

Condições gerais Seguro Proteção Pessoal Sem Parar

Seguros | Sem Parar

CONDIÇÕES GERAIS DO SEGURO ACIDENTES PESSOAIS PASSAGEIROS

1. CARACTERÍSTICAS

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

2. OBJETIVO

2.1. O presente seguro tem por objetivo garantir o pagamento de uma importância, limitada ao valor do Capital Segurado contratado, ao Segurado ou a seu(s) beneficiário(s), decorrente de eventos ocorridos exclusivamente aos passageiros de veículos ou embarcações de propriedade do estipulante ou sob sua responsabilidade, devidamente licenciado para o transporte de pessoas nas linhas ou trajetos e condições especificadas no Contrato, exceto se decorrentes de riscos excluídos e desde que respeitadas as demais cláusulas destas Condições Gerais e do Contrato.

2.2. Considera-se como passageiros, para fins deste seguro:

2.2.1 As pessoas que tenham adquirido bilhete de passagem, ou;

2.2.2. As pessoas que contenham comprovante que no momento do acidente estiverem sendo transportadas em veículo e/ou embarcações devidamente licenciados para o transporte de pessoas, ou;

2.2.3. Os condutores dos veículos de transporte de passageiros quando previstos nas condições contratuais do seguro.

2.2.4. Para todas as situações previstas nos subitens 2.2.1, 2.2.2 e 2.2.3 o número máximo de passageiros cobertos está limitado à lotação oficial máxima autorizada para o veículo e/ou embarcação.

3. DEFINIÇÕES

3.1. Acidente Pessoal: é o evento com data caracterizada, exclusivo e diretamente externo, súbito, involuntário, violento e causador de lesão física, que, por si só, e independentemente de qualquer outra causa, tenha como consequência direta a Morte, ou a Invalidez Permanente, Parcial ou Total, ou que torne necessário tratamento médico, observando-se que:

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 ou da sua recondução depois de suspenso, que será equiparado, para fins de Indenização, a Acidente Pessoal, observada a legislação em vigor;

b) ação da temperatura do ambiente ou influência atmosférica, quando a elas o Segurado ficar sujeito em decorrência de acidente coberto;

c) escapamento acidental de gases e vapores;

d) sequestros e suas tentativas;

e) 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 provocadas, desencadeadas ou 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 3.1 – Definições.

3.2. Apólice: é o documento emitido pela Seguradora que formaliza a aceitação da(s) Cláusula(s) contratada(s) pelo Estipulante.

3.3. Capital Segurado: é o valor máximo para a cobertura contratada por ocupante do(s) veículo(s) discriminado(s) na apólice, a ser pago ou reembolsado pela Seguradora, no caso de ocorrência de sinistro coberto pela apólice, vigente na data do evento. Nenhuma Indenização poderá ser superior ao Capital Segurado.

3.4. Carência: é o período de tempo ininterrupto, contado da data do início de vigência individual, durante o qual o Segurado permanece no Seguro sem ter direito à(s) Cláusula(s) contratada(s), sem prejuízo do pagamento do Prêmio. A Carência poderá ser total ou parcial, abrangendo exclusivamente as Cláusulas não relacionadas a Acidente Pessoal, para as quais não há Carência.

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

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

3.6. Bilhete: é o documento emitido pela Seguradora que formaliza a aceitação da(s) cobertura(s) solicitada(s) pelo Segurado, substitui a apólice individual e dispensa o preenchimento de proposta, nos termos da legislação específica.

3.7. Cláusula(s) Contratada(s): é o conjunto das condições e disposições que regem especificamente cada uma das coberturas disponíveis, passando a ser garantido pelo Seguro, quando contratada.

3.8. Condições Especiais: é o conjunto de cláusulas e disposições relativas às garantias e/ou modalidades deste plano de Seguro, onde são descritos quais são os riscos cobertos e os riscos não cobertos em cada garantia, que passam a ser parte integrante do contrato de Seguro quando contratada.

3.9. Condições Gerais: conjunto de cláusulas que regem um mesmo plano de Seguro, estabelecendo obrigações e direitos, da sociedade Seguradora, dos Segurados, dos Beneficiários e, quando couber, do Estipulante;

3.10. Contrato: é o instrumento jurídico firmado entre o Estipulante e a Seguradora, que estabelece as peculiaridades de determinada contratação de plano coletivo e fixam os direitos e obrigações do Estipulante, da Seguradora, do Segurado e do(s) Beneficiário(s).

3.11. Corretor: é o profissional autônomo, pessoa natural ou jurídica, devidamente habilitado e registrado na Superintendência de Seguros Privados (SUSEP) para intermediar e promover contratos de Seguros, de acordo com a Lei nº 4.594/1964 e no Decreto-Lei nº 73/1966. Nos termos da legislação vigente, o corretor de Seguros responderá civilmente perante os Estipulantes, Subestipulantes, Segurados e Seguradora pelos prejuízos que causar por omissão, imperícia ou negligência no exercício da profissão.

3.12. Disposições Contratuais: é o conjunto de condições que regem a contratação.

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

3.14. Evento Coberto: é o acontecimento futuro e incerto, previsto e não excluído na(s) Cláusula(s) contratadas, ocorrido durante a vigência do Seguro contratado, capaz de acarretar obrigações pecuniárias à Seguradora em favor do Segurado ou do(s) Beneficiário(s).

3.15. Franquia: poderá ser o período, em dias, contado a partir da data do evento coberto, durante o qual o segurado não terá direito ao recebimento da indenização ou a quantia fixa, definida na apólice, que, em caso de sinistro, representa a parte do prejuízo apurado que poderá deixar de ser paga pela Seguradora, dependendo das disposições do contrato. A franquia é deduzida por evento;

3.16. Garantias: é(são) a(s) designação(ões) utilizada(s) para definir as responsabilidades assumidas pela Seguradora em função do Seguro.

3.17. Grupo Segurado: é constituído pelos componentes do Grupo Segurável, regularmente aceitos e incluídos no Seguro.

3.18. Grupo Segurável: é constituído pela totalidade das pessoas físicas que mantém Vínculo com o Estipulante que podem aderir ou serem incluídas no Seguro, desde que atendam aos requisitos estabelecidos nas Condições Gerais e demais Disposições Contratuais.

3.19. Indenização: é o valor devido pela Seguradora ao Segurado ou ao(s) Beneficiário(s) quando da ocorrência de um Evento Coberto. A Indenização está limitada ao Capital Segurado individual contratado para cada uma das Cláusulas.

3.20. Início de Vigência: é a data a partir da qual as garantias de risco propostas serão cobertas pela Seguradora.

3.21. Lotação Oficial: é o número de passageiros declarado na licença do veículo já incluído, o motorista do veículo.

3.22. Período de Cobertura Individual: é (são) a(s) garantia(s) passível(is) de contratação disponibilizada(s) pela Seguradora e no Bilhete que indica(m) as obrigações que a Seguradora assume para com o Segurado quando da ocorrência de um Evento Coberto.

3.23. Prêmio Individual: valor do prêmio de cada Segurado.

3.24. Prestador de Serviços: Para fins deste instrumento, são atividades exercidas por profissionais não registrados, que mantenham relação através de contrato e documento contábil comprobatório da atividade.

3.25. Proponente: Componente do Grupo Segurável que se propõe a sua adesão ao Seguro através da proposta de adesão.

3.26. Proposta de Contratação: é o documento com declaração dos elementos essenciais do interesse a ser garantido, por meio do qual o Estipulante manifesta sua vontade de contratar o Seguro em proveito dos componentes do Grupo Segurável, manifestando pleno conhecimento de seus direitos e obrigações estabelecidos nas Condições Gerais e demais Disposições Contratuais.

3.27. Reintegração: é a recomposição do valor do capital segurado, após o pagamento de uma indenização.

3.28. Risco Coberto: é o evento previsto no objeto das garantias contratadas, que necessariamente ocorra dentro do período de vigência, que não esteja expressamente indicado como risco excluído e que não se enquadre em uma das hipóteses de perda do direito à garantia do Seguro, previstas nestas Condições Gerais.

3.29. Riscos Excluídos: são aqueles riscos previstos nas Condições Gerais e Cláusula(s) contratada(s), que não estão cobertos pelo presente Seguro.

- 3.30. Segurado: é a pessoa física que mantém Vínculo com o Estipulante mais os passageiros que estiverem sendo transportadas dentro do veículo.
- 3.31. Seguradora: é a Metropolitan Life Seguros e Previdência Privada S.A., sociedade Seguradora devidamente autorizada a comercializar Seguros, que assume os riscos inerentes à(s) Cláusula(s) contratada(s), nos termos da legislação vigente e do estabelecido nas Condições Gerais e demais Disposições Contratuais mediante a contraprestação acordada.
- 3.32. Sinistro: é a ocorrência de um Evento Coberto garantido pela Seguradora e capaz de lhe acarretar obrigações pecuniárias.
- 3.33. SUSEP: Superintendência de Seguros Privados é o Órgão Regulador dos Seguros responsável pelo controle e fiscalização do mercado securitário.
- 3.34. Vigência do Seguro: período de tempo estabelecido para duração dos efeitos do Seguro contratado, abrangendo o período de cobertura, durante o qual o Segurado faz jus à(s) garantia(s) contratada(s), desde que haja o recolhimento dos prêmios devidos à Seguradora.

4. CLÁUSULAS

4.1. As coberturas a seguir são passíveis de contratação para este seguro, respeitando as conjugações de planos disponibilizados pela Seguradora. Os respectivos riscos excluídos, objetivos, normas e demais características, estão dispostos nas respectivas coberturas.

4.1.1. Cobertura Básica

- Morte Acidental (MA)

4.1.2. Coberturas Adicionais

- Invalidez Permanente por Acidente (IPA)
- Invalidez Permanente Total por Acidente (IPTA)
- Despesas Médico-Hospitalares e Odontológicas por Acidente (DMHO)
- Diárias por Incapacidade Temporária por Acidente (DIT-A)
- Auxílio Funeral por Acidente (AUXFA)

4.2. O seguro só poderá ser efetivado se houver, pelo menos, a contratação da Cobertura Básica.

4.3. As garantias contratadas pelo Estipulante e/ou Subestipulante estarão expressas na Proposta, Contrato e na Apólice do Seguro.

4.4. A definição de cada uma das garantias 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 garantias.

4.5. Para os menores de 14 (quatorze) anos é permitido, exclusivamente, o oferecimento e a contratação de coberturas relacionadas ao reembolso de despesas com funeral.

