

# Condições Gerais Seguro de Pessoas

# Índice

1.	CARACTERÍSTICAS .....	4
2.	OBJETIVO .....	4
3.	GARANTIAS .....	4
4.	DEFINIÇÕES .....	4
5.	RISCOS EXCLUÍDOS .....	7
6.	GARANTIAS BÁSICAS .....	8
7.	ACUMULAÇÃO DE INDENIZAÇÕES .....	13
8.	DATA DO EVENTO .....	13
9.	ÂMBITO TERRITORIAL DE COBERTURA .....	13
10.	CONDIÇÕES DE ACEITAÇÃO E INCLUSÃO DE SEGURADOS .....	13
11.	ACEITAÇÃO DA PROPOSTA DE CONTRATAÇÃO .....	14
12.	VIGÊNCIA DO SEGURO .....	15
12.1.	Vigência da Apólice .....	15
12.2.	Vigência dos Seguros Individuais .....	15
13.	CUSTEIO DO SEGURO .....	16
14.	COBRANÇA DOS PRÊMIOS .....	16
15.	COBERTURA EM CASO DE NÃO PAGAMENTO DO PRÊMIO .....	16
16.	CANCELAMENTO DA APÓLICE POR FALTA DE PAGAMENTO DO PRÊMIO .....	17
17.	CAPITAL SEGURADO .....	17
18.	REAJUSTE E AUMENTO DO CAPITAL SEGURADO E PRÊMIO .....	17
19.	OCORRÊNCIA DO EVENTO .....	17
20.	PAGAMENTO DO CAPITAL SEGURADO .....	17
21.	JUNTA MÉDICA .....	19
22.	PERDA DE INDENIZAÇÃO .....	19
23.	INSTITUIÇÃO E MUDANÇA DE BENEFICIÁRIO .....	20
24.	CESSAÇÃO DA COBERTURA DE CADA SEGURADO .....	20
25.	CANCELAMENTO DA APÓLICE .....	21
26.	OUTRAS OBRIGAÇÕES DO ESTIPULANTE .....	21
27.	MATERIAL DE DIVULGAÇÃO .....	22
28.	ALTERAÇÕES DO CONTRATO .....	22
29.	PRESCRIÇÃO .....	22
30.	FORO .....	22
31.	DISPOSIÇÕES FINAIS .....	22
CLÁUSULA ADICIONAL DE DESPESAS MÉDICO-HOSPITALARES E ODONTOLÓGICAS DECORRENTES DE ACIDENTE (DMHO) .....		23
1.	OBJETIVO .....	23
2.	DEFINIÇÕES .....	23
3.	RISCOS EXCLUÍDOS .....	23
4.	DISPOSIÇÕES GERAIS .....	23
CLÁUSULA ADICIONAL DE DIÁRIAS DE INCAPACIDADE TEMPORÁRIA POR ACIDENTE (DIT) .....		25
1.	OBJETIVO .....	25
2.	DEFINIÇÕES .....	25
3.	FRANQUIA .....	25
4.	RISCOS EXCLUÍDOS .....	25
5.	ÂMBITO TERRITORIAL DE COBERTURA .....	25
6.	LIMITE DE DIÁRIAS .....	25
7.	COMPROVAÇÃO DA INCAPACIDADE TEMPORÁRIA .....	26
8.	PAGAMENTO DA DIÁRIA DE INCAPACIDADE TEMPORÁRIA .....	26
9.	ACEITAÇÃO DE SEGURADOS .....	26
10.	CESSAÇÃO DA GARANTIA ADICIONAL DE DIÁRIAS DE INCAPACIDADE TEMPORÁRIA POR ACIDENTE .....	26
11.	DATA DO EVENTO .....	27
12.	REINTEGRAÇÃO .....	27
13.	DISPOSIÇÕES GERAIS .....	27
CLÁUSULA SUPLEMENTAR DE INCLUSÃO DE CÔNJUGE (IC) .....		28
1.	OBJETIVO .....	28
2.	CONCEITOS .....	28

3.	CONDIÇÕES DE ACEITAÇÃO .....	28
4.	GARANTIAS .....	28
5.	RISCOS EXCLUÍDOS .....	28
6.	FORMA DE PARTICIPAÇÃO .....	28
7.	CAPITAL SEGURADO .....	28
8.	BENEFICIÁRIO DO SEGURO .....	29
9.	VIGÊNCIA DA CLÁUSULA .....	29
10.	TÉRMINO DE VIGÊNCIA .....	29
11.	TAXAS .....	29
12.	CANCELAMENTO DA PRESENTE CLÁUSULA .....	29
13.	DISPOSIÇÕES GERAIS .....	29
	CLÁUSULA SUPLEMENTAR DE INCLUSÃO DE FILHOS (IF) .....	30
1.	OBJETIVO .....	30
2.	CONCEITO .....	30
3.	RISCOS EXCLUÍDOS .....	30
4.	CAPITAL SEGURADO .....	30
5.	BENEFICIÁRIO DO SEGURO .....	30
8.	TÉRMINO DE VIGÊNCIA .....	30
9.	TAXAS .....	31
10.	CANCELAMENTO DA PRESENTE CLÁUSULA .....	31
11.	DISPOSIÇÕES GERAIS .....	31
	CLÁUSULA DE DISTRIBUIÇÃO DE EXCEDENTES TÉCNICOS .....	32
1.	CONCEITO .....	32
2.	APURAÇÃO DO RESULTADO .....	32
3.	ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA .....	32
4.	CONDIÇÕES PARA DISTRIBUIÇÃO DO EXCEDENTE .....	33
5.	DISTRIBUIÇÃO DO EXCEDENTE .....	33

## CONDIÇÕES GERAIS DO SEGURO DE ACIDENTES PESSOAIS COLETIVO

### 1. CARACTERÍSTICAS

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

### 2. OBJETIVO

- 2.1. O presente Seguro tem por objetivo garantir o pagamento ao Segurado ou a seu(s) Beneficiário(s) de uma importância em dinheiro, limitada ao valor do Capital Segurado contratado, no caso de ocorrer um dos eventos cobertos, previstos nas garantias contratadas pelo Estipulante, **exceto se decorrentes de riscos excluídos e desde que respeitadas as demais cláusulas destas Condições Gerais e, se houver, do Contrato e das Cláusulas Adicionais ou Suplementares.**

### 3. GARANTIAS

- 3.1. As garantias deste seguro dividem-se em básicas e adicionais:

#### 3.1.1. Garantias Básicas

- a) Morte Acidental
- b) Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente (IPA)
- c) Invalidez Permanente e Total por acidente (IPTA)

#### 3.1.2. Garantias Adicionais

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

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

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

- 3.3. O Estipulante deverá informar no formulário denominado “Proposta de Contratação ou Carta Oferta”, quais garantias pretende contratar, sendo uma das básicas obrigatória e as demais facultativas.

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

- 3.3.2. A definição, as normas e riscos excluídos pertinentes às garantias adicionais previstas no item 3.1.2. estão dispostas nas Cláusulas Adicionais anexas.

### 4. DEFINIÇÕES

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

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

- 4.1.1.1. Incluem-se, ainda, nesse conceito:

- a) o suicídio, ou a sua tentativa, após dois anos de contratação do seguro ou se sua recondução depois de suspenso, que será equiparado, para fins de indenização, acidente pessoal, observada legislação em vigor;
- b) os acidentes decorrentes de ação da temperatura do ambiente ou influência atmosférica, quando a elas o Segurado ficar sujeito, em decorrência de acidente coberto;
- c) os acidentes decorrentes de escapamento acidental de gases e vapores;

- d) os acidentes decorrentes de seqüestros e tentativas de seqüestros;
- e) os acidentes decorrentes de alterações anatômicas ou funcionais da coluna vertebral, de origem traumática, causadas exclusivamente por fraturas ou luxações, radiologicamente comprovadas;
- f) ataque de animais e os casos de hidrofobia, envenenamento ou intoxicações deles decorrentes, excluídas as doenças infecciosas e parasitárias transmitidas por picadas de insetos;
- g) atentados e agressões, atos de legítima defesa e atos praticados por dever de solidariedade humana;
- h) choque elétrico e raio;
- i) contato com substâncias ácidas ou corrosivas;
- j) tentativa de salvamento de pessoas ou bens;
- k) queda n'água ou afogamento.

#### 4.1.1.2. Excluem-se desse conceito:

- a) as doenças, incluídas as profissionais, quaisquer que sejam suas causas, ainda que provocadas, desencadeadas ou agravadas, direta ou indiretamente por acidente, ressalvadas as infecções, estados septicêmicos e embolias, resultantes de ferimento visível causado em decorrência de acidente coberto;
- b) as intercorrências ou complicações conseqüentes da realização de exames, tratamentos clínicos ou cirúrgicos, quando não decorrentes de acidente coberto;
- c) as lesões decorrentes, dependentes, predispostas ou facilitadas por esforços repetitivos ou microtraumas cumulativos, ou que tenham relação de causa e efeito com os mesmos, assim como as lesões classificadas como: Lesão por Esforços Repetitivos – LER, Doenças Osteomusculares Relacionadas ao Trabalho – DORT, Lesão por Trauma Continuado ou Contínuo – LTC, ou similares que venham a ser aceitas pela classe médico-científica, bem como as suas conseqüências pós-tratamentos, inclusive cirúrgicos, em qualquer tempo;
- d) as situações reconhecidas por instituições oficiais de previdência ou assemelhadas, como “invalidez acidentária”, nas quais o evento causador da lesão não se enquadre integralmente na caracterização de invalidez por acidente pessoal, definido no item 4.1.1.

