8.1. Para fins desta cobertura se aplicam as hipóteses previstas nos itens 8, 11 e 12 das Condições Gerais.

9. PRÊMIO

9.1 O Prêmio referente a esta Cláusula estará previsto contratualmente.

10. ÂMBITO TERRITORIAL DE COBERTURA

10.1. Esta Cláusula abrange os eventos ocorridos no Brasil.

11. REINTEGRAÇÃO

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

12. DISPOSIÇÕES GERAIS

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



COBERTURA INTERNAÇÃO HOSPITALAR POR ACIDENTE OU DOENÇA (IHAD)

1. OBJETIVO

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

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

2. ELEGIBILIDADE

2.1. Somente terá direito a esta cobertura o Segurado, Profissional Autônomo e Liberal NÃO Regulamentado, conforme definido no item 2.1.30. das Condições Gerais, e segurados que não exerçam atividades remuneradas.

3. DEFINIÇÕES

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

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

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

3.3. Hospitalização: é a permanência em hospital por período mínimo de 12 horas, em regime de internação, caracterizada pela utilização de acomodação, qualquer que seja o tipo, para tratamento médico-hospitalar que não possa ser realizado em residência. **Independente do período de**

Hospitalização, é necessário cumprir o período de Franquia observado o estabelecido contratualmente.

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

3.5. Diária: cada diária é caracterizada pelo período completo de 24 (vinte e quatro) horas de Internação.

4. RISCOS EXCLUÍDOS

4.1. Além dos riscos expressamente excluídos apresentados no Conceito de Acidente Pessoal, item 3.2.2. Aplicam-se os riscos excluídos do item 5 das Condições Gerais, estão também excluídos os eventos ocorridos em consequência, direta ou indireta de e/ou relacionados a:

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

o) diárias de internação não necessárias para o efetivo tratamento médico, tais como, mas não se limitando a, espera para a realização de cirurgia; disponibilidade para exames de diagnose; repouso; internação com a finalidade exclusiva de realização de exames de qualquer natureza para fins de avaliação do estado de saúde, inclusive check-up; internação para doação de órgãos;
p) doenças mentais e/ou psiquiátricas inclusive o “stress”.

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

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

5. CAPITAL SEGURADO

5.1. O Capital Segurado para esta cobertura será estabelecido contratualmente e deverá constar nas respectivas Apólices Individuais do Seguro.

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

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

6. REINTEGRAÇÃO DO CAPITAL SEGURADO

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

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

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

7. INÍCIO DE VIGÊNCIA

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

8. CESSAÇÃO DE COBERTURA

8.1. Além das hipóteses previstas nos itens 8, 11 e 12 das Condições Gerais, a cobertura do risco cessa ainda:

8.1.1. Para o Segurado:

- c) com o falecimento do Segurado;**
- d) com o pagamento da Indenização, se houver previsão de cancelamento da Apólice na respectiva cobertura contratada, que gerou a Indenização.**

9. PRÊMIO

9.1. O Prêmio referente a esta cobertura estará previsto contratualmente

10. CARÊNCIA

10.1. É o período de até 31 (Trinta e um) dias contados a partir da data do início de vigência individual do Seguro durante o qual o Segurado não terá direito à cobertura descrita nesta cláusula. Este período será expresso na Apólice Individual do Seguro.

11. FRANQUIA

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

12. AMBITO TERRITORIAL DE COBERTURA

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

13. PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO

13.1. Para a análise do pagamento da Indenização, respeitado o disposto nas Condições Gerais item 17, deverão ser apresentados os respectivos documentos básicos, a seguir relacionados:

- Aviso de sinistro preenchido e assinado (formulário padrão MetLife);
- Formulário “Autorização de Pagamento de Indenização” (formulário padrão MetLife), devidamente preenchido e assinado pelo Segurado ou, quando for o caso, por cada um dos Beneficiários;
- Cópias do RG (cédula de identidade), CPF (Cadastro de Pessoas Físicas) e comprovantes de residência do Segurado e, quando for o caso, de cada um dos Beneficiários;
- Cópia do Prontuário Hospitalar completo;
- Declaração assinada e carimbada por representante do Hospital indicando data e hora de entrada e de alta hospitalar, mencionando períodos de enfermagem e UTI;
- Cópia do BO (Boletim de Ocorrência Policial) e/ou CAT (Comunicação de Acidente do Trabalho), se houver;
- Cópia da CNH (Carteira Nacional de Habilitação), em caso de acidente com veículo dirigido pelo Segurado;
- Cópia do Laudo do Exame de Dosagem Alcoólica e/ou Toxicológico, se realizado(s);
- Cópia do laudo da perícia técnica realizada no local do acidente, se houver;
- Cópia do resultado de exames complementares realizados;
- Cópia da Ficha de Registro de Empregado;
- Cópia dos 3 (três) últimos comprovantes de salário;
- Todos os resultados de exames comprobatórios do acidente ou doença, de Clínicas, Consultórios e Hospitais, exames laboratoriais, laudo do médico-assistente e quaisquer outros documentos referentes ao evento.
- Laudo de Exame de Corpo Delito (IML) quando realizado