5. RISCOS EXCLUÍDOS

5.1. Além dos riscos indicados no subitem 3.1.2 – Definições, estão expressamente excluídos destas garantias, os eventos causados em consequências diretas ou indiretas e/ou relacionados a:

- uso de material nuclear para quaisquer fins, ainda que ocorridos em testes, experiências ou no transporte de armas e/ou projéteis nucleares, incluindo explosões nucleares provocadas ou não, bem como a contaminação radioativa ou exposição a radiações nucleares ou ionizantes;
- atos ou operações de guerra civil, química ou bacteriológica, declaradas ou não, invasão, hostilidade, insurreição de poder militar ou usurpado, guerrilha, revolução, agitação, motim, revolta, sedição, sublevação, 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;
- acidentes ocorridos anteriormente à contratação do Seguro;
- suicídio ou sua tentativa nos 2 (dois) primeiros anos de vigência, ou da recondução do contrato, quando suspenso, contados:
 - do início de vigência individual do Seguro; ou
 - da solicitação de aumento de Capital Segurado feita exclusivamente pelo Segurado/Estipulante. Nesta hipótese a exclusão somente se aplica à diferença do Capital Segurado aumentado;
- atos ilícitos dolosos praticados pelo Segurado, pelo Beneficiário ou pelo representante legal, de um ou de outro, ou ainda pelos sócios controladores, dirigentes e administradores do Estipulante;
- tufões, furacões, ciclones, terremotos, maremotos, erupções vulcânicas e outras convulsões da natureza;
- epidemias, pandemias, envenenamento de caráter coletivo ou qualquer outra causa física que atinja maciçamente a população, assim declaradas por órgão competente.
- perturbações e intoxicações alimentares de qualquer espécie;
- 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;
- eventos causados exclusivamente pela não utilização, pelo Segurado, de equipamentos de segurança exigidos por lei;
- eventos causados exclusivamente pela ausência de habilitação do Segurado para condução de veículo automotor;
- Acidente Vascular Cerebral;

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

5.2. Do veículo ou embarcação transportador:

Estão excluídos os eventos causados em consequências diretas ou indiretas e/ou relacionados a veículo ou embarcação:

- a) que estiver com lotação excedente da autorizada por regulamentos e atos baixados pelas autoridades competentes, e/ou forem postos em movimento ou guiados por condutores que não tenham a devida habilitação, ressalvados os casos de força maior;
- b) destinado ao serviço de socorros médicos, das corporações militares, de bombeiros e de transportes de presidiários;
- c) não esteja especificado nas Condições Gerais.

6. VIGÊNCIA E RENOVAÇÃO DO SEGURO

6.1.1. O início de vigência da Apólice Coletiva será estabelecido na Carta Contrato ou na Proposta de Contratação. No caso de Carta Contrato, a vigência está condicionada ao recebimento, pela Seguradora, da referida Carta Contrato, devidamente assinada pelo Estipulante sem qualquer modificação ao seu conteúdo.

6.1.1.1. O início e término de vigência do seguro será a 24:00 (vinte e quatro) hora das datas indicadas, respectivamente, na Apólice, nos Certificados Individuais do Seguro e nos endossos.

6.1.2. O prazo de vigência da Apólice será de 01 (um) ano, quando outro prazo não for estabelecido contratualmente.

6.1.3. A Apólice poderá ser renovada automaticamente, por igual período, salvo se o Estipulante ou a Seguradora se manifestarem em sentido contrário, mediante aviso prévio, por escrito, com antecedência mínima de 60 (sessenta) dias do final de vigência da Apólice.

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

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

6.1.4.1. Na hipótese de alteração da Apólice que implique em ônus, dever ou redução dos direitos do Segurado, a renovação deverá ter anuência expressa de Segurados que representem, no mínimo, 3/4 (três quartos) do Grupo Segurado. Inexistindo Vínculo prévio ao seguro, entre Segurado e Estipulante, o tratamento da renovação será feito diretamente com o Segurado.

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

6.2. Vigência dos Certificados Individuais

6.2.1. O período de cobertura deste seguro para cada ocupante tem início no momento do ingresso do mesmo no veículo transportador e termina no momento de sua saída do mesmo.

6.2.2. A cobertura individual de cada item se efetiva a partir da data acordada entre as partes contratantes, e se mantém enquanto estiver sendo pago tempestivamente o prêmio do seguro na periodicidade especificada na Apólice.

6.2.3. As datas de início e de término de vigência de cada cobertura individual estarão expressas nos respectivos certificados individuais.

6.2.4. O final de vigência especificado na Apólice não poderá, em qualquer hipótese, ultrapassar a vigência da respectiva apólice coletiva.

6.2.5. Respeitado o período correspondente ao prêmio pago, a cobertura para cada Segurado cessa automaticamente no final do prazo de vigência da apólice, se esta não for renovada.

7. CONDIÇÕES DE ACEITAÇÃO E ADESÃO INDIVIDUAL DO SEGURO

7.1. A Proposta de Contratação deverá ser assinada obrigatoriamente pelo representante legal do Estipulante e entregue à Seguradora.

7.2. As Condições Gerais completas deste Seguro acompanharão a Proposta de Contratação.

7.3. A Seguradora terá um prazo de 15 (quinze) dias, contados a partir da data do recebimento da Proposta de Contratação, para aceitá-la ou recusá-la. Vencido o prazo de 15 (quinze) dias, sem manifestação da Seguradora, o Seguro será considerado aceito.

7.4. A Seguradora poderá por uma única vez solicitar documentos complementares para análise e aceitação ou alteração da Proposta de Contratação. Neste caso, o prazo de 15 (quinze) dias ficará suspenso, voltando a correr a partir da data em que se der a entrega da documentação complementar.

7.5. A não aceitação da Proposta de Contratação, por parte da Seguradora, será comunicada por escrito ao Estipulante e implicará na devolução integral, no prazo máximo de 10 (dez) dias corridos, de qualquer pagamento de Prêmio eventualmente efetuado, atualizado da data do pagamento até a data da efetiva restituição, pelo IPCA/IBGE (Índice de Preços ao Consumidor Amplo) ou outro índice que vier a substituí-lo.

7.5.1. Durante o período compreendido entre a data da recepção do prêmio pago antecipadamente pelo Estipulante, até a data da formalização da recusa da Proposta de Contratação, haverá garantia

pelo Seguro.

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

7.7. A inclusão de cada proponente será realizada mediante Proposta de Adesão. As Condições Gerais deste Seguro deverão estar à disposição dos Segurados.

7.7.1. A aceitação do Seguro estará sujeita à análise do risco pela Seguradora.

7.8. 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.

7.8.1. A inobservância a qualquer condição prevista nesta cláusula acarretará a perda da condição de Segurado.

8. CUSTEIO DO SEGURO

8.1. Para fins deste Seguro, a forma de custeio será estabelecida contratualmente, levando em consideração as seguintes possibilidades:

- a) não contributivo: aquele em que os Segurados não pagam Prêmio, cabendo a responsabilidade pelo pagamento do Prêmio exclusivamente ao Estipulante;
- b) contributivo: aquele em que os Segurados pagam Prêmio, parcial ou totalmente.

9. COBRANÇA E PAGAMENTO DOS PRÊMIOS

9.1. O prêmio será fixado pela Seguradora tomando como referência o período integral de vigência contratado (anual ou plurianual).

9.1.1. A Seguradora, portanto, fixará o prêmio tomando como base todo o período de cobertura contratado pelo Estipulante e/ou pelo Segurado ou Beneficiário e poderá, de acordo com a vontade do Estipulante e/ou do Segurado ou Beneficiário, fixar as formas de pagamento único (anual ou plurianual) ou parcelá-lo em parcelas semestrais, trimestrais, bimestrais ou mensais.

9.1.2. A forma de pagamento e os procedimentos para faturamento dos prêmios nos conceitos de “risco decorrido” ou “a decorrer” estarão estabelecidos no contrato e/ou no documento de cobrança emitido pela Seguradora.

9.1.3. Quando a data de vencimento ocorrer em dia em que não haja expediente bancário, o pagamento poderá ser efetuado no primeiro dia útil em que houver expediente bancário.

9.1.4. O pagamento do prêmio até a data de seu vencimento manterá o Seguro em vigor até o último dia do período de cobertura a que se referir.

9.1.5. 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 positiva do índice do IPCA/IBGE (Índice Nacional de Preço ao Consumidor Amplo) ambos contados desde a data do vencimento da parcela até o efetivo pagamento.

9.1.6. Em caso de extinção do IPCA/IBGE, a atualização monetária de que trata este item será feita pelo índice de INPC/IBGE (Índice Nacional de Preços ao Consumidor – Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística).

9.1.7. Estipulante e o Subestipulante, nos Seguros não contributivos e/ou o Segurado, nos Seguros parcial ou totalmente contributivos, ficarão obrigados ao pagamento dos prêmios devidos no período de cobertura já concedido pela Seguradora, ainda que tenha se constatado o término da vigência do Seguro, tenha a apólice sido renovada por novo período ou não.

9.1.8. Para fins deste Seguro, a forma de custeio disponível será apenas não contributivo, ou seja, aquele em que os Segurados não pagam Prêmio, cabendo a responsabilidade pelo pagamento do Prêmio exclusivamente ao Estipulante.

9.1.9. É vedado ao Estipulante e/ou Subestipulante recolher dos Segurados, a título de prêmio do Seguro, qualquer valor além daquele fixado pela Seguradora e a ela devido em consequência das garantias que ela prestar. Caso o Estipulante e/ou Subestipulante receba(m), juntamente com o prêmio, qualquer quantia que lhe for devida, seja a que título for, fica(m) obrigado(s) a destacar no documento utilizado na cobrança do prêmio o valor do prêmio de cada Segurado.

9.1.10. Quando o Estipulante fizer jus a qualquer remuneração, inclusive a título de pró-labore, seu valor e/ou percentual será estabelecido no contrato.

10. CANCELAMENTO DA APÓLICE

10.1. A Apólice poderá ser cancelada automaticamente e sem restituição dos prêmios pagos, ficando a Seguradora isenta de qualquer responsabilidade:

- a) a qualquer tempo, por mútuo acordo entre Seguradora e Estipulante, desde que mediante anuência prévia e expressa de Segurados que representem, no mínimo, $\frac{3}{4}$ (três quartos) do Grupo Segurado, respeitado o aviso prévio de 60 (sessenta) dias. Tratando-se de contratação cujo Vínculo entre Estipulante e Segurado seja exclusivamente securitário, não será aplicada a anuência de $\frac{3}{4}$ (três quartos) do grupo, sendo o tratamento diretamente com o Segurado;
- b) no final do prazo de sua vigência, se não houver renovação;
- c) pelo atraso no pagamento do Prêmio conforme disposto no item 10.8.2 destas Condições Gerais;
- d) na hipótese do segurado, seus prepostos ou seus beneficiários ou, no caso de pessoas jurídicas, seus sócios controladores, dirigentes e administradores legais agirem com dolo, fraude ou simulação na contratação do seguro, durante toda sua vigência, ou ainda para obter ou para majorar a indenização.