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

**4.1.3. Beneficiário(s):** é(são) a(s) pessoa(s) designada(s) pelo Segurado para receber o valor do Capital Segurado, na hipótese de sua morte devidamente coberta. No caso das garantias de Invalidez Permanente por Acidente, Despesas Médico-Hospitalares e Odontológicas e Diárias de Incapacidade Temporária, bem como no de morte do Segurado Dependente, quando houver, o Beneficiário será o próprio Segurado.

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

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

**4.1.6. Certificado Individual do Segurado:** é o documento emitido pela Seguradora, destinado ao Segurado, que confirma sua inclusão no seguro, quando da aceitação do proponente, da renovação do seguro ou da alteração de valores de capital segurado ou prêmio do proponente, indicando as garantias contratadas, capitais segurados, vigência do seguro e prêmio.

**4.1.7. Condições Contratuais:** é o conjunto de disposições que regem a contratação, incluindo as constantes da Proposta de Contratação, das Condições Gerais, da Cláusula Adicional, da apólice e, quando for o caso de plano coletivo, do Contrato, da Proposta de Adesão ou Cartão de Movimentação e do certificado individual.

**4.1.8. Cláusulas Adicionais:** são as condições que especificam as diferentes modalidades de garantias que possam ser contratadas dentro de um mesmo plano de seguro.

**4.1.9. Condições Gerais:** é o conjunto de cláusulas que regem um mesmo plano de seguro, estabelecendo obrigações e direitos, da Seguradora, dos Segurados, dos Beneficiários, e quando couber, do Estipulante.

- 4.1.10. Contrato:** é o instrumento jurídico firmado entre o Estipulante e a Seguradora, que estabelecem as peculiaridades da contratação do plano coletivo, e fixam os direitos e obrigações do Estipulante, da Seguradora, dos Segurados e dos Beneficiários.
- 4.1.11. Doenças, Lesões e Seqüelas Preexistentes:** estados mórbidos e doenças contraídas anteriormente à contratação do seguro, de conhecimento do Segurado e não declaradas na Proposta de Adesão, bem como os acidentes sofridos pelo Segurado antes da contratação do seguro.
- 4.1.12. Estipulante:** é a pessoa física ou jurídica que propõe a contratação de plano coletivo, ficando investida de poderes de representação do Segurado, nos termos da legislação e regulação em vigor, sendo identificado como Estipulante-instituidor quando participar, total ou parcialmente, do custeio do prêmio, e como Estipulante-averbador quando não participar do custeio.
- 4.1.13. Evento Coberto:** é o acontecimento futuro e incerto, previsto nas garantias do seguro, ocorrido durante sua vigência e não excluído nas Condições Gerais, Cláusulas Adicionais ou no Contrato de Seguro, capaz de acarretar obrigações pecuniárias à Seguradora em favor do Segurado ou de seus Beneficiários.
- 4.1.14. Excedente Técnico:** é o saldo positivo obtido pela Seguradora na apuração do resultado operacional de uma apólice coletiva, em determinado período.
- 4.1.15. Franquia:** é o período de tempo não considerado para cálculo do pagamento da indenização contado a partir da caracterização do sinistro.
- 4.1.16. Grupo Segurado:** é aquele constituído pelos componentes do Grupo Segurável, regularmente aceitos e incluídos no Seguro, nos termos destas Condições Gerais.
- 4.1.17. Grupo Segurável:** é aquele constituído pela totalidade das pessoas físicas que mantêm vínculo com o Estipulante que, estando em boas condições de saúde, podem aderir ou ser incluídas no seguro, desde que atendam aos demais requisitos estabelecidos nestas Condições Gerais e, se houver, nas Cláusulas Adicionais e no Contrato.
- 4.1.18. Indenização:** é o valor a ser pago pela Seguradora na ocorrência do sinistro, limitado ao valor do Capital Segurado da respectiva garantia contratada.
- 4.1.19. Nota Técnica Atuarial:** é o documento que contém a descrição e o equacionamento técnico do Seguro a que se referem estas Condições Gerais.
- 4.1.20. Prêmio:** é o valor a ser pago à Seguradora em contraprestação às garantias contratadas. O pagamento em dia do prêmio é imprescindível para que o Segurado ou os Beneficiários possam fazer jus às garantias deste seguro. Cada garantia determinará a cobrança de um prêmio correspondente.
- 4.1.21. Proponente:** é a pessoa física cuja adesão ao seguro é solicitada, e que passará a condição de Segurado somente após a sua aceitação pela Seguradora.
- 4.1.22. Proposta de Adesão / Cartão de Movimentação:** é o documento em que o proponente, pessoa física, expressa a intenção de aderir à contratação coletiva, manifestando pleno conhecimento das condições contratuais.
- 4.1.23. Proposta de Contratação:** é o documento com declaração dos elementos essenciais do interesse a ser garantido, através do qual o Estipulante manifesta a sua vontade em contratar o seguro em proveito dos componentes do grupo segurável, manifestando pleno conhecimento de seus direitos e obrigações estabelecidos nas Condições Gerais, e, se houver, nas Cláusulas Adicionais e no Contrato.
- 4.1.24. Regime Financeiro de Repartição Simples:** é aquele através do qual se repartem ou se dividem entre os Segurados, num período considerado, os custos decorrentes da garantia dos eventos cobertos e das despesas de comercialização e administração, apurados neste mesmo período.

- 4.1.25. **Riscos Excluídos:** são aqueles riscos, previstos nas Condições Gerais, Cláusulas Adicionais e/ou do Contrato que não serão cobertos pelo presente Contrato de seguro.
- 4.1.26. **Segurado:** é a pessoa física que mantém vínculo com o Estipulante, regularmente incluída e aceita no seguro.
- 4.1.27. **Seguradora:** é a **Metropolitan Life Seguros e Previdência Privada S/A**, Sociedade Seguradora devidamente autorizada a comercializar seguros, que assume os riscos inerentes às garantias deste Contrato de seguro, nos termos da legislação vigente, das Condições Gerais, Cláusulas Adicionais e do Contrato.
- 4.1.28. **Segurados Dependentes:** são os cônjuges/companheiras(os), filhos e enteados considerados dependentes do Segurado titular pela Legislação do Imposto de Renda e/ou da Previdência Social, regularmente incluídos no seguro.
- 4.1.29. **Sinistro:** é a ocorrência de um evento coberto pelas garantias contratadas, desde que estas estejam em vigor, e capaz de acarretar obrigações pecuniárias à Seguradora.

## 5. RISCOS EXCLUÍDOS

- 5.1. **Estão expressamente excluídos de todas as garantias deste seguro, para os Segurados titulares e Dependentes, os eventos ocorridos, direta ou indiretamente, em consequência:**
- a) uso de material nuclear para quaisquer fins, ainda que ocorridos em testes, experiências ou no transporte de arma e/ou projétil nucleares, incluindo explosões nucleares provocadas ou não, bem como a contaminação radioativa ou exposição a radiações nucleares ou ionizantes;
  - b) atos ou operações de guerra, declarada ou não, de guerra química ou bacteriológica, de guerra civil, invasão, hostilidade, rebelião, insurreição de poder militar ou usurpado ou da participação do Segurado em deveres de combate ou exercícios militares com força armada de qualquer país ou organização internacional, de guerrilha, de revolução, agitação, motim, revolta, sedição, sublevação, atos de terrorismo ou outras perturbações de ordem pública e delas decorrentes, excetuando-se os casos de prestação de serviço militar ou de atos de humanidade em auxílio de outrem;
  - c) prática por parte do Segurado de atos ilícitos ou contrários à lei;
  - d) de tufões, furacões, ciclones, terremotos, maremotos, erupções vulcânicas e outras convulsões da natureza;
  - e) da prática de atos reconhecidamente perigosos que não sejam motivados por necessidade justificada, exceto nos casos de utilização de meios de transporte mais arriscado, de prestação de serviço militar, da prática de esporte ou de atos de humanidade em auxílio de outrem;
  - f) de acidente ocorrido quando o Segurado não legalmente habilitado estiver na condução de veículo automotor e aeronaves de qualquer tipo.
- 5.2. **Estão também excluídos:**
- a) as doenças, acidentes ou lesões preexistentes à inclusão do Segurado, não declaradas na Proposta de Adesão ou Cartão de Movimentação, e que sejam de seu conhecimento;
  - b) o suicídio ou sua tentativa ocorridos em até 2 (dois) anos do início de vigência do seguro ou de sua recondução depois de suspenso, conforme artigo 798 do Código Civil;
  - c) os eventos provocados intencionalmente pelo(s) Beneficiário(s);
  - d) as intercorrências ou complicações conseqüentes da realização de exames, tratamentos clínicos ou cirúrgicos, quando não decorrentes de acidente coberto;
  - e) as perturbações ou intoxicações alimentares de qualquer espécie;
  - f) as moléstias profissionais, mesmo quando consideradas acidentes do trabalho pela legislação previdenciária, inclusive as decorrentes ou não de microtraumas de repetição, tais como DORT (Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho), LER (Lesões por Esforços Repetitivos), Tenossinovite etc;
  - g) atos ilícitos dolosos praticados pelo Segurado, pelo Beneficiário ou pelo representante, de um e de outro. Se o Segurado for pessoa jurídica, estão excluídos os danos causados por atos ilícitos dolosos praticados por seus sócios controladores, dirigentes e administradores, pelos Beneficiários e pelos respectivos representante.