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

- a) cópia do comprovante da condição de dependente, caso seja;
- b) cônjuge: RG / CPF e comprovante de residência e certidão de casamento atualizada;

c) companheira(o): cópia da cédula de identidade, CPF e comprovação de união estável por ocasião da ocorrência do sinistro e Comprovante de residência;

d) filhos: cópia da certidão de nascimento ou cédula de identidade e CPF;

e) enteado: cópia da cédula de identidade, comprovante de casamento dos pais e CPF.

14. DISPOSIÇÕES GERAIS

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



CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA DE PERDA DE RENDA (PR)

1. OBJETIVO

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

2. ELEGIBILIDADE

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

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

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

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

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

2.2. Segurado Profissional Autônomo ou Liberal com comprovação de renda

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

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

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

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

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

2.3.2. Somente terá direito a esta cobertura o Segurado, Profissional Autônomo ou Liberal NÃO Regulamentado, conforme definido no item 2.1.30. das Condições Gerais, e segurados que não exerçam atividades remuneradas.

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

2.4. O Segurado é elegível à cobertura mesmo que mude sua condição empregatícia ao longo da vigência.

3. CARÊNCIA

3.1. É o período de até 31 (trinta e um) dias contados a partir da data do início de vigência individual do Seguro durante o qual o Segurado não terá direito à cobertura

descrita nesta cláusula. Este período será expresso na Apólice Individual do Seguro.

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

4. FRANQUIA

4.1. É o período contado a partir da data do evento coberto durante o qual não há Cobertura pelo seguro, suportando o Segurado as consequências do evento gerador. Este período será expresso na Apólice Individual do Seguro e será contado em cada evento coberto.

4.1.1 Em caso de **Segurado que trabalhe sob regime CLT a Franquia é de até 31 (trinta e um) dias ininterruptos**, por evento, conforme definido no Contrato de Seguro e/ou Apólice Individual, contados a partir da data do desligamento do Segurado junto ao empregador.

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

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

5. RISCOS EXCLUÍDOS

5.1. Além dos riscos expressamente excluídos apresentados no Conceito de Acidente Pessoal, item 3.2.2. Aplicam-se os riscos excluídos do item 5 das Condições Gerais, estão também excluídos os eventos ocorridos em consequência, direta ou indireta de e/ou relacionados a:

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

- a) abandono de emprego ou pedido voluntário de demissão pelo empregado;
- b) adesão do empregado a programas de demissão voluntária (PDV) de qualquer natureza ou incentivada e/ou por acordo coletivo de trabalho;

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

5.1.2. Segurado Profissional Liberal ou Autônomo Regulamentado

- a) gravidez;
- b) procedimentos e/ou tratamentos, clínicos ou cirúrgicos, para esterilidade, infertilidade, inseminação artificial, impotência sexual, controle de natalidade, bem como suas consequências, inclusive períodos de convalescença a eles relacionados;
- c) tratamentos clínicos ou cirúrgicos com finalidade estética, salvo quando necessárias à restauração das funções alteradas em razão de Sinistro ocorrido na vigência do seguro;
- d) cirurgias plásticas (estéticas ou não) e períodos de convalescença a elas relacionados;
- e) tratamentos para obesidade, em qualquer modalidade, inclusive gastroplastia redutora;
- f) tratamentos para senilidade, geriatria, rejuvenescimento, repouso, convalescença e suas consequências;
- g) tratamentos odontológicos e ortodônticos de quaisquer espécies, salvo quando decorrentes de Acidente Pessoal, ocorridos dentro do período de vigência do seguro;
- h) doenças degenerativas da coluna vertebral, com exceção de tratamento cirúrgico;
- i) doenças crônicas, mesmo em fase aguda, entendendo-se como tal aquelas caracterizadas por sua evolução longa e insidiosa, com período de melhora e piora, não

respondendo satisfatoriamente a procedimentos terapêuticos;

j) doenças de características reconhecidamente progressivas, tais como fibromialgia, artrite reumatoide, osteoartrose, dor miofascial, esclerose múltipla, doença de Alzheimer, Doença de Parkinson, entre outras;

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

l) eventos causados exclusivamente pela não utilização, pelo Segurado, de equipamentos de segurança exigidos por lei;

m) eventos causados exclusivamente pela ausência de habilitação do Segurado para condução de veículo automotor;