11. CESSAÇÃO DA COBERTURA INDIVIDUAL

11.1. A cobertura de cada Segurado cessa:

- 11.1.1. Nas Apólices Coletivas com Vínculo prévio ao Seguro entre Estipulante e Segurado:
- com o cancelamento da Apólice por quaisquer das situações previstas no item 11;
 - quando o Segurado solicitar sua exclusão da Apólice, com antecedência mínima de 60 (sessenta) dias;
 - com o falecimento do Segurado;
 - com o pagamento da Indenização, se houver previsão de exclusão do Segurado da Apólice na respectiva cobertura contratada, que gerou a Indenização;
 - com a extinção do Vínculo entre o Segurado e o Estipulante, seja ou não este fato comunicado à Seguradora;
 - imediatamente, se constatada uma das hipóteses previstas no item “Perda do Direito a Indenização” destas Condições Gerais.
- 11.1.2. Nas Apólices Coletivas com Vínculo exclusivamente relativo ao contrato de seguro entre Estipulante e Segurado:
- com o cancelamento da Apólice por quaisquer das situações previstas no item 11;
 - quando o Segurado solicitar sua exclusão da Apólice, com antecedência mínima de 60 (sessenta) dias;
 - com o falecimento do Segurado;
 - com o pagamento da Indenização, se houver previsão de exclusão do Segurado da Apólice na respectiva cobertura contratada, que gerou a Indenização;
 - imediatamente, se constatada uma das hipóteses previstas no item “Perda do Direito a Indenização” destas Condições Gerais;
 - quando o Segurado não pagar o Prêmio Individual, observado o disposto no item 10.8.2 destas Condições Gerais.

12. CAPITAL SEGURADO

12.1. O Capital Segurado de cada cobertura contratada deverá ser estabelecido contratualmente e constar nos respectivos Certificados Individuais do Seguro.

13. TAXA DO SEGURO E RECÁLCULO DO PRÊMIO

13.1. A Seguradora anualmente, no aniversário da apólice, deverá recalculer as taxas do Seguro, caso a natureza dos riscos do Seguro venham a se tornar inviável ou prejudicar o equilíbrio financeiro-atuarial, de forma que o volume de sinistros pagos e avisados seja superior ao prêmio líquido arrecadado no mesmo período.

13.2. Caso haja reavaliação das taxas, o Estipulante será comunicado com 60 (sessenta) dias de antecedência a data da renovação e esta deverá ser feita por endosso à apólice e com sua anuência.

13.2.1. As modificações previstas no item acima, se implicar em ônus ou dever para os Segurados ou redução de seus direitos, dependerá da anuência prévia e expressa dos Segurados que representem, no mínimo, $\frac{3}{4}$ (três quartos) do Grupo Segurado.

14. GRUPO SEGURÁVEL

14.1. Aquele constituído pela totalidade das pessoas físicas, que podem aderir ou serem incluídas no seguro, desde que atendam aos requisitos estabelecidos nas Condições Gerais e demais Disposições Contratuais.

14.2. É facultado à Seguradora solicitar, a qualquer tempo, a apresentação de documentos que comprovem as condições acima estabelecidas para enquadramento do grupo segurável.

15. GRUPO SEGURADO

15.1. O Grupo Segurado compreenderá sempre um contingente mínimo dos Componentes do Grupo Segurável, de acordo com o seguinte critério:

- Quando o seguro for pago unicamente pelo Estipulante, denominado “Não Contributário”, deverá participar da apólice a totalidade das pessoas seguráveis.
- Não serão consideradas como pertencentes ao Grupo Segurado as pessoas impedidas de serem seguradas e as que comprovadamente não desejarem participar do seguro.
- Quando o seguro for pago parcial ou totalmente pelos componentes, denominado “Contributário”, os índices de adesão para aceitação e manutenção, deverá ser estabelecido para cada Grupo de Seguráveis.
- Nos seguros “Contributários” em que o Grupo Segurável for suscetível de divisão em subgrupos expressamente determinados, e cuja definição conste da apólice, é permitida a realização do seguro para cada subgrupo, desde que, em cada um deles, seja observado o número mínimo de Segurados, o respectivo índice mínimo de adesão e demais condições de aceitação. A realização do seguro nestas condições constará da apólice e o início de cada subgrupo constituirá um Aditivo à mesma.

16. REINTEGRAÇÃO DO CAPITAL SEGURADO

16.1. Se, durante a vigência deste seguro ocorrer um ou mais sinistros cobertos pelas garantias de Morte Acidental, Invalidez Permanente Total por Acidente, Despesas Médicas, Hospitalares e Odontológicas por Acidente ou Diária por Incapacidade Temporária por Acidente, o capital segurado correspondente à garantia sinistrada, por ocupante do veículo, ficará reduzido do valor correspondente à indenização paga ou pendente, dividida pelo número de ocupantes definido pela lotação oficial.

16.1.1. A reintegração do capital segurado é automática após cada sinistro, sem cobrança de prêmio adicional.

16.1.2. Havendo concordância da Seguradora, será cobrado prêmio adicional correspondente à reintegração do capital segurado pelo período compreendido entre a data do sinistro e o vencimento do seguro.

17. OCORRÊNCIA DO SINISTRO

17.1. Ocorrido o Sinistro, deverá ser ele comunicado por escrito à Seguradora, seja pelo Estipulante, pelo Segurado, ou pelo(s) Beneficiário(s), logo que o saiba(m), apresentando os formulários específicos fornecidos pela Seguradora e a relação de documentos necessários para a regulação descritos em cada uma das respectivas Cláusulas contratadas.

17.2. Em caso de sinistro passível de cobertura por este Seguro, o Segurado, o(s) Beneficiário(s) ou representante(s) legal(is) deverá(ão) comunicá-lo à Seguradora.

17.3. O Segurado, por ocasião do Sinistro, deverá recorrer imediatamente, a sua custa, aos serviços de médicos legalmente habilitados, submetendo-se ao tratamento exigido para uma cura completa.

18. PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO

18.1. Para o recebimento da Indenização, deverá ser comprovada satisfatoriamente a ocorrência do evento, bem como todas as circunstâncias a ele relacionadas, facultada à Seguradora a adoção de quaisquer medidas tendentes à elucidação dos fatos.

18.2. As despesas efetuadas com a comprovação do evento e, quando for o caso, os documentos de habilitação do(s) Beneficiário(s) correrão por conta exclusiva dos interessados, salvo as diretamente realizadas pela Seguradora.

18.3. O pagamento de qualquer Indenização decorrente do presente Seguro será efetuado em até 30 (trinta) dias, contados da data de entrega de todos os documentos necessários, relacionados nas respectivas Cláusulas de cada Cobertura

18.3.1. A relação de documentos necessários para a regulação de Sinistro, está prevista em cada uma das respectivas Cláusulas contratadas. O não fornecimento da documentação solicitada acarreta a suspensão do prazo para pagamento da Indenização.

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

18.5. Independentemente dos documentos listados nas Cláusulas contratadas, a Seguradora poderá consultar, livremente e a seu critério exclusivo, especialistas de sua indicação, para apurar comprovação ou não do evento.

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

18.6.1. Caso a Seguradora exija a apresentação de outros documentos, o prazo de 30 (trinta) dias será suspenso, voltando a contar a partir do primeiro dia útil subsequente àquele em que forem completamente atendidas as exigências.

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

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

18.8. A solicitação de documentos e as demais providências ou atos que a Seguradora venha a praticar após o Sinistro não importam, por si só, no reconhecimento da obrigação de pagar qualquer Indenização.

18.9. Na falta de indicação da pessoa ou beneficiário, ou se por qualquer motivo não prevalecer a que foi feita, serão necessários documentos complementares equivalentes aos beneficiários/herdeiros de acordo com cada situação.

18.10. Os valores dos pagamentos parciais serão atualizados anualmente pela variação positiva do índice do IPCA/IBGE (Índice Nacional de Preço ao Consumidor Amplo).

18.11. Em caso de extinção do IPCA/IBGE, a atualização monetária de que trata este item será feita pelo índice de INPC/IBGE (Índice Nacional de Preços ao Consumidor – Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística).

19. PERÍCIA MÉDICA/JUNTA MÉDICA

19.1. A Seguradora poderá, a seu critério, submeter o Segurado a exame (perícia) para comprovação da invalidez e/ou avaliação do nível de incapacidade.

19.2. No caso de divergências e/ou dúvidas de natureza médica relacionadas ao objeto do Seguro, sobre a causa, natureza ou extensão de lesões, bem como a avaliação da incapacidade ou ainda sobre matéria médica não prevista expressamente nas Disposições Contratuais, 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.

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

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

20. PERDA DO DIREITO À INDENIZAÇÃO

20.1. A Seguradora não pagará qualquer Indenização com base no presente Seguro se o Estipulante, Segurado, seu representante legal, ou seu corretor de Seguros fizer declarações inexatas ou omitir circunstâncias que possam influir na aceitação da Proposta ou no valor do Prêmio.

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

20.2.1. Na hipótese de não ocorrência do Sinistro:

- a) cancelar o Seguro, retendo, do Prêmio originalmente pactuado, a parcela proporcional ao tempo decorrido; ou
- b) mediante acordo entre as partes, permitir a continuidade do Seguro, cobrando a diferença de Prêmio cabível ou restringindo a Garantia contratada.

20.2.2. Na hipótese de ocorrência de Sinistro com pagamento parcial da Indenização:

- a) cancelar o Seguro, após o pagamento da Indenização, retendo, do Prêmio originalmente pactuado, acrescido da diferença cabível, a parcela calculada proporcionalmente ao tempo decorrido; ou
- b) mediante acordo entre as partes, permitir a continuidade do Seguro, cobrando a diferença de Prêmio cabível ou deduzindo-a do valor a ser pago ao Segurado ou ao(s) Beneficiário(s) ou restringindo a Garantia contratada para riscos futuros.

20.2.3. Na hipótese de ocorrência de Sinistro com pagamento integral da Indenização, cancelar o Seguro, após o pagamento da Indenização, deduzindo, do valor a ser indenizado, a diferença de Prêmio cabível.

20.3. O Segurado perderá o direito à Indenização para qualquer das Cláusulas contratadas, 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 o(s) Beneficiário(s) tentar(em) obter vantagem indevida com o Sinistro;
- c) inobservância do artigo 768 do Código Civil, que dispõe que o Segurado perderá o direito à Garantia do Seguro se agravar intencionalmente o risco objeto do Contrato.
- d) violação da legislação de combate à corrupção e à lavagem de dinheiro.