## 6. GARANTIAS BÁSICAS

- 6.1. Morte Acidental (MA):** Garante ao(s) Beneficiário(s) o pagamento do respectivo Capital Segurado em caso de morte do Segurado causada, exclusivamente, por acidente pessoal coberto pelo seguro, **exceto se decorrente de riscos excluídos, observadas as demais cláusulas destas Condições Gerais e, se houver, das Cláusulas Adicionais e do Contrato.**
- 6.1.1.** A indenização por morte de Segurado Dependente, quando houver, é devida ao Segurado.
- 6.1.2.** A garantia de morte, nos Seguros de menores de 14 (quatorze) anos, independentemente do Capital Segurado, destina-se apenas ao reembolso das despesas com o funeral, que devem ser comprovadas mediante apresentação de contas originais especificadas, que podem ser substituídas, a critério da Seguradora, por outros comprovantes satisfatórios. Incluem-se entre as despesas com funeral as havidas com o traslado. Não estão cobertas as despesas com aquisição de terrenos, jazigos ou carneiros.
- 6.2. Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente (IPA):** Garante ao Segurado o pagamento de uma indenização, limitada ao respectivo Capital Segurado, em caso de invalidez permanente, em virtude de lesão física causada por acidente devidamente coberto, mediante comprovação por laudo médico e desde que tais lesões sejam insuscetíveis de reabilitação ou recuperação pelos meios terapêuticos disponíveis no momento de sua constatação, observadas as demais cláusulas destas Condições Gerais e, se houver, das Cláusulas Adicionais e do Contrato.
- 6.2.1.** Como invalidez permanente entende-se a perda, redução ou impotência funcional definitiva, total ou parcial, de um membro ou órgão.
- 6.2.2.** A indenização será paga de acordo com a tabela constante no item 6.2.8. desta cláusula, calculadas as percentagens sobre o Capital Segurado vigente no dia do acidente, não prevalecendo qualquer aumento do seguro efetuado posteriormente ao acidente.
- 6.2.3.** No caso de perda parcial, ficando reduzidas as funções do membro ou órgão lesado, mas não abolidas por completo, a indenização por perda parcial é calculada pela aplicação, à percentagem prevista na tabela para sua perda total, do grau de redução funcional apresentado.
- 6.2.4.** Nos casos de invalidez parcial não especificados na tabela, a indenização será estabelecida tomando-se por base a diminuição permanente da capacidade física do Segurado, independentemente da sua profissão. No caso de lesões de articulação, as reduções de movimentos (ou função), além de descritas no atestado médico, deverão ser fixadas em percentagens, ficando estabelecido que, na falta de indicação da percentagem de redução, sendo informado apenas o grau dessa redução (máxima, médio e mínimo), a indenização será calculada, respectivamente, na base de 75% (setenta e cinco por cento), 50% (cinquenta por cento) e 25% (vinte e cinco por cento).
- 6.2.5.** 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 garantia; havendo 2 (duas) ou mais lesões em um mesmo membro ou órgão, a soma das percentagens correspondentes não poderá exceder ao percentual de indenização prevista para a sua perda total.
- 6.2.6.** A perda ou o agravamento da redução funcional de um membro ou órgão já defeituoso antes do acidente não dá direito a indenização, salvo quando previamente declarado pelo Segurado, caso em que se deduzirá do grau de invalidez definitiva o grau de invalidez preexistente.
- 6.2.7.** A perda de dentes, em consequência de acidente, não dá direito à indenização por invalidez permanente.



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

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

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

INVALIDEZ PERMANENTE	DISCRIMINAÇÃO	% SOBRE O CAPITAL
PARCIAL MEMBROS INFERIORES	Perda total do uso de um dos membros inferiores	70
	Perda total do uso de um dos pés	50
	Fratura não consolidada de um fêmur	50
	Fratura não consolidada de um dos segmentos tíbio-peroneiros.	25
	Fratura não consolidada da rótula	20
	Fratura não consolidada de um pé	20
	Anquilose total de um dos joelhos	20
	Anquilose total de um dos tornozelos	20
	Anquilose total de um quadril	20
	Perda parcial de um dos pés, isto é, perda de todos os dedos e de uma parte do mesmo pé	25
	Amputação do 1º (primeiro) dedo	10
	Amputação de qualquer outro dedo	03
	Perda total do uso de uma falange do 1º (primeiro) dedo, equivalente 1/2, e dos demais dedos, equivalentes a 1/3 do respectivo dedo.	
	Encurtamento de um dos membros inferiores	
	- 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	<b>MANDÍBULA</b>		
	<b>Maxilar inferior (mandíbula) redução de movimentos</b>		
	Em grau mínimo	05	
	Em grau médio	10	
	Em grau máximo	20	
	<b>NARIZ</b>		
	Amputação total do nariz com perda total do olfato	25	25
	Perda total do olfato	07	07
	Perda do olfato com alterações gustativas	10	10
	<b>APARELHO VISUAL E ANEXOS DO OLHO</b>		
	Diplopia	15	15
	<b>Lesões das vias lacrimais</b>		
	Unilateral		07
	Unilateral com fístulas		15

<b>INVALIDEZ PERMANENTE</b>	<b>DISCRIMINAÇÃO</b>	<b>% SOBRE O CAPITAL</b>
DIVERSAS	Bilateral	14
	Bilateral com fistulas	25
	<b>Lesões da pálpebra</b>	
	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
	<b>APARELHO DA FONAÇÃO</b>	
	Perda da palavra (mudez incurável)	50
	Perda de substância (palato mole e duro)	15
	<b>SISTEMA AUDITIVO</b>	
	Amputação total de uma orelha	08
	Amputação total das duas orelhas	16
	<b>PERDA DO BAÇO</b>	
	<b>APARELHO URINÁRIO</b>	
	Retenção crônica de urina (sondagens obrigatórias)	15
	Cistostomia (definitiva)	30
	Incontinência urinária permanente	30
	<b>Perda de um rim, com rim remanescente</b>	
	com função renal preservada	30
	Redução da função renal (não dialítica)	50
	Redução da função renal (dialítica)	75
	<b>Perda de rim único</b>	
	<b>APARELHO GENITAL E REPRODUTOR</b>	
	Perda de um testículo	05
	Perda de dois testículos	15
	Amputação traumática do pênis	40
	Perda de um ovário	05
	Perda de dois ovários	15
	Perda do útero antes da menopausa	30
	Perda do útero depois da menopausa	10
	<b>PESCOÇO</b>	
	Estenose da faringe com obstáculo a deglutição	15
	Lesão do esôfago com transtornos da função motora	15
	Traqueostomia definitiva	40
	<b>TÓRAX</b>	
	<b>APARELHO RESPIRATÓRIO</b>	
	Seqüelas pós-traumáticas pleurais	10

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

- 6.2.9.** A Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente, coberta pela presente cláusula, será comprovada mediante a apresentação, à Seguradora, de declaração médica idônea a essa finalidade.
- 6.2.10.** A Seguradora reserva-se o direito de submeter o Segurado a exame para comprovação da invalidez e/ou avaliação do nível da incapacidade, sob pena de não pagamento da indenização.
- 6.2.11.** Após cada evento em que houver uma indenização por Invalidez Permanente Parcial por Acidente, o Capital Segurado relativo a esta garantia será reintegrado automaticamente sem cobrança de prêmio adicional, **salvo nos casos de invalidez permanente direta ou indiretamente decorrente do mesmo acidente.**
- 6.4. Invalidez Permanente Total por Acidente (IPTA):** 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.
- 6.4.1.** As indenizações por morte e invalidez, quando contratadas ambas as garantias, não se acumulam.

**6.4.2.** Se, depois de paga uma indenização por invalidez permanente, verificar-se a morte do segurado, em consequência do mesmo acidente, a Seguradora pagará a indenização devida pela morte, deduzindo-se a importância paga por invalidez permanente e o certificado individual será cancelado.

**6.4.3. Tabela para Cálculo de Percentuais de Indenização em Caso de Invalidez Permanente Total por Acidente**

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

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

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

**7. ACUMULAÇÃO DE INDENIZAÇÕES**

**7.1.** As indenizações por Morte Acidental e Invalidez Permanente por Acidente quando contratadas ambas as garantias, não se acumulam. Se, depois de paga uma indenização por Invalidez Permanente por Acidente, verificar-se a Morte do Segurado em consequência do mesmo acidente, a Seguradora pagará a indenização devida pelo caso de Morte Acidental, deduzida a importância já paga por Invalidez Permanente por Acidente, não exigindo, entretanto, a devolução da diferença se a indenização paga ultrapassar a estipulada para o caso de Morte.

**7.2.** As indenizações por DMHO e DIT, se contratadas, são cumulativas com qualquer outra garantia do presente Seguro.

**8. DATA DO EVENTO**

**8.1.** Considera-se como data do evento, para efeito deste Seguro, a data da ocorrência do acidente.

**9. ÂMBITO TERRITORIAL DE COBERTURA**

**9.1.** Este Seguro abrange os eventos cobertos ocorridos em qualquer parte do Globo Terrestre.

**10. CONDIÇÕES DE ACEITAÇÃO E INCLUSÃO DE SEGURADOS**

**10.1.** A aceitação do Segurado está sujeita à análise do risco.

**10.2.** A inclusão individual deverá ser realizada mediante Proposta de Adesão assinada pelo Proponente. As Condições Gerais deste Seguro deverão estar à disposição dos Segurados.