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

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

5.1.2. Segurado Profissional Liberal ou Autônomo NÃO Regulamentado

a) perturbações e intoxicações alimentares de qualquer espécie;

b) eventos causados exclusivamente pela não utilização, pelo Segurado, de equipamentos de segurança exigidos por lei;

c) eventos causados exclusivamente pela ausência de habilitação do Segurado para condução de veículo automotor;

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

e) tratamentos clínicos ou cirúrgicos experimentais e/ou não previstos no Código Brasileiro de Ética Médica e/ou não reconhecidos pelo Ministério da Saúde;

f) tratamento odontológico de qualquer espécie e suas consequências;

g) tratamentos clínicos ou cirúrgicos com finalidade estética;

h) cirurgias plásticas (estéticas ou não);

i) diárias de internação não necessárias para o efetivo tratamento médico, tais como, mas não se limitando a, espera para a realização de cirurgia; disponibilidade para exames; internação com a finalidade exclusiva de realização de exames de qualquer natureza para fins de avaliação do estado de saúde, inclusive check-up.

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

k) cirurgia para correção de fimose;

l) tratamentos para obesidade em qualquer modalidade, inclusive gastroplastia redutora;

m) tratamentos para senilidade, geriatria, rejuvenescimento e suas consequências;

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

o) doenças mentais e/ou psiquiátricas inclusive o “stress”.

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

a) Instituições para atendimento de deficientes mentais, de tratamento psiquiátrico, incluindo departamento psiquiátrico de hospital;

b) Local de internação de idosos, do tipo asilo, casa de repouso e similares;

c) Instituições de recuperação de viciados em álcool e drogas;

d) Clínicas hidroterápicas ou de métodos curativos naturais;

e) Clínicas de convalescença de tratamento médico, do tipo pós-operatório e/ou reabilitação de acidentes e doenças;

f) Estâncias hidrominerais, “spa” (ou assemelhadas), e/ou internação domiciliar.

6. CAPITAL SEGURADO

6.1. O Capital Segurado para esta Cláusula será estabelecido contratualmente e deverá constar nas respectivas Apólices Individuais do Seguro.

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

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

7. VIGÊNCIA

7.1. A cobertura compreendida por esta Cláusula terá vigência igual à prevista na Apólice Individual.

8. CESSAÇÃO DE COBERTURA

8.1. Para fins desta cobertura se aplicam as hipóteses previstas nos itens 8, 11 e 12 das Condições Gerais.

8.1.1. Para o Segurado:

- a) simultaneamente, com o cancelamento da Apólice Individual de Seguro ou da presente Cobertura;**
- b) com o falecimento do Segurado;**
- c) quando o segurado se aposentar**

9. PRÊMIO

9.1 O Prêmio referente a esta Cláusula estará previsto contratualmente.

10. PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO

10.1. Para a análise do pagamento da Indenização em caso de Segurado que trabalhe sob regime CLT, respeitado o disposto nas Condições Gerais item 17, deverão ser apresentados os respectivos documentos básicos, a seguir relacionados:

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

(cópia legível), quando este for o meio de pagamento do Seguro.

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

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

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

- Aviso de sinistro preenchido e assinado (formulário padrão MetLife);
- Formulário “Autorização de Pagamento de Indenização” (formulário padrão MetLife), devidamente preenchido e assinado pelo Segurado ou, quando for o caso, por cada um dos Beneficiários;
- Cópias do RG (cédula de identidade), CPF (Cadastro de Pessoas Físicas) e comprovantes de residência do Segurado e, quando for o caso, de cada um dos Beneficiários;
- Cópia do Prontuário Hospitalar completo;
- Declaração assinada e carimbada por representante do Hospital indicando data e hora de entrada e de alta hospitalar, mencionando períodos de enfermagem e UTI;

- Cópia do BO (Boletim de Ocorrência Policial) e/ou CAT (Comunicação de Acidente do Trabalho), se houver;
- Cópia da CNH (Carteira Nacional de Habilitação), em caso de acidente com veículo dirigido pelo Segurado;
- Cópia do Laudo do Exame de Dosagem Alcoólica e/ou Toxicológico, se realizado(s);
- Cópia do laudo da perícia técnica realizada no local do acidente, se houver;
- Cópia do resultado de exames complementares realizados;
- Cópia da Ficha de Registro de Empregado;
- Cópia dos 3 (três) últimos comprovantes de salário
- Todos os resultados de exames comprobatórios do acidente ou doença, de Clínicas, Consultórios e Hospitais, exames laboratoriais, laudo do médico-assistente e quaisquer outros documentos referentes ao evento.
- Laudo de Exame de Corpo Delito (IML) quando realizado.

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

11. ÂMBITO TERRITORIAL DE COBERTURA

11.1. Esta Cláusula abrange os eventos ocorridos no Brasil.

12. REINTEGRAÇÃO DO CAPITAL SEGURADO

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

13. DISPOSIÇÕES GERAIS

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