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

20.5. O Segurado está obrigado a comunicar à sociedade Seguradora, logo que saiba, qualquer fato suscetível de agravar o risco coberto, sob pena de perder o direito à cobertura, se ficar comprovado que silenciou de má-fé.

20.6. A sociedade Seguradora, desde que o faça nos 15 (quinze) dias seguintes ao recebimento do aviso de agravação do risco, poderá dar-lhe ciência, por escrito, de sua decisão de cancelar o Seguro ou, mediante acordo entre as partes, restringir a cobertura contratada ou cobrar a diferença de prêmio cabível. O cancelamento do Seguro só será eficaz 30 (trinta) dias após a notificação, devendo ser restituída a diferença do prêmio, calculada proporcionalmente ao período a decorrer.

21. ALTERAÇÕES DA APÓLICE

21.1. O presente Seguro poderá ser alterado, a qualquer tempo, mediante acordo entre as partes

contratantes.

22. OUTRAS OBRIGAÇÕES DO ESTIPULANTE

22.1. Sem prejuízo das demais obrigações previstas nestas Condições Gerais e demais Disposições Contratuais, são, ainda, obrigações do Estipulante:

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

23. MATERIAL DE DIVULGAÇÃO

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

24. TRIBUTOS

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

25. PRESCRIÇÃO

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

26. FORO

26.1. Fica eleito o foro do domicílio do Segurado, ou do(s) Beneficiário(s), conforme o caso, para dirimir quaisquer dúvidas relacionadas ao presente Seguro.

27. DISPOSIÇÕES FINAIS

27.1. A aceitação do Seguro estará sujeita à análise do risco.

27.2. Aos casos não previstos nestas Condições Gerais, serão aplicáveis leis, regulamentos e normas relacionados à matéria de Seguros no Brasil.

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

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

27.5. 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.

27.6. Como uma organização global, a MetLife está sujeita a programas 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.

27.7. 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.

CLÁUSULA DE MORTE ACIDENTAL (MA)

1. OBJETIVO

1.1 Esta Condição Especial, se contratada, garante aos Beneficiários o pagamento de capital Segurado contratado em caso de falecimento do passageiro, decorrente exclusivamente de Acidente Pessoal Coberto durante a vigência do Seguro, exceto se o evento caracterizar-se como um dos riscos excluídos indicados nestas condições especiais e observadas às 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 no item RISCOS EXCLUÍDOS constante das Condições Gerais, estão também excluídos os eventos ocorridos em consequência, direta ou indireta de e/ou relacionados a:

- a) Intercorrências ou complicações consequentes da realização de exames, tratamentos clínicos ou cirúrgicos, quando não decorrentes de acidente pessoal coberto;
- b) Perturbações e intoxicações alimentares de qualquer espécie;
- c) 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 serviços militar, da prática de esporte ou de atos de humanidade em auxílio de outrem;
- d) Participação do segurado, em competições ilegais em aeronaves, embarcações e veículos a motor, inclusive treinos preparatórios. Esta exclusão não poderá ser aplicada para os casos em que o segurado estiver no exercício de prática de esportes;
- e) Acidente causado exclusivamente quando o segurado estiver conduzindo veículo automotor, aeronave ou equipamento sem a devida aptidão, habilidade ou habilitação específica;
- f) Eventos em que o segurado tenha intencionalmente atentado contra a vida e integridade física de outrem consumado ou não, exceto em caso de legítima defesa ou assistência à pessoa em perigo.

4. CAPITAL SEGURADO

4.1 O Capital Segurado para esta Cláusula será estabelecido contratualmente e deverá constar nos respectivos Certificados 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.

4.3 Para menores de 14 (quatorze) anos, esta garantia, independentemente do capital Segurado, se limita ao reembolso das despesas com funeral, desde que devidamente comprovadas com as notas fiscais originais.

5. INÍCIO DE VIGÊNCIA DESTA CLÁUSULA

5.1 A garantia compreendida por esta Cláusula 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 Cláusula for contratada após entrada em vigor da Apólice.

6. CESSAÇÃO DE COBERTURA DESTA CLÁUSULA

6.1 Além das hipóteses previstas nas Condições Gerais, a garantia do risco individual extingue-se nas seguintes situações:

- a) Com o falecimento do Segurado ou do Beneficiário;
- b) Com o cancelamento ou a não renovação da apólice ou da presente condição especial;
- c) Com o pagamento da indenização relativa a esta condição especial extingue, imediata e automaticamente, a cobertura integral do Seguro, independentemente da cobrança do prêmio;
- d) Com o pagamento de indenização de outra condição especial (outra garantia) que tenha previsão de extinção de cobertura integral do Seguro, independentemente da cobrança e do pagamento do prêmio. Em caso de pagamento de prêmio indevido, este deverá ser devolvido pela Seguradora, devidamente atualizado pelo IPCA/IBGE (índice de Preços ao Consumidor Amplo), desde a data do pagamento até a data da efetiva devolução.

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.

9. CARÊNCIA

9.1 Para os eventos decorrentes de Acidentes Pessoais não haverá Carência.

10. PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO

10.1 Para a análise do pagamento da Indenização, respeitado o disposto nas Condições Gerais, deverão ser apresentados os respectivos documentos básicos:

- Formulário “Aviso de Sinistro” (Formulário padrão Metlife) preenchido e assinado pelo Solicitante;
- formulário “Autorização para Crédito de Indenização” (Formulário Padrão Metlife), devidamente preenchido e assinado por cada um dos Beneficiários;
- cópias do RG (cédula de identidade), CPF (Cadastro de Pessoas Físicas) e comprovantes de residência do Segurado e do(s) Beneficiário(s);
- cópia da Certidão de Óbito do Segurado;
- comprovante de indicação de Beneficiário(s) assinado pelo Segurado;
- cópia do BO (Boletim de Ocorrência Policial) e/ou CAT (Comunicação de Acidente do Trabalho), se houver;
- cópia do Laudo do Necroscópico - IML (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 realizado(s);
- cópia do laudo da perícia técnica realizada no local do acidente, se houver.
- Em caso do segurado ser o motorista, documentação que comprove que o motorista estava em trajeto no veículo ou embarcação no momento da ocorrência do Evento;
- Em caso do segurado ser o passageiro, documentação que comprove que o mesmo estava sendo transportado pelo veículo ou embarcação no momento da ocorrência do Evento;

10.2 As demais regras para análise e regulação de sinistros relacionadas a presente garantia, bem como para pagamento de indenização (se caracterizada obrigação da Seguradora) estão indicados nas Condições Gerais deste Seguro.

11. BENEFICIÁRIO

11.1 Para efeito desta condição especial, o Beneficiário é(são) a(s) pessoa(s) física(s) ou jurídica(s) designada(s) para receber os valores de Indenização, na hipótese de ocorrência de Evento Coberto.

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 que, em relação a esta Cláusula, têm função subsidiária.

CLÁUSULA DE INVALIDEZ PERMANENTE POR ACIDENTE (IPA)

1. OBJETIVO

1.1. Esta cobertura, desde que contratada, garante ao Segurado o pagamento de uma Indenização, em caso de Invalidez Permanente Parcial ou Total por Acidente, em consequência exclusiva de Acidente Pessoal coberto, exceto se decorrente de Riscos Excluídos, observados os demais termos desta cobertura, das Condições Gerais e as demais Disposições Contratuais.

2. DEFINIÇÕES

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

2.2. Invalidez Permanente por Acidente: para fins desta cobertura é a perda, redução ou impotência funcional definitiva, parcial ou total, de um dos membros ou órgãos previstos na Tabela para Cálculo de Percentuais de Indenização em caso de Invalidez Permanente por Acidente, prevista no item 7 desta Cláusula, em virtude de lesões físicas exclusivamente decorrentes de Acidente Pessoal coberto, desde que tais lesões sejam insuscetíveis de reabilitação ou recuperação pelos meios terapêuticos disponíveis no momento de sua constatação.

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

2.4. Perdas e/ou reduções não previstas na Tabela para Cálculo de Percentuais de Indenização em Caso de Invalidez Permanente Parcial ou Total por Acidente, serão calculadas tomando-se por base a diminuição permanente da capacidade física do Segurado, independentemente da sua profissão. Sendo possível constatar apenas o grau da perda e/ou redução (máximo, médio e mínimo), a

Indenização será calculada, respectivamente, na base de 75% (setenta e cinco por cento), 50% (cinquenta por cento) e 25% (vinte e cinco por cento) do Capital Segurado contratado.

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

2.6. A invalidez de um membro ou órgão já defeituoso antes do acidente não dá direito a Indenização total.

2.6.1. Na hipótese de ocorrência de um acidente que provoque incapacidade definitiva do mesmo membro ou órgão já defeituoso, parcial ou total, o percentual correspondente à incapacidade anterior ao acidente será deduzido da indenização.

3. RISCOS EXCLUÍDOS

3.1. Além dos riscos expressamente excluídos na cláusula 5 das Condições Gerais, estão também excluídos desta cobertura, os eventos ocorridos em consequência, direta ou indireta de e/ou relacionados a:

- a) todo e qualquer dano estético, ainda que decorrente de acidente coberto;
- b) perda de dentes, ainda que decorrente de acidente coberto.

4. CAPITAL SEGURADO

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

4.2. Para fins desta cobertura, considera-se como data do evento, para efeito de determinação do Capital Segurado, a data da ocorrência do acidente, não prevalecendo qualquer alteração de Capital Segurado efetuada posteriormente ao acidente.

5. REINTEGRAÇÃO DO CAPITAL SEGURADO

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

6. ACUMULAÇÃO DE INDENIZAÇÕES

6.1. As Indenizações decorrentes de eventos por morte acidental e invalidez permanente por acidente, em quaisquer das coberturas contratadas, não se acumulam. Se, depois de paga uma Indenização por invalidez permanente por acidente, seja parcial ou total, ocorrer a caracterização de outra cobertura de invalidez permanente por acidente e/ou a morte do Segurado, em consequência do mesmo acidente, será deduzido, do valor do Capital Segurado a ser pago, o valor já indenizado.

("SDN") ou localizados em países-alvo de sanções comerciais e econômicas.

27.7. 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.