- 10.3.** A inclusão dos proponentes é feita por adesão a este seguro, obedecida uma das seguintes condições:
- a)** **automática:** quando o seguro abranger todos os componentes do grupo segurável;
  - b)** **facultativa:** quando o seguro abranger somente os componentes do grupo segurável que autorizarem a sua inclusão, e a dos seus dependentes, no seguro.
- 10.4.** Somente serão aceitos os componentes do grupo segurável que se encontrarem em boas condições de saúde e em serviço ativo no dia fixado para início do respectivo risco individual.
- 10.4.1.** **A inobservância a qualquer das condições previstas no item anterior acarretará a perda da condição de Segurado.**
- 10.5.** Será estabelecida no Contrato a quantidade mínima de Segurados necessária para a aceitação e manutenção do Contrato de Seguro.
- 10.6.** A Seguradora terá um prazo de 15 (quinze) dias corridos, contados da data do recebimento da Proposta de Adesão ou Cartão de Movimentação, para aceitar ou recusar a inclusão do proponente no seguro.
- 10.6.1.** A Seguradora poderá solicitar documentos complementares para análise e aceitação do risco ou da alteração da proposta, uma única vez. Neste caso, o prazo de 15 (quinze) dias previsto no item anterior ficará suspenso, voltando a correr a partir da data do recebimento pela Seguradora das informações adicionais.
- 10.6.2.** É facultado à Seguradora solicitar, para efeito de aceitação, informação ao Estipulante ou ao Segurado quanto **à contratação de outros seguros de pessoas com coberturas concomitantes.**
- 10.6.3.** Decorrido o prazo estipulado no item 10.5, sem que tenha havido manifestação da Seguradora, a proposta será considerada como automaticamente aceita.
- 10.6.4.** Caso o risco do Segurado não seja aceito pela Seguradora, a recusa será comunicada por escrito e o respectivo prêmio eventualmente pago será devolvido, no prazo máximo de 10 (dez) dias corridos, devidamente atualizado pelo IPCA/IBGE (Índice de Preços ao Consumidor Amplo), ou outro que venha a substituí-lo, desde a data do pagamento até a data da efetiva devolução.
- 10.6.4.1.** Quando da recusa do seguro pela Seguradora, o proponente terá cobertura da data do recebimento da proposta com adiantamento de prêmio até a data da formalização da recusa.
- 10.6.5.** A compensação do cheque ou o efetivo recebimento do valor do prêmio pela Seguradora não implica na aceitação da proposta, devendo-se observar o disposto no item 10.5.3. e 11.5 destas Condições Gerais.
- 10.6.6.** O Segurado está obrigado a comunicar à Seguradora, logo que saiba, qualquer fato suscetível de agravar o risco coberto, sob pena de perder o direito à cobertura, se ficar comprovado que ele silenciou de má-fé.
- 10.6.6.1.** A Seguradora poderá, no prazo de 15 (quinze) dias após o recebimento do aviso de agravamento do risco, dar ciência ao Segurado, por escrito, de sua decisão de cancelar o seguro ou, mediante acordo entre as partes, restringir a cobertura ou cobrar a diferença de prêmio cabível.
- 10.6.6.2.** O cancelamento do seguro somente será eficaz 30 (trinta) dias após a notificação, devendo ser restituída a diferença de prêmio, calculada proporcionalmente ao período a decorrer. Tratando-se de seguro de pagamento mensal, não haverá qualquer restituição de prêmio.

## **11. ACEITAÇÃO DA PROPOSTA DE CONTRATAÇÃO**

- 11.1.** A Proposta de Contratação ou Carta Oferta, assinada obrigatoriamente pelo Estipulante, deverá ser entregue à Seguradora.
- 11.2.** As Condições Gerais completas deste Seguro deverão estar à disposição do Estipulante e dos Segurados, quando da apresentação da Proposta.

- 11.3. A Seguradora terá um prazo de 15 (quinze) dias, contados a partir da data do recebimento da Proposta de Contratação ou Carta Oferta, para aceitá-la ou recusá-la. Vencido o prazo de 15 (quinze) dias, sem manifestação da Seguradora, o seguro será considerado aceito.
- 11.4. A Seguradora poderá por uma única vez solicitar documentos complementares para análise e aceitação da proposta. Neste caso, o prazo de 15 (quinze) dias ficará suspenso, voltando a correr a partir da data em que se der a entrega da documentação complementar.
- 11.5. A não aceitação da proposta, por parte da Seguradora, será comunicada por escrito ao Estipulante e implicará na devolução integral de qualquer pagamento de Prêmio eventualmente efetuado **no prazo máximo de 10 (dez) dias corridos**, atualizados da data do pagamento até a data da efetiva restituição, pelo IPCA / IBGE (Índice de Preços ao Consumidor Amplo), ou outro índice que vier a substituí-lo, desde a data do pagamento até a data da efetiva devolução.

## 12. VIGÊNCIA DO SEGURO

### 12.1. VIGÊNCIA DA APÓLICE

- 12.1.1. O prazo de vigência da apólice será de 01 (hum) ano, quando outro prazo não for estabelecido no Contrato.
- 12.1.2. A Apólice poderá ser renovada automaticamente, por igual período, salvo se o Estipulante ou a Seguradora manifestarem-se em sentido contrário, mediante aviso prévio, por escrito, com antecedência mínima de 60 (sessenta) dias ao final da vigência da apólice, **ou ocorrer alguma das causas de cancelamento previstas nestas Condições Gerais.**
- 12.1.3. **A renovação automática prevista no item anterior só poderá ocorrer uma única vez, sendo que para as renovações posteriores deverá haver manifestação expressa do Estipulante e/ou da Seguradora.**
- 12.1.4. **Caso haja, na renovação, alteração da apólice que implique em ônus ou dever aos Segurados ou redução de seus direitos, deverá haver anuência expressa de pelo menos 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.**

### 12.2. VIGÊNCIA DOS SEGUROS INDIVIDUAIS

- 12.2.1. Os seguros individuais vigorarão enquanto vigorar a Apólice, desde que respeitados os demais termos destas Condições Gerais, especialmente as hipóteses de cancelamento do Contrato ou do seguro individual.
- 12.2.2. O início de vigência do risco individual, desde que o proponente seja aceito no seguro, será estabelecido no Contrato do Seguro ou terá início:
- a) a partir da zero hora do dia seguinte ao da data da efetiva aceitação da Proposta de Adesão ou Cartão de Movimentação que tenha sido recepcionada sem adiantamento de valor para futuro pagamento parcial ou total do prêmio;
  - b) a partir da zero hora do dia seguinte ao da data de recepção da Proposta de Adesão ou Cartão de Movimentação, desde que tenha sido recepcionada com adiantamento de valor para futuro pagamento parcial ou total do prêmio.
- 12.2.3. Os empregados e/ou sócios/diretores do Estipulante que estiverem licenciados ou afastados do trabalho na data da contratação deste Seguro, e os admitidos durante o período de vigência, somente poderão ser incluídos, a partir do pagamento do prêmio no mês subsequente do retorno ao trabalho ou de sua admissão pela empresa contratante.
- 12.2.4. A cada Segurado incluído no seguro, assim como nas renovações da apólice, será enviado um Certificado Individual.

### 13. CUSTEIO DO SEGURO

- 13.1. Para fins deste Seguro e de acordo com o Contrato, o custeio pode ser:
- não contributivo: em que os Segurados não pagam o prêmio, recaindo o ônus totalmente sobre o Estipulante; ou
  - contributivo: em que os Segurados pagam, total ou parcialmente, o prêmio do Seguro.

### 14. COBRANÇA DOS PRÊMIOS

- 14.1. É da responsabilidade do Estipulante a cobrança dos prêmios aos Segurados e da quitação nos prazos contratuais, das respectivas faturas e Notas de Seguro emitidas pela Seguradora.
- 14.1.1. A Seguradora encaminhará este documento diretamente ao Estipulante ou seu representante legal, ou, ainda, por expressa solicitação de qualquer um destes, ao Corretor de Seguros, observada a antecedência mínima de 5 (cinco) dias úteis, em relação à data do respectivo vencimento, salvo contrato.
- 14.2. É vedado ao Estipulante recolher dos Segurados, a título de prêmio do seguro, qualquer valor além daquele fixado pela Seguradora e a ela devido; caso o Estipulante receba, juntamente com o prêmio, qualquer quantia que lhe for devida, seja a que título for, fica o Estipulante obrigado a destacar no documento utilizado na cobrança do prêmio o valor do prêmio de cada Segurado.
- 14.3. É vedada a cobrança de qualquer taxa de inscrição ou intermediação.
- 14.3.1. Quando o Estipulante fizer jus a qualquer remuneração, inclusive a título de pró-labore, seu valor será estabelecido no Contrato.
- 14.4. 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.
- 14.5. Quando a forma de cobrança do prêmio for a de desconto ou consignação em folha, o empregador, salvo nos casos de cancelamento da apólice, somente poderá interromper o recolhimento em caso de perda do vínculo empregatício ou mediante pedido do Segurado por escrito.
- 14.6. Quando a data limite para pagamento do prêmio cair em dia em que não haja expediente bancário, o pagamento do prêmio poderá ser efetuado no primeiro dia útil em que houver expediente bancário.
- 14.7. **Em caso de atraso no pagamento do prêmio, incidirão sobre este encargo de multa de 2% (dois por cento), juros de 1% (um por cento) ao mês e atualização monetária pelo índice de Preços ao Consumidor Amplo (IPCA/IBGE).**
- 14.7.1. **Em caso de extinção do IPCA/IBGE, a atualização monetária de que trata este item será feita pelo índice que vier a substituí-lo.**

### 15. COBERTURA EM CASO DE NÃO PAGAMENTO DO PRÊMIO

- 15.1. Em caso de não pagamento do prêmio, o Estipulante será notificado do atraso para que regularize os pagamentos com pelo menos 10 (dez) dias de antecedência do cancelamento.
- 15.2. O Segurado deverá pagar as faturas em atraso, acrescidas dos encargos previstos no item 14.7. destas Condições Gerais, para evitar o cancelamento de seu seguro, considerando o disposto no próximo item.
- 15.3. Ocorrendo sinistro no período de inadimplência, antes do cancelamento final do seguro, a Seguradora realizará o pagamento do Capital Segurado ao Beneficiário indicado, sem prejuízo da cobrança dos prêmios em atraso.



## 16. CANCELAMENTO DA APÓLICE POR FALTA DE PAGAMENTO DO PRÊMIO

- 16.1. Após 90 (noventa) dias de atraso no pagamento dos prêmios devidos, o seguro será automaticamente cancelado. No caso de haver 3 (três) parcelas em atraso intercaladas com parcelas pagas, o seguro será cancelado de pleno direito no vencimento da terceira parcela não paga, independentemente de pagamentos anteriores entre as parcelas inadimplidas.

## 17. CAPITAL SEGURADO

- 17.1. O Capital Segurado de cada garantia deverá constar do Contrato e dos respectivos Certificados Individuais.
- 17.1.1. A reintegração do Capital Segurado para a hipótese de Invalidez Permanente Parcial por Acidente será automática quando da ocorrência do sinistro, **salvo para invalidez permanente, direta ou indiretamente, decorrente do mesmo acidente.**

## 18. REAJUSTE E AUMENTO DO CAPITAL SEGURADO E PRÊMIO

- 18.1. O Capital Segurado de todos os Segurados, assim como os respectivos prêmios, será reajustado anualmente segundo a variação do IPCA/IBGE, ou dos salários e proventos do Segurado, de acordo com o que dispuser o Contrato.
- 18.1.1. Na falta, extinção ou proibição do uso do índice definido, a atualização monetária terá por base o índice que vier a substituí-lo.
- 18.2. O reajuste do Capital Segurado dos Aposentados e dos Segurados Afastados será feito na mesma proporção do reajuste para os Segurados Ativos, desde que o critério de reajuste seja adotado para todos os componentes ativos.
- 18.3. Nos casos de aumento do Capital Segurado, caberá ao Estipulante solicitá-lo à Seguradora, por escrito, que poderá aceitá-lo ou não.

## 19. OCORRÊNCIA DO EVENTO

- 19.1. Ocorrendo evento coberto, de acordo com a definição prevista nestas Condições Gerais, que possa acarretar a responsabilidade da Seguradora, deverá ela ser comunicada pelo Segurado, seu Representante ou pelo(s) Beneficiário(s), por meio de Aviso de Sinistro, por carta registrada ou telegrama dirigido à Seguradora ou a seu representante legal.
- 19.2. Da comunicação por carta ou telegrama deverão constar: data, hora, local e causa do acidente.
- 19.3. O Segurado acidentado deverá recorrer imediatamente, à sua custa, aos serviços de médicos legalmente habilitados, submetendo-se ao tratamento exigido para uma cura completa.

## 20. PAGAMENTO DO CAPITAL SEGURADO

- 20.1. Para o recebimento do Capital Segurado ou da Indenização, deverá ser comprovada satisfatoriamente a ocorrência do evento, bem como todas as circunstâncias a ele relacionadas, facultando à Seguradora quaisquer medidas tendentes à elucidação do fato.
- 20.2. As despesas efetuadas com a comprovação do evento e documentos de habilitação correrão por conta dos interessados, salvo as diretamente realizadas pela Seguradora.
- 20.3. As indenizações por morte ou invalidez total por acidente podem ser pagas integral ou parcialmente sob a forma de renda certa, desde que tenha havido manifestação expressa neste sentido firmada pelo Segurado.

**20.4.** O pagamento de qualquer Capital Segurado ou de indenização decorrente do presente seguro será efetuado em até 30 (trinta) dias, após a entrega de todos os documentos abaixo relacionados, observado o item 21.7., destas Condições Gerais:

**a) Morte Acidental**

- Aviso de Sinistro;
- Documento de Identidade e C.P.F. do Segurado sinistrado;
- Cópia do comprovante de residência do Segurado e cada um dos Beneficiários;
- Cópia dos 3 (três) últimos comprovantes de recebimento de salário;
- Cópia da Certidão de Óbito;
- Cópia do termo de rescisão;
- Declaração do Médico Assistente, indicando causa morte, com firma reconhecida;
- Cópia do Laudo do I.M.L. (Instituto Médico Legal), se realizado;
- Cópia da Ficha de Registro de Empregado;
- Cópia do Laudo de Dosagem Alcoólica e/ou Toxicológico (em caso de morte acidental);
- Cópia da Carteira Nacional de Habilitação (se houver acidente de trânsito e se o Segurado for condutor do veículo acidentado);
- Cópia da Comunicação de Acidente do Trabalho;
- Cópia do Termo Circunstanciado ou do Boletim de Ocorrência Policial (em caso de morte acidental);
- **Documentação para habilitação do(s) Beneficiário(s):**
  - Documento de Identidade e C.P.F. (de cada um);
  - Cônjuge: Certidão de casamento, atualizada;
  - Filho Solteiro: Certidão de nascimento;
  - Filho Casado: Certidão de nascimento e de casamento, esta atualizada;
  - Pais: Certidão de Nascimento do Segurado e dos pais;
  - Companheira(o): prova de “união estável”.
- **No caso de Beneficiários incapazes:**
  - menores sujeitos ao poder familiar: cópia autenticada da certidão de nascimento do menor e documentos de identificação de ambos os pais (cédula de identidade e CPF);
  - menores sujeitos à tutela: cópia autenticada da certidão de nascimento do menor, termo de tutela e documentos de identificação do tutor (cédula de identidade e CPF);
  - maiores sujeitos a curatela: cópia autenticada da certidão de nascimento do maior, termo de curatela e documentos de identificação do curador (cédula de identidade e CPF).

**b) Invalidez Permanente por Acidente (IPA)**

- Aviso de Sinistro;
- Documento de Identidade e C.P.F. do Segurado sinistrado;
- Cópia da ficha de registro de empregado;
- Cópia do comprovante de residência do Segurado e cada um dos Beneficiários;
- Cópia dos 3 (três) últimos comprovantes de recebimento de salário;
- Cópia do Laudo de Dosagem Alcoólica e/ou Toxicológico (se realizado);
- Cópia da Carteira Nacional de Habilitação (se houver acidente de trânsito e se o Segurado for condutor de veículo acidentado);
- Cópia da Comunicação de Acidente do Trabalho, cópia do Termo Circunstanciado ou do Boletim de Ocorrência Policial, quando for o caso (deve conter o carimbo oficial do INSS);
- Relatório do médico assistente, com firma reconhecida, informando:
  - Diagnóstico
  - Alta definitiva
  - Tratamento usado
  - Grau de invalidez
  - Reconhecimento do estado de Invalidez Permanente Total ou Parcial
  - Exames complementares disponíveis.

**c) Invalidez Permanente Total por Acidente (IPTA)**

- Aviso de Sinistro;
- Documento de Identidade e C.P.F. do Segurado sinistrado;
- Cópia do comprovante de residência do segurado e de cada um do(s) beneficiário(s);
- Cópia da Ficha de Registro de Empregado;
- Cópia Laudo de Dosagem Alcoólica e/ou Toxicológico (se realizado);
- Cópia da Carteira Nacional de Habilitação (se houver acidente de trânsito e se o Segurado for condutor do veículo acidentado);

- Cópia da Comunicação de Acidente de Trabalho, quando for o caso (deve conter o carimbo oficial do INSS);
  - Relatório do médico assistente, com firma reconhecida, informando:
    - Diagnóstico
    - Alta Definitiva
    - Tratamento realizado
    - Grau de invalidez
    - Reconhecimento do estado de Invalidez Permanente
  - Exames complementares disponíveis.
- 20.5.** Poderá ser exigida a autenticação das cópias de todos os documentos necessários à análise da Seguradora.
- 20.6.** Independentemente dos documentos acima, a MetLife poderá, examinado caso a caso, consultar, livremente e a seu critério exclusivo, especialistas de sua indicação, para apurar comprovação ou não do evento.
- 20.7.** A documentação listada acima não é restritiva. A Seguradora poderá, no caso de dúvida fundada e justificável, solicitar outros documentos que se façam necessários, durante o processo de análise do sinistro, para sua completa liquidação.
- 20.7.1.** Caso a Seguradora exija a apresentação de outros documentos, o prazo de 30 (trinta) dias previsto no item 21.4. acima será suspenso, voltando a correr a partir da data do recebimento pela Seguradora da documentação complementar.
- 20.8.** Caso haja atraso no pagamento da indenização, a Seguradora pagará juros de de 1% (um por cento) ao mês, contados a partir da mora, além da atualização monetária pelo IPCA/IBGE, esta aplicada desde a data do evento. Incidirá também multa de 2% (dois por cento).
- 20.9.** As despesas efetuadas com a comprovação do sinistro e documento de habilitação dos beneficiários correrão por conta dos interessados, salvo as diretamente realizadas pela Seguradora.
- 20.10.** As providências ou atos que a Seguradora praticar após o sinistro não importam, por si só, no reconhecimento da obrigação de pagar qualquer indenização.