CLÁUSULA DE MORTE ACIDENTAL (MA)

1. OBJETIVO

1.1 Esta Condição Especial, se contratada, garante aos Beneficiários o pagamento de capital Segurado contratado em caso de falecimento do passageiro, decorrente exclusivamente de Acidente Pessoal Coberto durante a vigência do Seguro, exceto se o evento caracterizar-se como um dos riscos excluídos indicados nestas condições especiais e observadas às 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 no item RISCOS EXCLUÍDOS constante das Condições Gerais, estão também excluídos os eventos ocorridos em consequência, direta ou indireta de e/ou relacionados a:

- a) Intercorrências ou complicações consequentes da realização de exames, tratamentos clínicos ou cirúrgicos, quando não decorrentes de acidente pessoal coberto;
- b) Perturbações e intoxicações alimentares de qualquer espécie;
- c) 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 serviços militar, da prática de esporte ou de atos de humanidade em auxílio de outrem;
- d) Participação do segurado, em competições ilegais em aeronaves, embarcações e veículos a motor, inclusive treinos preparatórios. Esta exclusão não poderá ser aplicada para os casos em que

o segurado estiver no exercício de prática de esportes;

e) Acidente causado exclusivamente quando o segurado estiver conduzindo veículo automotor, aeronave ou equipamento sem a devida aptidão, habilidade ou habilitação específica;

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

4. CAPITAL SEGURADO

4.1 O Capital Segurado para esta Cláusula será estabelecido contratualmente e deverá constar nos respectivos Certificados 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.

4.3 Para menores de 14 (quatorze) anos, esta garantia, independentemente do capital Segurado, se limita ao reembolso das despesas com funeral, desde que devidamente comprovadas com as notas fiscais originais.

5. INÍCIO DE VIGÊNCIA DESTA CLÁUSULA

5.1 A garantia compreendida por esta Cláusula 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 Cláusula for contratada após entrada em vigor da Apólice.

6. CESSAÇÃO DE COBERTURA DESTA CLÁUSULA

6.1 Além das hipóteses previstas nas Condições Gerais, a garantia do risco individual extingue-se nas seguintes situações:

a) Com o falecimento do Segurado ou do Beneficiário;

b) Com o cancelamento ou a não renovação da apólice ou da presente condição especial;

c) Com o pagamento da indenização relativa a esta condição especial extingue, imediata e automaticamente, a cobertura integral do Seguro, independentemente da cobrança do prêmio;

d) Com o pagamento de indenização de outra condição especial (outra garantia) que tenha previsão de extinção de cobertura integral do Seguro, independentemente da cobrança e do pagamento do prêmio. Em caso de pagamento de prêmio indevido, este deverá ser devolvido pela Seguradora, devidamente atualizado pelo IPCA/IBGE (índice de Preços ao Consumidor Amplo), desde a data do pagamento até a data da efetiva devolução.

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.

9. CARÊNCIA

9.1 Para os eventos decorrentes de Acidentes Pessoais não haverá Carência.

10. PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO

10.1 Para a análise do pagamento da Indenização, respeitado o disposto nas Condições Gerais, deverão ser apresentados os respectivos documentos básicos:

- Formulário "Aviso de Sinistro" (Formulário padrão Metlife) preenchido e assinado pelo Solicitante;
- formulário "Autorização para Crédito de Indenização" (Formulário Padrão Metlife), devidamente preenchido e assinado por cada um dos Beneficiários;
- cópias do RG (cédula de identidade), CPF (Cadastro de Pessoas Físicas) e comprovantes de residência do Segurado e do(s) Beneficiário(s);
- cópia da Certidão de Óbito do Segurado;
- comprovante de indicação de Beneficiário(s) assinado pelo Segurado;
- cópia do BO (Boletim de Ocorrência Policial) e/ou CAT (Comunicação de Acidente do Trabalho), se houver;
- cópia do Laudo do Necroscópico - IML (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 realizado(s);
- cópia do laudo da perícia técnica realizada no local do acidente, se houver.
- Em caso do segurado ser o motorista, documentação que comprove que o motorista estava em trajeto no veículo ou embarcação no momento da ocorrência do Evento;
- Em caso do segurado ser o passageiro, documentação que comprove que o mesmo estava

sendo transportado pelo veículo ou embarcação no momento da ocorrência do Evento;

10.2 As demais regras para análise e regulação de sinistros relacionadas a presente garantia, bem como para pagamento de indenização (se caracterizada obrigação da Seguradora) estão indicados nas Condições Gerais deste Seguro.

11. BENEFICIÁRIO

11.1 Para efeito desta condição especial, o Beneficiário é(são) a(s) pessoa(s) física(s) ou jurídica(s) designada(s) para receber os valores de Indenização, na hipótese de ocorrência de Evento Coberto.

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 que, em relação a esta Cláusula, têm função subsidiária.

CLÁUSULA DE INVALIDEZ PERMANENTE POR ACIDENTE (IPA)

1. OBJETIVO

1.1. Esta cobertura, desde que contratada, garante ao Segurado o pagamento de uma Indenização, em caso de Invalidez Permanente Parcial ou Total por Acidente, em consequência exclusiva de Acidente Pessoal coberto, exceto se decorrente de Riscos Excluídos, observados os demais termos desta cobertura, das Condições Gerais e as demais Disposições Contratuais.

2. DEFINIÇÕES

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

2.2. Invalidez Permanente por Acidente: para fins desta cobertura é a perda, redução ou impotência funcional definitiva, parcial ou total, de um dos membros ou órgãos previstos na Tabela para Cálculo de Percentuais de Indenização em caso de Invalidez Permanente por Acidente, prevista no item 7 desta Cláusula, em virtude de lesões físicas exclusivamente decorrentes de Acidente Pessoal coberto, desde que tais lesões sejam insuscetíveis de reabilitação ou recuperação pelos meios terapêuticos disponíveis no momento de sua constatação.

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

2.4. Perdas e/ou reduções não previstas na Tabela para Cálculo de Percentuais de Indenização em Caso de Invalidez Permanente Parcial ou Total por Acidente, serão calculadas tomando-se por base a diminuição permanente da capacidade física do Segurado, independentemente da sua profissão. Sendo possível constatar apenas o grau da perda e/ou redução (máximo, médio e mínimo), a Indenização será calculada, respectivamente, na base de 75% (setenta e cinco por cento), 50% (cinquenta por cento) e 25% (vinte e cinco por cento) do Capital Segurado contratado.

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

2.6. A invalidez de um membro ou órgão já defeituoso antes do acidente não dá direito a Indenização total.

2.6.1. Na hipótese de ocorrência de um acidente que provoque incapacidade definitiva do mesmo membro ou órgão já defeituoso, parcial ou total, o percentual correspondente à incapacidade anterior ao acidente será deduzido da indenização.

3. RISCOS EXCLUÍDOS

3.1. Além dos riscos expressamente excluídos na cláusula 5 das Condições Gerais, estão também excluídos desta cobertura, os eventos ocorridos em consequência, direta ou indireta de e/ou relacionados a:

- a) todo e qualquer dano estético, ainda que decorrente de acidente coberto;
- b) perda de dentes, ainda que decorrente de acidente coberto.

4. CAPITAL SEGURADO

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

4.2. Para fins desta cobertura, considera-se como data do evento, para efeito de determinação do Capital Segurado, a data da ocorrência do acidente, não prevalecendo qualquer alteração de Capital Segurado efetuada posteriormente ao acidente.

5. REINTEGRAÇÃO DO CAPITAL SEGURADO

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

6. ACUMULAÇÃO DE INDENIZAÇÕES

6.1. As Indenizações decorrentes de eventos por morte acidental e invalidez permanente por acidente, em quaisquer das coberturas contratadas, não se acumulam. Se, depois de paga uma Indenização por invalidez permanente por acidente, seja parcial ou total, ocorrer a caracterização de outra cobertura de invalidez permanente por acidente e/ou a morte do Segurado, em consequência do mesmo acidente, será deduzido, do valor do Capital Segurado a ser pago, o valor já indenizado.

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

INVALIDEZ PERMANENTE	DISCRIMINAÇÃO	% SOBRE O CAPITAL
TOTAL	Perda total da visão de ambos os olhos	100
	Perda total do uso de ambos os membros superiores	100
	Perda total do uso de ambos os membros inferiores	100
	Perda total do uso de ambas as mãos	100
	Perda total do uso de um membro superior e um membro inferior	100
	Perda total do uso de uma das mãos e de um dos pés	100
	Perda total do uso de ambos os pés	100
	Alienação mental total e incurável	100
	Nefrectômica bilateral	100
PARCIAL DIVERSAS	Perda total da visão de um olho	30
	Perda total da visão de um olho, quando o Segurado já não tiver a outra vista	70
	Surdez total incurável de ambos os ouvidos	40
	Surdez total incurável de um dos ouvidos	20
	Mudez incurável	50
	Fratura não consolidada do maxilar inferior	20
	Imobilidade do segmento cervical da coluna vertebral	20
	Imobilidade do segmento tóraco-lombo-sacro da coluna vertebral	25

INVALIDEZ PERMANENTE	DISCRIMINAÇÃO	% SOBRE O CAPITAL
PARCIAL MEMBROS SUPERIORES	Perda total de uso de um dos membros superiores	70
	Perda total do uso de uma das mãos	60
	Fratura não consolidada de um dos úmeros	50
	Fratura não consolidada de um dos segmentos rádio-ulnares	30
	Anquilose total de um dos ombros	25
	Anquilose total de um dos cotovelos	25
	Anquilose total de um dos punhos	20
	Perda total do uso de um dos polegares, inclusive o metacarpiano	25
	Perda total do uso de um dos polegares, exclusive o metacarpiano	18
	Perda total do uso da falange distal do polegar	09
	Perda total do uso de um dos dedos indicadores	15
	Perda total do uso de um dos dedos mínimos ou um dos dedos médios	12
	Perda total do uso de um dos dedos anulares	09
	Perda total do uso de qualquer falange, excluídas as do polegar: equivalente a 1/3 do valor do dedo respectivo	
PARCIAL MEMBROS INFERIORES	Perda total do uso de um dos membros inferiores	70
	Perda total do uso de um dos pés	50
	Fratura não consolidada de um fêmur	50
	Fratura não consolidada de um dos segmentos tíbio-Peroneiros	25
	Fratura não consolidada da rótula	20
	Fratura não consolidada de um pé	20
	Anquilose total de um dos joelhos	20
	Anquilose total de um dos tornozelos	20
	Anquilose total de um quadril	20
	Perda parcial de um dos pés, isto é, perda de todos os dedos e de uma parte do mesmo pé	25
	Amputação do 1º (primeiro) dedo	10
	Amputação de qualquer outro dedo	03
	Perda total do uso de uma falange do 1º (primeiro) dedo, equivalente ½, e dos demais dedos, equivalentes a 1/3 do respectivo dedo.	