## **21. JUNTA MÉDICA**

- 21.1.** No caso de divergências sobre a causa, natureza ou extensão das lesões, bem como a avaliação da incapacidade, a Seguradora deverá propor ao Segurado, por meio de correspondência escrita, dentro do prazo de 15 (quinze) dias, a contar da data da contestação, a constituição de junta médica.
- 21.1.1.** A junta médica será constituída por 3 (três) membros, sendo um nomeado pela Seguradora, outro pelo Segurado e, um terceiro, desempatador, escolhido pelos dois nomeados. Cada uma das partes pagará os honorários do médico que tiver designado; os do terceiro serão pagos, em partes iguais, pelo Segurado e pela Seguradora.
- 21.1.2.** O prazo para constituição da junta médica será de, no máximo, 15 (quinze) dias a contar da data da indicação do membro nomeado pelo Segurado.

## **22. PERDA DE INDENIZAÇÃO**

- 22.1.** **A Seguradora não pagará qualquer indenização, com base no presente seguro se o Estipulante, Segurado, seu representante, ou seu Corretor de seguros fizer declarações inexatas ou omitir circunstâncias que possam influir na aceitação da Proposta ou no valor do prêmio.**
- 22.2.** **Se a inexatidão ou a omissão nas declarações não resultar de má-fé do Segurado, a Seguradora poderá:**
- 22.2.1.** **Na hipótese de não ocorrência do Sinistro:**

- a) cancelar o seguro, retendo, do prêmio originalmente pactuado, a parcela proporcional ao tempo decorrido; ou
  - b) mediante acordo entre as partes, permitir a continuidade do seguro, cobrando a diferença de prêmio cabível ou restringindo a cobertura contratada.
- 22.2.2. Na hipótese de ocorrência de Sinistro com pagamento parcial do Capital Segurado:
- a) cancelar o seguro, após o pagamento da indenização, retendo, do prêmio originalmente pactuado, acrescido da diferença cabível, a parcela calculada proporcionalmente ao tempo decorrido; ou
  - b) mediante acordo entre as partes, permitir a continuidade do seguro, cobrando a diferença de prêmio cabível ou deduzindo-a do valor a ser pago ao Segurado ou ao Beneficiário ou restringindo a cobertura contratada para riscos futuros.
- 22.2.3. Na hipótese de ocorrência de Sinistro com pagamento integral do Capital Segurado, cancelar o seguro, após o pagamento da indenização, deduzindo, do valor a ser indenizado, a diferença de prêmio cabível, efetuando o pagamento e deduzindo do seu valor a diferença de prêmio cabível.
- 22.3. A Seguradora não fará o pagamento da indenização, ainda, se o segurado praticar qualquer dos atos abaixo:
- a) inobservância das obrigações convencionadas neste Seguro;
  - b) dolo, fraude ou sua tentativa, simulação ou culpa grave para obter ou majorar a indenização;
  - c) inobservância do artigo 768 do Código Civil, que dispõe que o Segurado perderá o direito à garantia do seguro se agravar intencionalmente o risco objeto do Contrato;
  - d) não fornecimento da documentação solicitada.
- 22.4. Em qualquer das hipóteses acima não haverá restituição de prêmio, ficando a Seguradora isenta de quaisquer responsabilidades.

## 23. INSTITUIÇÃO E MUDANÇA DE BENEFICIÁRIO

- 23.1. Cabe ao Segurado, a qualquer tempo, nomear ou substituir seus Beneficiários, mediante manifestação por escrito à Seguradora, ressalvadas as restrições legais.
- 23.1.1. Será considerada, em caso de sinistro, a última alteração de Beneficiários feita pelo Segurado, desde que recebida pela Seguradora antes do pagamento do Capital Segurado a quem de direito. **Será válido o pagamento feito pela Seguradora se realizado antes de receber a comunicação da alteração de Beneficiário.**
- 23.2. A substituição só poderá ser efetuada se o Segurado não tiver renunciado previamente a essa faculdade, ou se o seguro não tiver como causa declarada a garantia de alguma obrigação.
- 23.3. Não sendo instituído o Beneficiário, a indenização será paga de acordo com o que estabelece a Lei, ou seja, metade ao cônjuge sobrevivente e metade aos herdeiros do Segurado, obedecida a ordem de vocação hereditária.
- 23.4. Havendo mais de um Beneficiário indicado e vindo um deles a falecer antes do Segurado, em ocorrendo o sinistro, a parte cabível ao Beneficiário pré-morto reverterá em favor dos demais Beneficiários indicados.
- 23.5. Na hipótese de morte simultânea (comoriência) do Segurado e do(s) Segurado(s) Dependente(s), os Capitais Segurados referentes às coberturas dos Segurados, titular e dependente(s), deverão ser pagos aos respectivos Beneficiários indicados ou, na ausência destes, aos herdeiros legais dos segurados.

## 24. CESSAÇÃO DA COBERTURA DE CADA SEGURADO

- 24.1. A cobertura de cada Segurado cessará:
- a) no final do prazo de vigência da apólice, se esta não for renovada;
  - b) com o desaparecimento do vínculo entre o Segurado e o Estipulante;

- c) se o Segurado solicitar sua exclusão da apólice, mediante comunicação por escrito, com aviso prévio de 60 (sessenta) dias, no mínimo;
- d) se o Segurado deixar de contribuir com sua parte do prêmio, observado o disposto no item 16.1. destas Condições Gerais;
- e) com o falecimento do Segurado;
- f) imediatamente, se constatada uma das hipóteses previstas na cláusula “Perda de Indenização” destas Condições.
- g) Para a cobertura Invalidez Permanente Total por Acidente (IPTA), com o recebimento do capital segurado em razão da invalidez permanente Total.

**24.2.** No caso do desaparecimento de vínculo entre o Segurado e o Estipulante, aquele poderá continuar coberto pela apólice quando assumir o custo total do mesmo, desde que haja concordância do Estipulante.

## **25. CANCELAMENTO DA APÓLICE**

**25.1.** A apólice poderá ser cancelada:

- a) por falta de pagamento de qualquer fatura do prêmio, observado o disposto no item 16 destas Condições Gerais;
- b) por mútuo acordo entre Seguradora e Estipulante, mediante aviso prévio de 60 (sessenta) dias, desde que com a anuidade de 3/4 (três quartos) do grupo segurado;
- c) pelo descumprimento de qualquer dispositivo destas Condições Gerais;
- d) se houver dolo, culpa ou prática de fraude por parte do Estipulante, no ato da contratação ou durante toda a vigência do Contrato;
- e) a qualquer tempo, a pedido do Segurado, tratando-se de seguro em que o vínculo com o Estipulante seja somente de seguro.

## **26. OUTRAS OBRIGAÇÕES DO ESTIPULANTE**

**26.1.** Sem prejuízo das demais obrigações previstas nestas Condições Gerais e, se houver, nas Cláusulas Adicionais e no Contrato, constituem, ainda, obrigações do Estipulante:

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

## **27. MATERIAL DE DIVULGAÇÃO**

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

## **28. ALTERAÇÕES DO CONTRATO**

- 28.1.** O presente seguro poderá ser alterado, em qualquer tempo, mediante acordo entre as partes contratantes.
- 28.1.1.** Nos seguros contributários, qualquer modificação na apólice vigente, que implicar ônus ou dever para os Segurados ou redução de seus direitos, dependerá da anuência prévia e expressa de Segurados que representem, no mínimo, 3/4 (três quartos) do grupo segurado. Inexistindo Vínculo prévio ao seguro, entre Segurado e Estipulante, o tratamento da renovação será feito diretamente com o Segurado.

## **29. PRESCRIÇÃO**

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

## **30. FORO**

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

## **31. DISPOSIÇÕES FINAIS**

- 31.1.** A aceitação do seguro estará sujeita à análise do risco.
- 31.2.** O registro deste plano na SUSEP não implica, por parte da Autarquia, incentivo ou recomendação a sua comercialização.
- 31.3.** O Segurado poderá consultar a situação cadastral de seu corretor de seguros, no site [www.susep.gov.br](http://www.susep.gov.br), por meio do número de seu registro na SUSEP, nome completo, CNPJ ou CPF.
- 31.4.** Este seguro é estruturado no regime financeiro de repartição, portanto, não haverá devolução ou resgate de prêmios ao Segurado ou aos Beneficiários.
- 31.5.** Este seguro é por prazo determinado tendo a Seguradora a faculdade de não renovar a apólice na data de vencimento, sem devolução dos prêmios pagos nos termos da apólice.

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

### 1. OBJETIVO

- 1.1. Pela presente cláusula adicional, fica garantido o pagamento de uma indenização ao Segurado, desde que contratada esta garantia e **nos limites estabelecidos no Contrato**, visando indenizar as despesas médicas e dentárias, bem como diárias hospitalares, incorridas a critério médico e sob sua orientação, necessárias para o restabelecimento do Segurado, realizadas em consequência de Acidente Pessoal coberto, **quando este ocorrer dentro do período de vigência do Plano de Seguro contratado e desde que iniciadas nos 30 (trinta) primeiros dias contados a partir da data do Acidente Pessoal, respeitadas as exclusões gerais, as demais inclusões e exclusões no conceito de Acidente Pessoal e as demais exclusões descritas a seguir.**

### 2. DEFINIÇÕES

- 2.1. **Acidente Pessoal:** para fins desta cobertura, prevalece o conceito definido no item “Definições” das Condições Gerais do Seguro.
- 2.2. **Franquia:** é a quantidade de dias durante a qual a Seguradora não responde por qualquer indenização, em caso de ocorrência do evento coberto.