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

PERDA DO USO DE MEMBROS SEM PERDA ANATÔMICA

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

INVALIDEZ PERMANENTE	DISCRIMINAÇÃO	% SOBRE O CAPITAL
DIVERSAS	MANDÍBULA	
	Maxilar inferior (mandíbula) redução de movimentos	
	Em grau mínimo	05
	Em grau médio	10
	Em grau máximo	20
	NARIZ	
	Amputação total do nariz com perda total do olfato	25
	Perda total do olfato	07
	Perda do olfato com alterações gustativas	10
	APARELHO VISUAL E ANEXOS DO OLHO	
	Diplopia	15
	Lesões das vias lacrimais	
	Unilateral	07
	Unilateral com fístulas	15
	Bilateral	14
	Bilateral com fístulas	25

INVALIDEZ PERMANENTE	DISCRIMINAÇÃO	% SOBRE O CAPITAL	
DIVERSAS	Lesões da pálpebra		
	Ectrópio unilateral	03	
	Ectrópio bilateral	06	
	Entrópio unilateral	07	
	Entrópio bilateral	14	
	Má oclusão palpebral unilateral	03	
	Má oclusão palpebral bilateral	06	
	Ptose palpebral unilateral	05	
	Ptose palpebral bilateral	10	
	APARELHO DA FONAÇÃO		
	Perda da palavra (mudez incurável)	50	
	Perda de substância (palato mole e duro)	15	
	SISTEMA AUDITIVO		
	Amputação total de uma orelha	08	
	Amputação total das duas orelhas	16	
DIVERSAS	PERDA DO BAÇO		
	APARELHO URINÁRIO		
	Retenção crônica de urina (sondagens obrigatórias)	15	
	Cistostomia (definitiva)	30	
	Incontinência urinária permanente	30	
	Perda de um rim, com rim remanescente		
	com função renal preservada	30	
	Redução da função renal (não dialítica)	50	
	Redução da função renal (dialítica)	75	
	Perda de rim único	75	
	APARELHO GENITAL E REPRODUTOR		
	Perda de um testículo	05	
	Perda de dois testículos	15	

INVALIDEZ PERMANENTE	DISCRIMINAÇÃO	% SOBRE O CAPITAL	
DIVERSAS	Amputação traumática do pênis	40	
	Perda de um ovário	05	
	Perda de dois ovários	15	
	Perda do útero antes da menopausa	30	
	Perda do útero depois da menopausa	10	
	PESCOÇO		
	Estenose da faringe com obstáculo a deglutição	15	
	Lesão do esôfago com transtornos da função motora	15	
	Traqueostomia definitiva	40	
	TÓRAX		
	APARELHO RESPIRATÓRIO		
	Sequelas pós-traumáticas pleurais	10	
	Ressecção total ou parcial de um pulmão (pneumectomia - parcial ou total)		
	com função respiratória preservada	15	
com redução em grau mínimo da função respiratória	25		
DIVERSAS	com redução em grau médio da função respiratória	50	
	com insuficiência respiratória	75	
	MAMAS (FEMININAS)		
	Mastectomia unilateral	10	
	Mastectomia bilateral	20	
	ABDOMEM (ORGÃO E VÍSCERAS)		
	Gastrectomia subtotal	20	
	Gastrectomia total	40	
	INTESTINO DELGADO		
	Ressecção parcial	20	
Ressecção parcial com síndrome disabsortiva ou ileostomia definitiva	40		
INTESTINO GROSSO			
Colectomia parcial	20		

INVALIDEZ PERMANENTE	DISCRIMINAÇÃO	% SOBRE O CAPITAL
DIVERSAS	Colectomia total	40
	Colestomia definitiva	40
	RETO E ÂNUS	
	Incontinência fecal sem prolapso	30
	Incontinência fecal com prolapso	50
	Retenção anal	10
	FÍGADO	
	Lobectomia hepática sem alteração funcional	10
	Lobectomia com insuficiência hepática	50
	SÍNDROMES NEUROLÓGICAS	
	Epilepsia pós-traumática	20
	Derivação ventrículo-peritoneal (hidrocefalia)	20
	Síndrome pós-concussional	05

8. INÍCIO DE VIGÊNCIA

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

9. CESSAÇÃO DE COBERTURA

9.1. Além das hipóteses previstas nos itens 11 e 12 das Condições Gerais, a cobertura do risco a que se refere cessa ainda:

9.1.1. Para o Segurado:

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

10. PRÊMIO

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

11. ÂMBITO TERRITORIAL DE COBERTURA

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

12. PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO

12.1. Para análise do pagamento da Indenização, respeitado o disposto nas Condições Gerais item 18., deverão ser apresentados os respectivos documentos básicos, a seguir relacionados:

- Formulário "Aviso de Sinistro" (Formulário padrão Metlife) preenchido e assinado pelo Solicitante;
- Formulário "Autorização para Crédito de Indenização" (Formulário padrão MetLife), devidamente preenchido e assinado pelo Segurado;
- Cópias do RG. (cédula de identidade), CPF (Cadastro de Pessoas Físicas) e comprovante de residência do Segurado;
- Cópia do BO (Boletim de Ocorrência Policial) e/ou CAT (Comunicação de Acidente do Trabalho), se houver;
- Cópia da CNH (Carteira Nacional de Habilitação), em caso de acidente com veículo dirigido pelo Segurado;

- Cópia do Laudo do Exame de Dosagem Alcoólica e/ou Toxicológico, se realizado(s);
- Cópia do laudo da perícia técnica realizada no local do acidente, se houver;
- Radiografia e resultados de exames realizados;
- Relatório médico informando a data do acidente, o percentual do déficit funcional apresentado por segmento, a data de confirmação da alta médica e, obrigatoriamente, da reabilitação;
- Cópia de todos os documentos médicos e exames realizados;
- Em caso do segurado ser o motorista, documentação que comprove que o motorista estava em trajeto no veículo ou embarcação no momento da ocorrência do Evento;
- Em caso do segurado ser o passageiro, documentação que comprove que o mesmo estava sendo transportado pelo veículo ou embarcação no momento da ocorrência do Evento;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;
- Radiografia e resultados de exames realizados;
- Relatório médico informando a data do acidente, o percentual do déficit funcional apresentado por segmento, a data de confirmação da alta médica e, obrigatoriamente, da reabilitação;
- Cópia de todos os documentos médicos e exames realizados;
- Em caso do segurado ser o motorista, documentação que comprove que o motorista estava em trajeto no veículo ou embarcação no momento da ocorrência do Evento;
- Em caso do segurado ser o passageiro, documentação que comprove que o mesmo estava sendo transportado pelo veículo ou embarcação no momento da ocorrência do Evento;

13. DISPOSIÇÕES GERAIS

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

CLÁUSULA DE INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL POR ACIDENTE (IPTA)

1. OBJETIVO

1.1 A presente Cláusula Adicional, desde que contratada, garante ao Segurado o pagamento de uma Indenização, em caso de invalidez permanente e total do Segurado, decorrente de Acidente Pessoal Coberto, 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 cobertura prevalece o conceito indicado no item “Definições” das Condições Gerais deste seguro.

2.2 Invalidez permanente total por acidente: é a perda ou impotência funcional definitiva e total, em virtude de lesão física causada por Acidente Pessoal devidamente coberto, para a qual não se pode esperar recuperação ou reabilitação pela medicina, tendo em vista os recursos terapêuticos disponíveis no momento.

2.3 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.

2.4 Ainda que do mesmo acidente resulte mais de uma situação prevista na Tabela para Cálculo de Percentuais de Indenização em caso de Invalidez Permanente Total por Acidente 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 constantes das Condições Gerais, estão também excluídos desta cobertura, os eventos ocorridos em consequência, direta ou indireta de e/ou relacionados a:

- c) acidente Vascular Cerebral;
- 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) todo e qualquer dano estético, ainda que decorrente de acidente coberto;
- f) perda de dentes, ainda que decorrente de acidente coberto.

4. CAPITAL SEGURADO

4.1 O Capital Segurado para esta cobertura será estabelecido contratualmente, em moeda corrente nacional, e deverá constar na Apólice do Seguro.

5. DATA DO EVENTO

5.1 Considera-se como data do evento, para efeito desta cobertura, a data da ocorrência do

acidente.

6. COMPROVAÇÃO DO ACIDENTE

6.1 A Invalidez Permanente Total por Acidente, coberta pela presente Cláusula Adicional, será comprovada mediante a apresentação, à Seguradora, dos documentos mencionados nas Condições Gerais facultando à Seguradora quaisquer medidas necessárias à sua elucidação.

7. ACUMULAÇÃO DAS COBERTURAS

7.1 As indenizações por Morte Acidental e Invalidez Permanente Total por Acidente, quando contratadas ambas as Coberturas, não se acumulam.

8. TABELA PARA CÁLCULO DE PERCENTUAIS DE INDENIZAÇÃO EM CASO DE INVALIDEZ PERMANENTE E TOTAL POR ACIDENTE

8.1 A Indenização corresponderá ao Capital Segurado contratado para esta Cobertura, caso ocorra a invalidez permanente e total do Segurado, ocorrida por acidente pessoal.

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

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

9. INÍCIO DE VIGÊNCIA

9.1 A cobertura começa a vigorar, para todos os Segurados a partir do aceite da chamada realizada através do sistema/aplicativo, se aplicado, ou ao embarcarem veículo e/ou embarcações devidamente licenciados para o transporte de pessoas.

10. CESSAÇÃO DE COBERTURA

10.1 Além das hipóteses previstas nas Condições Gerais, a garantia do risco individual extingue-se nas seguintes situações:

10.1.1 Para o Segurado:

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

11. PRÊMIO

11.1 O Prêmio referente a esta cobertura estará previsto contratualmente.

12. BENEFICIÁRIO

12.1 Para efeito desta condição especial, o Beneficiário é(são) a(s) pessoa(s) física(s) ou jurídica(s) designada(s) para receber os valores de Indenização, na hipótese de ocorrência de Evento Coberto.

13. ÂMBITO TERRITORIAL DE COBERTURA

13.1 Esta cobertura abrange os eventos ocorridos em todo o globo terrestre.

14. PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO

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

- Formulário "Aviso de Sinistro" (Formulário padrão MetLife) preenchido e assinado pelo Solicitante;
- Formulário "Autorização para Crédito de Indenização" (Formulário padrão MetLife), devidamente preenchido e assinado pelo Segurado;
- Cópias do RG. (cédula de identidade), CPF (Cadastro de Pessoas Físicas) e comprovante de residência do Segurado;
- Cópia do BO (Boletim de Ocorrência Policial) e/ou CAT (Comunicação de Acidente do Trabalho), se houver;
- Cópia da CNH (Carteira Nacional de Habilitação), em caso de acidente com veículo dirigido pelo Segurado;
- Cópia do Laudo do Exame de Dosagem Alcoólica e/ou Toxicológico, se realizado(s);
- Cópia do laudo da perícia técnica realizada no local do acidente, se houver;
- Radiografia e resultados de exames realizados;
- Cópia de todos os documentos médicos e exames realizados;
- Em caso do segurado ser o motorista, documentação que comprove que o motorista estava em trajeto no veículo ou embarcação no momento da ocorrência do Evento;
- Em caso do segurado ser o passageiro, documentação que comprove que o mesmo estava sendo transportado pelo veículo ou embarcação no momento da ocorrência do Evento;

15. DISPOSIÇÕES GERAIS

15.1 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.

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

1. OBJETIVO

1.1 Esta cobertura, desde que contratada, garante ao Segurado o reembolso, respeitados os limites estabelecidos contratualmente, das despesas médicas, hospitalares e/ou odontológicas, incorridas a critério e sob orientação médica, necessárias ao restabelecimento do Segurado, realizadas em consequência exclusiva de Acidente Pessoal Coberto, exceto se decorrente de Riscos Excluídos, observados os demais termos desta cobertura, das Condições Gerais e as demais Disposições Contratuais.

1.2 As Indenizações previstas nesta cobertura serão devidas quando o Acidente Pessoal ocorrer dentro do período de vigência do seguro contratado e desde que o tratamento se inicie dentro dos 30 (trinta) dias contados a partir da data do Acidente Pessoal.

1.3 O valor da indenização prevista nesta cobertura não poderá, em hipótese alguma, ser superior aos efetivos gastos com as despesas médicas, hospitalares e odontológicas garantidas, ainda que haja vários seguros contratados em diferentes seguradoras.

1.4 Cabe ao segurado a livre escolha dos prestadores de serviços médicos, hospitalares e odontológicos, desde que legalmente habilitados.

1.5 A comprovação das despesas deverá ser feita mediante a apresentação dos comprovantes originais e dos relatórios médicos.

1.6 A Seguradora reserva-se o direito de submeter o segurado a exame para comprovação da necessidade dos procedimentos médicos, hospitalares e/ou odontológicos, sob pena de perda do direito à indenização, caso o segurado a tanto se negue.

2. DEFINIÇÕES

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

3. RISCOS EXCLUÍDOS

3.1 Além dos riscos expressamente excluídos constantes das Condições Gerais, estão também excluídos desta cobertura 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) estados de convalescença (após alta médica) e as despesas de acompanhantes;
- d) aparelhos que se referem a órteses de qualquer natureza e a próteses, salvo as próteses pela perda de dente(s) natural(is) decorrente de Acidente Pessoal coberto;
- e) cirurgias plásticas, exceto aquelas com finalidade comprovadamente restauradoras de função, diretamente afetadas por Evento Coberto pelo seguro;
- f) reposição de lentes, óculos, aparelhos ortodônticos, etc.;

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

4. CAPITAL SEGURADO

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

4.2 Para fins desta cobertura considera-se como data do evento, para efeito de determinação do Capital Segurado, a data da ocorrência do acidente, não prevalecendo qualquer alteração de Capital Segurado efetuada posteriormente ao acidente.

5. INÍCIO DE VIGÊNCIA

5.1 A cobertura começa a vigorar, para todos os Segurados a partir do aceite da chamada realizada através do sistema/aplicativo, se aplicado, ou ao embarcarem veículo e/ou embarcações devidamente licenciados para o transporte de pessoas.

6. CESSAÇÃO DE COBERTURA

6.1 Além das hipóteses previstas nas Condições Gerais, a garantia do risco individual extingue-se nas seguintes situações:

6.1.1 Para o Segurado:

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

7. PRÊMIO

7.1 O Prêmio referente a esta cobertura estará previsto contratualmente.

8. FRANQUIA

8.1 O valor da Franquia para esta cláusula será estabelecido contratualmente.

9. ÂMBITO TERRITORIAL DE COBERTURA

9.1 Esta cobertura abrange os eventos ocorridos exclusivamente em território nacional.

10. PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO

10.1 As despesas efetuadas no exterior devem ser ressarcidas em Reais (R\$) com base no câmbio oficial de venda na data e em moeda do efetivo pagamento realizado pelo Segurado, respeitando-se os limites de Capitais Segurados estabelecidos contratualmente para esta cobertura.

10.2 Possuindo o Segurado mais de um contrato de seguro, nesta ou em outra Seguradora e que garanta o reembolso de Despesas Médico-Hospitalares e Odontológicas, a responsabilidade desta Seguradora por este Seguro será igual, em cada cobertura, à importância obtida pelo rateio do total dos gastos efetuados

proporcionalmente aos limites segurados para cada cobertura em todas as apólices em vigor na data da ocorrência do acidente.

10.3 A Seguradora poderá estabelecer acordos ou convênios com os prestadores de serviço médico- hospitalares e odontológicos para que o Segurado possa ter acesso ao serviço médico sem a necessidade de desembolso do valor. Porém, a utilização ou não destes prestadores conveniados deve ficar a critério exclusivo do Segurado.

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

- Formulário "Aviso de Sinistro" (Formulário padrão MetLife) preenchido e assinado pelo Solicitante;
- Formulário "Autorização para Crédito de Indenização" (Formulário padrão MetLife), devidamente preenchido e assinado pelo Segurado;
- Cópias do RG (cédula de identidade), CPF (Cadastro de Pessoas Físicas) e do comprovante de residência do Segurado;
- Cópia da CNH (Carteira Nacional de Habilitação), em caso de acidente com veículo dirigido pelo Segurado;
- Relatório médico informando descrição da evolução clínica e data em que iniciou o tratamento;
- Cópia de todos os documentos médicos e exames realizados;
- Cópia do Laudo do Exame de Dosagem Alcoólica e/ou Toxicológico, se realizado;
- Cópia do Laudo da Perícia Técnica realizado no local do acidente, se houver;
- Radiografias e/ou resultados dos exames realizados;
- Notas fiscais e recibos originais das despesas médicas, hospitalares e/ou odontológicas. As notas fiscais referentes a despesas com medicamentos devem ser acompanhadas das respectivas prescrições médicas.
- Em caso do segurado ser o motorista, documentação que comprove que o motorista estava em trajeto no veículo ou embarcação no momento da ocorrência do Evento;
- Em caso do segurado ser o passageiro, documentação que comprove que o mesmo estava

sendo transportado pelo veículo ou embarcação no momento da ocorrência do Evento;

11. DISPOSIÇÕES GERAIS

11.1 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.

CLÁUSULA DE DIÁRIAS POR INCAPACIDADE TEMPORÁRIA POR ACIDENTE (DIT-A)

1. OBJETIVO

1.1 Esta cobertura, desde que contratada, garante ao Segurado o pagamento ao segurado de diárias, no caso deste ficar impossibilitado contínua e ininterruptamente, por período temporário, de exercer suas atividades laborativas durante o período em que se encontrar em tratamento, sob orientação médica, ocorrido exclusivamente no período de vigência do seguro, respeitados o período de carência e a franquia definidas, e observado o limite de diárias e as condições contratuais do seguro em consequência exclusiva de Acidente Pessoal Coberto, exceto se decorrente de Riscos Excluídos, observados os demais termos desta cobertura, das Condições Gerais e as demais Disposições Contratuais.

1.2 Para fins da cobertura de diárias de incapacidade por acidente, toma-se por conceito de Acidente Pessoal o conceito constante nas Condições Gerais deste seguro.

2. DEFINIÇÕES

2.1 Limite Máximo de Diárias Indenizáveis: é a quantidade máxima de diárias a que o Segurado fará jus enquanto o mesmo estiver afastado de suas atividades laborativas por motivo de Acidente Pessoal, a contar do primeiro dia após o término do período de Franquia.

3. RISCOS EXCLUÍDOS

3.1 Além dos riscos expressamente excluídos nas Condições Gerais, estão também excluídos desta cobertura:

- a) cirurgias plásticas (estéticas ou não) e períodos de convalescença a elas relacionados;
- b) Acidente Vascular Cerebral;
- c) todo e qualquer dano estético, ainda que decorrente de acidente coberto;
- d) perda de dentes, ainda que decorrente de acidente coberto.

4. CAPITAL SEGURADO

4.1 O Capital Segurado para esta Cobertura será definido contratualmente na Proposta e Apólice do Seguro, respeitado o limite máximo de 365 (trezentas e sessenta e cinco) diárias, e representa o limite máximo de indenização pelo mesmo evento.

4.2 Se for mencionado capital mensal na apólice, o mesmo será dividido por 30 (trinta) para fins de cálculo de indenização de cada da diária de incapacidade coberta.

4.3 Para determinação do capital segurado, na liquidação dos sinistros, será considerada como data do evento, a data do acidente pessoal que provocou a incapacidade temporária do Segurado e em consequência o afastamento do Segurado das atividades laborativas por ele exercidas.

4.4 As indenizações objeto desta cobertura são cumulativas com qualquer outra garantia da apólice.

4.5 A reintegração do capital segurado é automática após cada sinistro, sem cobrança de prêmio adicional.

4.6 Serão considerados como mesmo evento, os afastamentos decorrentes do mesmo diagnóstico e cujo intervalo seja inferior a 90 (noventa) dias contado da data do último retorno as atividades laborativas.

5. INÍCIO DE VIGÊNCIA

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

6. CESSAÇÃO DE COBERTURA

6.1 Além das hipóteses previstas nas Condições Gerais, a cobertura do risco a que se refere esta cobertura cessa ainda:

6.1.1 Para o Segurado:

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

7. PRÊMIO

7.1 O Prêmio referente a esta cobertura estará previsto contratualmente.

8. CARÊNCIA

8.1 Não se aplica a carência para incapacidade coberta decorrente de acidente pessoal.

9. FRANQUIA

9.1 A franquia será estabelecida na Especificação da Apólice e não poderá ser superior a 15 (quinze) dias, contados a partir da data do afastamento do Segurado, constante do relatório médico.

9.2 O Segurado somente terá direito à garantia de Diárias de Incapacidade Temporária por Acidente no caso de afastamento de suas atividades profissionais pelo tempo superior à franquia de dias estabelecida, e desde que sejam dias consecutivos e ininterruptos, sem prejuízo da carência mencionada na cláusula anterior.

9.3 O período de Franquia será estabelecido contratualmente, respeitado o limite máximo de 15 (quinze) dias ininterruptos por evento, e será contado a partir da data do afastamento das atividades laborativas do Segurado, por determinação médica. As Indenizações previstas nesta cobertura serão devidas a partir do primeiro dia após

o término do período de Franquia e se estenderão até o final do período de afastamento do Segurado, observado

o Limite Máximo de Diárias Indenizáveis estabelecido contratualmente.