### 3. RISCOS EXCLUÍDOS

- 3.1. Para fins desta garantia, não se incluem no conceito de Acidente Pessoal:
- a) as doenças (incluídas as profissionais, mesmo quando consideradas acidentes do trabalho pela legislação previdenciária, inclusive as decorrentes ou não de microtraumas de repetição tais como DORT - Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho, LER - Lesões por Esforços Repetitivos, Tenossinovite etc), quaisquer que sejam suas causas, ainda que provocadas, desencadeadas ou agravadas, direta ou indiretamente por acidente, ressalvadas as infecções, estados septicêmicos e embolias, resultantes de ferimento visível;
  - b) as intercorrências ou complicações conseqüentes da realização de exames, tratamentos clínicos ou cirúrgicos, quando não decorrentes de acidente coberto;
  - c) micro-traumas: significam os micro-traumatismos que paulatinamente levam à invalidez permanente. São também chamados micro-traumas laborativos ou doenças profissionais.
- 3.2. Além dos riscos excluídos no subitem acima, a presente garantia não garante o acidente pessoal ocorrido em consequência direta ou indiretamente, de:
- a) ato reconhecidamente perigoso que não seja motivado por necessidade justificada;
  - b) prática por parte do Segurado, de atos ilícitos ou contrários à lei;
  - c) furacões, ciclones, terremotos, maremotos, erupções vulcânicas e outras convulsões da natureza;
  - d) suicídio e suas tentativas, ocorridos nos 2 (dois) primeiros anos de vigência do contrato de seguro, ou de sua recondução depois de suspenso;
  - e) condução de veículos automotivos sem a devida habilitação legal.
- 3.3. Não estão cobertas as despesas decorrentes de:
- a) estados de convalescença (após alta médica) e as despesas de acompanhantes;
  - b) aparelhos que se referem a órteses de qualquer natureza e a próteses de caráter permanente, salvo as próteses pela perda de dentes naturais.

### 4. DISPOSIÇÕES GERAIS

- 4.1. Cabe ao Segurado a livre escolha dos prestadores de serviços médico-hospitalares e odontológicos, desde que legalmente habilitados.
- 4.2. Desde que preservada a livre escolha, pode a Seguradora estabelecer acordos ou convênios com prestadores de serviço médico-hospitalares e odontológicos para facilitar a prestação de assistência ao Segurado.

- 4.3. A comprovação das despesas médico-hospitalares e odontológicas deverá ser feita mediante a apresentação dos comprovantes originais das despesas e do relatório do médico assistente.
- 4.4. As despesas efetuadas no exterior devem ser ressarcidas com base no câmbio oficial de venda da data do efetivo pagamento realizado pelo Segurado, respeitando-se o limite de cobertura estabelecido, atualizados monetariamente pela TR pró rata até a data da liquidação do sinistro. Os custos com a tradução do material serão de responsabilidade da Seguradora.
- 4.5. Possuindo o Segurado mais de um contrato de seguro, nesta ou em outra Seguradora, garantindo Despesas Médico-Hospitalares e Odontológicas, a responsabilidade desta Seguradora por este Seguro será igual, em cada garantia, à importância obtida pelo rateio do total dos gastos efetuados proporcionalmente aos limites segurados para cada garantia em todas as apólices em vigor na data do sinistro.
- 4.6. A garantia de Despesas Médico-Hospitalares e Odontológicas está sujeita à aplicação de franquia, conforme estabelecido no Contrato.
- 4.7. Esta Cláusula faz parte das Condições Gerais. As normas constantes desta Cláusula, por serem mais específicas, prevalecem sobre quaisquer dispositivos existentes nas Condições Gerais que, em relação a esta Cláusula, tem função subsidiária.



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

### 1. OBJETIVO

- 1.1. Pela presente Cláusula Adicional, fica garantido ao Segurado, dentro dos limites estabelecidos e sob as condições a seguir enumeradas, o pagamento de diárias, preestabelecidas e contratadas pelo mesmo, em caso de seu afastamento causado **exclusivamente por** acidente pessoal, ocorrido durante a vigência do seguro, que gere comprovada necessidade de interrupção temporária e involuntária de exercer sua atividade profissional por um período superior e ininterrupto de no mínimo 15 (quinze) dias, ou outro prazo superior a esse, de acordo com o determinado no contrato, mediante comprovação por relatório médico, exames laboratoriais e laudos de exames especializados, reconhecidos pela Seguradora, obedecendo o limite de diárias a ser estabelecido no contrato.

### 2. DEFINIÇÕES

- 2.1. **Acidente Pessoal:** considera-se, para esta cláusula, a definição de acidente pessoal constante das Condições Gerais da Apólice.
- 2.2. **Franquia:** é a quantidade de dias durante a qual a Seguradora não responde por qualquer indenização, em caso de ocorrência do evento coberto.
- 2.3. **Limite de Diárias:** é a quantidade máxima de diárias a que o Segurado fará jus enquanto o mesmo estiver afastado de suas atividades por motivo de acidente, a contar do primeiro dia após o término do prazo de franquia acordado entre as partes no contrato, que não será superior a 15 (quinze) dias.

### 3. FRANQUIA

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

### 4. RISCOS EXCLUÍDOS

- 4.1. Além dos riscos mencionados nas Condições Gerais, estão expressamente excluídos da Cláusula Adicional de Diárias por Incapacidade Temporária:
- a) doenças ocupacionais e profissionais, incluindo LER (Lesões decorrentes de Esforços Repetitivos) e DORT (Doenças Ocupacionais Relacionadas ao Trabalho);
  - c) eventos causados exclusivamente pela ausência de habilitação do Segurado para condição de veículo automotor;
  - d) Acidente Vascular Cerebral;
  - e) todo e qualquer tipo de dano estético, ainda que decorrente de acidente coberto;
  - f) perda de dentes, ainda que decorrente de acidente coberto.

### 5. ÂMBITO TERRITORIAL DE COBERTURA

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

### 6. LIMITE DE DIÁRIAS

- 6.1. O limite de diárias constará do contrato, podendo ser de até, no máximo, 180 (cento e oitenta) dias por evento, não sendo cumulativas as diárias não utilizadas pelo Segurado no evento anterior.

## 7. COMPROVAÇÃO DA INCAPACIDADE TEMPORÁRIA

7.1. O aviso do afastamento à Seguradora deverá ser comprovado, pelo Segurado ou seu representante legal, mediante apresentação dos resultados de exames ou laudos comprobatórios do acidente pessoal e relatório do médico assistente, descrevendo no mínimo o motivo e a estimativa do número de dias de afastamento, podendo ainda a Seguradora solicitar quaisquer outros documentos a fim de obter mais esclarecimentos sobre o evento.

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

## 8. PAGAMENTO DA DIÁRIA DE INCAPACIDADE TEMPORÁRIA

8.1. Em posse dos comprovantes descritos no item 7, a Seguradora efetuará, em até 30 (trinta) dias, o pagamento das diárias correspondentes ao período de afastamento em que o Segurado esteve incapacitado de exercer sua atividade profissional, a contar do primeiro dia após o término dos dias determinados como franquia.

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

8.3. Quando o afastamento profissional for superior a 30 (trinta) dias, os pagamentos serão efetuados periodicamente, tomando-se por base um relatório médico atualizado que deverá ser entregue pelo Segurado a cada 30 (trinta) dias, conforme retorno ao médico assistente.

8.4. **No caso de ocorrência simultânea de mais de um evento coberto, a indenização será a do evento que resulte no maior tempo de afastamento, não havendo acúmulo ou superposição de indenizações.**

8.5. O número de diárias a serem pagas será determinado pela Seguradora em função da necessidade comprovada de afastamento do segurado de sua atividade profissional, fundamentado no tempo médio de dias, observado pela prática médica e análise da documentação médica e exames complementares para as mesmas lesões.

8.6. Em todas as ocorrências poderão ser realizadas perícias médicas pelo departamento médico da Seguradora, sendo estas despesas custeadas pela própria Seguradora.

8.7. Se, durante o período de pagamento das diárias, o Segurado vier a falecer, desde que a morte não decorra de risco excluído, o saldo de sua indenização, relativa aos dias de afastamento decorridos até sua morte, será pago aos beneficiários por ele indicados.

## 9. ACEITAÇÃO DE SEGURADOS

9.1. Poderão contratar a Cláusula Adicional Diárias de Incapacidade Temporária por Acidente os proponentes que se encontrem em boas condições de saúde, em plena atividade profissional e contratem Capital Segurado compatível com a sua remuneração salarial mensal.

## 10. CESSAÇÃO DA GARANTIA ADICIONAL DE DIÁRIAS DE INCAPACIDADE TEMPORÁRIA POR ACIDENTE

10.1. Além das hipóteses previstas nas Condições Gerais, a garantia do risco a que se refere esta Cláusula termina:

- a) com o cancelamento da apólice;
- b) com o cancelamento desta Cláusula Adicional;
- c) com a ocorrência de circunstâncias que determinem a inexistência ou suspensão da garantia desta Cláusula Adicional, como a falta de pagamento do prêmio respectivo;

- d) com a ocorrência da morte do segurado, ou sua invalidez total e permanente; ou
- e) espontaneamente, quando solicitado por escrito pelo Segurado ou pelo Estipulante.

## 11. DATA DO EVENTO

- 11.1. Considera-se como data do evento a **data do acidente** para fins de determinação do Capital Segurado.

## 12. REINTEGRAÇÃO

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

## 13. DISPOSIÇÕES GERAIS

- 13.1. A indenização por esta Cláusula não se acumula com outras garantias asseguradas pela apólice a que a presente se refere.
- 13.2. Esta Cláusula faz parte das Condições Gerais. As normas constantes desta Cláusula, por serem mais específicas, prevalecem sobre quaisquer dispositivos existentes nas Condições Gerais que, em relação a esta Cláusula, tem função subsidiária.

## CLÁUSULA SUPLEMENTAR DE INCLUSÃO DE CÔNJUGE (IC)

### 1. OBJETIVO

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

### 2. CONCEITOS

- 2.1. Para os efeitos desta Garantia, equipara-se ao cônjuge a(o) companheira(o) do(a) Segurado(a) solteiro(a), viúvo(a), desquitado(a), separado(a) judicialmente ou de fato ou divorciado(a), comprovada a união estável, na forma da legislação aplicável à matéria, por ocasião de eventual sinistro.
- 2.2. Não poderá participar desta cláusula suplementar o cônjuge e companheiro(a) que faça parte do grupo segurado como Segurado, ainda que tenha pago o prêmio.
- 2.3. Não participará desta cláusula suplementar o Cônjuge separado de fato do Segurado.

### 3. CONDIÇÕES DE ACEITAÇÃO

- 3.1. Somente poderão participar do seguro os cônjuges que obedeçam as mesmas regras de aceitação do Segurado titular, conforme definido nas Condições Gerais do Seguro e Contrato.
- 3.2. A declaração de saúde poderá ser feita pelo Segurado mediante o preenchimento da Proposta de Adesão ou Cartão de Movimentação; as declarações ali prestadas, bem como a assinatura destes formulários, serão de responsabilidade do Segurado.

### 4. GARANTIAS

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

### 5. RISCOS EXCLUÍDOS

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

### 6. FORMA DE PARTICIPAÇÃO

- 6.1. A inclusão dos Segurados Dependentes será de uma das seguintes formas, conforme estabelecido no Contrato do Seguro:
  - a) Automática: nesta forma estarão cobertos automaticamente pelo seguro os cônjuges de todos os Segurados titulares;
  - b) Facultativa: nesta forma, só estarão cobertos pelo seguro os cônjuges dos Segurados titulares que se manifestarem favoravelmente à sua inclusão na apólice.

### 7. CAPITAL SEGURADO

- 7.1. O Capital Segurado para a garantia básica do cônjuge será equivalente ao percentual expresso na Apólice ou em aditivo próprio, aplicável à garantia básica do respectivo Segurado, não sendo superior a 100% (cem por cento) do Capital Segurado para a garantia básica do Segurado titular.

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

## 8. BENEFICIÁRIO DO SEGURO

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

## 9. VIGÊNCIA DA CLÁUSULA

- 9.1. A cobertura dos riscos individuais previstos no seguro começará a vigorar:
- na data do início da garantia básica do risco individual do Segurado, para os cônjuges admitidos no grupo simultaneamente com o mesmo;
  - na data da inclusão da cláusula na apólice, e de conformidade com o que se estabelecer, se esta for incluída após o início de vigência da apólice.

## 10. TÉRMINO DE VIGÊNCIA

- 10.1. **Além das hipóteses previstas nas Condições Gerais da Apólice, a cobertura do risco a que se refere esta Cláusula cessará individualmente para os cônjuges, incluídos nesta Cláusula, ficando a Seguradora isenta de qualquer responsabilidade:**
- simultaneamente, com o cancelamento da Apólice ou da presente Cláusula;
  - a partir da data em que ocorrer a exclusão do Segurado da apólice;
  - com a morte do Segurado;
  - no caso de separação de fato ou judicial, ou divórcio;
  - no caso de fim da união estável;
  - a pedido do Segurado;
  - com o pagamento da indenização ou uma das indenizações garantidas pela presente Cláusula;
  - com a morte do cônjuge dependente segurado por esta Cláusula Suplementar.

## 11. TAXAS

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

## 12. CANCELAMENTO DA PRESENTE CLÁUSULA

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

## 13. DISPOSIÇÕES GERAIS

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

## CLÁUSULA SUPLEMENTAR DE INCLUSÃO DE FILHOS (IF)

### 1. OBJETIVO

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

### 2. CONCEITO

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

### 3. RISCOS EXCLUÍDOS

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

### 4. CAPITAL SEGURADO

- 4.1. **O Capital Segurado para esta cobertura será equivalente ao percentual expresso no Contrato ou em aditivo próprio, aplicável à garantia básica do respectivo Segurado, não sendo superior a 100% (cem por cento) do Capital Segurado para a garantia básica do Segurado.**
- 4.2. Para os filhos menores de 14 (quatorze) anos, esta cobertura, independentemente do Capital Segurado, se limita, entretanto, apenas e tão somente, ao reembolso das despesas com funeral e desde que devidamente comprovadas com as notas fiscais originais, que podem ser substituídas a critério da Seguradora, por outros comprovantes satisfatórios, incluindo-se entre as despesas com funeral as havidas com o traslado, não estando cobertas as despesas com aquisição de terrenos, jazigos ou carneiros.

### 5. BENEFICIÁRIO DO SEGURO

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

### 6. GARANTIAS DESTA CLÁUSULA

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

### 7. VIGÊNCIA DA CLÁUSULA

- 7.1. A cobertura dos riscos individuais previstos neste seguro começará a vigorar:
- na data do início da garantia básica do risco individual do Segurado, para os filhos admitidos no grupo simultaneamente com o mesmo;**
  - na data da inclusão da cláusula na apólice, e de conformidade com o que se estabelecer, se esta for incluída após o início de vigência da apólice.

### 8. TÉRMINO DE VIGÊNCIA

- 8.1. Além das hipóteses previstas nas Condições Gerais da Apólice, a cobertura do risco a que se refere esta Cláusula cessará individualmente para os filhos, incluídos nesta Cláusula, ficando a Seguradora isenta de qualquer responsabilidade:
- a) **simultaneamente, com o cancelamento da Apólice ou da presente Cláusula;**
  - b) **a partir da data em que ocorrer a exclusão do Segurado na apólice;**
  - c) **com a morte do Segurado;**
  - d) **com a morte dos filhos;**
  - e) **cessação da condição de dependente, conforme definido na legislação do Imposto de Renda.**

## 9. TAXAS

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

## 10. CANCELAMENTO DA PRESENTE CLÁUSULA

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

## 11. DISPOSIÇÕES GERAIS

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

## CLÁUSULA DE DISTRIBUIÇÃO DE EXCEDENTES TÉCNICOS

### 1. CONCEITO

- 1.1. Excedente Técnico é o saldo positivo obtido pela Seguradora na apuração do resultado técnico de uma apólice coletiva, em determinado período, desde que estabelecido no contrato.
- 1.2. O período de apuração será estabelecido nas condições específicas, a contar do início de vigência ou da data do aniversário da apólice.

### 2. APURAÇÃO DO RESULTADO

- 2.1. Para fins de apuração de resultado técnico consideram-se como RECEITAS:
  - a) prêmios de competência correspondentes ao período de apuração da apólice, efetivamente pagos, líquidos de IOF;
  - b) estornos de sinistros computados em períodos anteriores e definitivamente não devidos;
  - c) saldo da reserva de IBNR do período anterior;
  - d) recuperação de sinistros do ressegurador.
- 2.2. Para fins de apuração de resultado técnico consideram-se como DESPESAS:
  - a) comissões de corretagem pagas durante o período de apuração;
  - b) comissões de administração (pró-labore) pagas durante o período de apuração;
  - c) comissões de agenciamento pagas durante o período de apuração;
  - d) prêmios de resseguro;
  - e) valor total dos sinistros avisados, ocorridos em qualquer época e ainda não considerados até o fim do período de apuração, computando-se, de uma só vez, os sinistros com pagamento parcelado;
  - f) alterações dos valores de sinistros já considerados em apurações anteriores;
  - g) saldo da reserva de IBNR do período;
  - h) saldo negativo de períodos anteriores, ainda não compensados;
  - i) as despesas efetivas de administração da Seguradora, acordadas com o Estipulante incluindo impostos ou quaisquer outras contribuições recolhidas sobre os prêmios efetivamente pagos durante o período.
- 2.3. A reserva de IBNR (Provisão de Sinistros Ocorridos e Não Avisados) será calculada através da aplicação de um percentual, estabelecido no contrato, sobre os prêmios definidos no item 2.1 (a) menos os prêmios definidos no item 2.2 (d) referentes ao período de apuração.
- 2.4. Como saldo da reserva de IBNR do período anterior entende-se o valor debitado a este título, no período anterior ao da atual apuração.
- 2.5. Eventuais novos itens de receita e despesas poderão ser incluídos na apuração de Excedente Técnico mediante prévio acordo entre Seguradora e Estipulante.
- 2.6. Todos os encargos incidentes sobre prêmios pagos em atraso não serão considerados, para fins de cálculo do Excedente Técnico, como receita. Os encargos contratuais incidentes sobre sinistros pagos em atraso, que não tenha sido causado pelo Estipulante, serão desconsiderados como despesas, correndo à conta da Seguradora.

### 3. ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA

- 3.1. O resultado técnico será apurado em reais, levando-se em conta a atualização monetária dos valores pela variação do IPCA/IBGE.
- 3.2. As receitas e despesas serão atualizadas monetariamente até a data da distribuição do excedente técnico, desde:
  - a) o mês do pagamento dos prêmios e comissões (corretagem, agenciamento e pró-labore);
  - b) o mês do aviso dos sinistros à Seguradora;



- c) o mês da última apuração, para os saldos negativos de períodos anteriores e saldo de IBNR de período anterior;
- d) o mês de competência para as despesas de administração da Seguradora.

#### **4. CONDIÇÕES PARA DISTRIBUIÇÃO DO EXCEDENTE**

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

#### **5. DISTRIBUIÇÃO DO EXCEDENTE**

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