10. LIMITE DE DIÁRIAS

10.1 O limite de diárias será estabelecido contratualmente na Proposta e Apólice de Seguro, respeitado o máximo de 365 (trezentos e sessenta e cinco) diárias por evento, independentemente de renovação da Apólice.

10.2 As Indenizações previstas nesta cobertura serão devidas após decorrido o período de Franquia e respeitado o Limite Máximo de Diárias Indenizáveis.

10.3 Pelo mesmo evento, o número de diárias indenizadas não pode superar a quantidade contratada.

10.4 Caso o Segurado tenha que retornar à situação de incapacidade temporária em consequência de evento para o qual já havia recebido alta médica, cuja origem ou causa tenha sido o mesmo acidente coberto, tais períodos de incapacidade serão considerados como um mesmo evento, exceto quando o intervalo entre os mesmos for superior a 6 (seis) meses.

11. ÂMBITO TERRITORIAL DE COBERTURA

11.1 Esta cobertura abrange os eventos ocorridos exclusivamente em território nacional.

12. PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO

12.1 No caso de ocorrência simultânea de mais de um Evento Coberto, as diárias do período coincidente aos afastamentos simultâneos não serão pagas duplicadas, não havendo acúmulo ou superposição de Indenizações.

12.2 O número de diárias a serem pagas será determinado pela Seguradora em função da necessidade comprovada de afastamento do Segurado de suas atividades laborativas, fundamentado no tempo médio de dias, observado pela prática médica, análise da documentação médica e resultados de exames complementares.

12.3 Para a análise do pagamento da Indenização deverão ser apresentados os respectivos documentos básicos, a seguir relacionados:

- Formulário "Aviso de Sinistro" (Formulário padrão MetLife) preenchido e assinado pelo Solicitante;
- Formulário "Autorização para Crédito de Indenização" (Formulário padrão MetLife), devidamente preenchido e assinado pelo Segurado;
- Cópias do RG (cédula de identidade), CPF (Cadastro de Pessoas Físicas) e comprovante de residência do Segurado;
- Cópia do BO (Boletim de Ocorrência Policial) e/ou CAT (Comunicação de Acidente do Trabalho), se houver;
- Cópia da CNH (Carteira Nacional de Habilitação) em caso de acidente com veículo dirigido pelo Segurado;
- Cópia do Laudo do Exame de Dosagem Alcoólica e/ou Toxicológico, se realizado(s);
- Relatório médico informando a data do acidente, as lesões/sequelas decorrentes do acidente, o período necessário para o tratamento e a data de confirmação da alta médica;
- Cópia de todos os documentos médicos e exames realizados;
- Cópia da Ficha de Registro de Empregado, quando tratar-se de Apólice Coletiva, cujo Vínculo prévio seja empregatício;

- Cópia dos 3 (três) últimos comprovantes de salário, quando tratar-se de Apólice Coletiva, cujo Vínculo prévio seja empregatício;
- Em caso do segurado ser o motorista, documentação que comprove que o motorista estava em trajeto no veículo ou embarcação no momento da ocorrência do Evento;
- Em caso do segurado ser o passageiro, documentação que comprove que o mesmo estava sendo transportado pelo veículo ou embarcação no momento da ocorrência do Evento;

12.4 Com base na comunicação e comprovantes do evento e estando devidamente caracterizada a incapacidade temporária, nos termos desta Cobertura, a Seguradora efetuará o pagamento das diárias obedecendo aos seguintes critérios:

- Quando a incapacidade temporária superar 30 (trinta) dias, os pagamentos serão efetuados mensalmente pela Seguradora, tomando-se por base relatório médico atualizado, que deverá ser entregue pelo Segurado imediatamente após seu retorno ao médico assistente.
- A critério da Seguradora, e desde que definido na Especificação da Apólice, o pagamento da indenização poderá ser feito integralmente, com base nas diárias de afastamento determinadas, dentro dos limites estabelecidos e observadas as demais condições contratuais.
- De posse do relatório médico atualizado, a Seguradora efetuará o pagamento das diárias correspondentes ao período em que o Segurado esteve incapacitado de exercer suas atividades profissionais, a contar do primeiro dia de afastamento, após o período de franquia contratado ou a contar do último pagamento efetuado pela Seguradora, até a alta médica ou a utilização do limite de diárias, estabelecidos na Especificação da Apólice.
- Nos casos em que o período de incapacidade temporária não superar 30 (trinta) dias a Seguradora providenciará um único pagamento no valor correspondente às diárias em que o Segurado permaneceu afastado, a contar do primeiro dia de afastamento de suas atividades profissionais, após o período de franquia contratado, até a alta médica.
- O segurado deve autorizar seu médico-assistente e as entidades de prestação de assistência médico-hospitalar envolvidas no seu atendimento a fornecer as informações clínicas solicitadas pelos peritos médicos da Seguradora, os quais se comprometem a zelar pela confidencialidade das mesmas, bem como autoriza submeter-se à realização de exame físico pericial por médico da seguradora.
- Estando o Segurado em gozo de um benefício, não fará jus a outro, mesmo que seja em consequência de outro evento. Só será reconhecido pela Seguradora um novo evento se o mesmo vier a ocorrer após o Segurado obter alta médica definitiva do evento anterior. Não haverá acumulação de indenizações em consequência de eventos ocorridos em datas diferentes

13. BENEFICIÁRIO

13.1 Para efeito desta condição especial, o Beneficiário é(são) a(s) pessoa(s) física(s) ou jurídica(s) designada(s) para receber os valores de Indenização, na hipótese de ocorrência de Evento Coberto.

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.

CLÁUSULA DE AUXÍLIO FUNERAL POR ACIDENTE (AUXFA)

1. OBJETIVO

- Esta Cláusula, desde que contratada, garante ao(s) Beneficiário(s) o pagamento de uma Indenização, em consequência de falecimento do passageiro, decorrente exclusivamente de Acidente Pessoal Coberto durante a vigência do Seguro, exceto se decorrente de Riscos Excluídos, observados os demais termos desta Cláusula, das Condições Gerais e as demais Disposições Contratuais.
- A presente Cláusula somente poderá ser contratada em conjunto com a Cláusula de Morte Acidental e a ela se vincula, de forma que somente será devida, se caracterizada a cobertura relativa à Cláusula de Morte Acidental.
- Será estabelecido contratualmente se a Indenização relativa à presente Cláusula será ou não deduzida do Capital Segurado da Cláusula de Morte Acidental, na hipótese de Evento Coberto.
- Também será estabelecido contratualmente se poderá ou não haver adiantamento do Capital Segurado relativo a esta Cláusula.
- Quando houver adiantamento de Capital Segurado da Cláusula de Morte, este adiantamento não caracterizará o direito à cobertura da Cláusula de Morte, ficando à análise para pagamento da diferença da indenização sujeita as condições 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 nas Condições Gerais, estão também excluídos desta cobertura, os eventos ocorridos em consequência, direta ou indireta de e/ou relacionados a:

- a) uso de material nuclear para quaisquer fins, ainda que ocorridos em testes, experiências ou no transporte de armas e/ou projéteis nucleares, incluindo explosões nucleares provocadas ou não, bem como a contaminação radioativa ou exposição a radiações nucleares ou ionizantes;
- b) atos ou operações de guerra civil, química ou bacteriológica, declaradas ou não, invasão, hostilidade, insurreição de poder militar ou usurpado, guerrilha, revolução, agitação, motim, revolta, sedição, sublevação, 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) acidentes ocorridos anteriormente à contratação do seguro;
- d) suicídio ou sua tentativa nos 2 (dois) primeiros anos de vigência, ou da recondução do contrato, quando suspenso, contados:
- do início de vigência individual do seguro; ou
 - da solicitação de aumento de Capital Segurado feita exclusivamente pelo Segurado/Estipulante. Nesta hipótese a exclusão somente se aplica à diferença do Capital Segurado aumentado;
- e) atos ilícitos dolosos praticados pelo Segurado, pelo Beneficiário ou pelo representante legal, de um ou de outro, ou ainda pelos sócios controladores, dirigentes e administradores do Estipulante;
- 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) perturbações e intoxicações alimentares de qualquer espécie;
- i) 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;
- j) eventos causados exclusivamente pela não utilização, pelo Segurado, de equipamentos de segurança exigidos por lei;
- k) eventos causados exclusivamente pela ausência de habilitação do Segurado para condução de veículo automotor;
- l) Acidente Vascular Cerebral;
- m) eventos em que o Segurado tenha intencionalmente atentado contra a vida e integridade física de outrem, consumado ou não, exceto em caso de legítima defesa ou assistência à pessoa em perigo.

4. CAPITAL SEGURADO

4.1. O Capital Segurado para esta Cláusula será estabelecido contratualmente e deverá constar nos respectivos Certificados 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. INÍCIO DE VIGÊNCIA DESTA CLÁUSULA

5.1. A garantia compreendida por esta Cláusula 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 Cláusula for contratada após entrada em vigor da Apólice.

6. CESSAÇÃO DE COBERTURA DESTA CLÁUSULA

6.1. Para fins desta cobertura se aplicam as hipóteses previstas nos itens 10, 11 e 19 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. BENEFICIÁRIO

9.1. Para efeito desta condição especial, o Beneficiário é(são) a(s) pessoa(s) física(s) ou jurídica(s) designada(s) para receber os valores de Indenização, na hipótese de ocorrência de Evento Coberto.

10. PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO

10.1. 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:

- Formulário "Aviso de Sinistro" (Formulário padrão MetLife) preenchido e assinado pelo Solicitante;
- Formulário "Autorização para Crédito de Indenização" (Formulário padrão MetLife), devidamente preenchido e assinado pelo Segurado;

- Cópias do RG (cédula de identidade), CPF (Cadastro de Pessoas Físicas) e comprovantes de residência do Segurado e do(s) Beneficiário(s);
- Cópia do BO (Boletim de Ocorrência Policial) e/ou CAT (Comunicação de Acidente do Trabalho), se houver;
- Cópia do Laudo do Necroscópico - IML (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 realizado(s);
- Cópia do laudo da perícia técnica realizada no local do acidente, se houver.
- Cópia da Certidão de Óbito do Segurado;
- Comprovante de indicação de Beneficiário(s) assinado pelo Segurado;
- Em caso do segurado ser o motorista, documentação que comprove que o motorista estava em trajeto no veículo ou embarcação no momento da ocorrência do Evento;
- Em caso do segurado ser o passageiro, documentação que comprove que o mesmo estava sendo transportado pelo veículo ou embarcação no momento da ocorrência do Evento;

11. DISPOSIÇÕES GERAIS

11.1. 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 que, em relação a esta Cláusula, têm função subsidiária.