

Índice

CONDIÇÕES GERAIS - DOENÇAS GRAVES E ACIDENTES PESSOAIS		05
1.	CARACTERÍSTICAS	05
2.	OBJETIVO	05
3.	DEFINIÇÕES	05
4.	COBERTURAS	07
5.	RISCOS EXCLUÍDOS	08
6.	ÂMBITO TERRITORIAL DE COBERTURA	09
7.	PERÍODO DE VIGÊNCIA DO SEGURO	09
8.	PERÍODO DE CARÊNCIA E PERÍODO DE FRANQUIA	09
9.	ACEITAÇÃO DA PROPOSTA DE CONTRATAÇÃO	10
10.	CARREGAMENTO	10
11.	PRÊMIO DO SEGURO	11
11.1.	PAGAMENTO DO PRÊMIO	11
11.2.	PERÍODO DE TOLERÂNCIA	12
11.3.	RESCISÃO DO SEGURO	12
11.4.	CANCELAMENTO DO SEGURO	12
12.	CAPITAL SEGURADO	13
13.	ATUALIZAÇÃO DOS VALORES DO SEGURO	13
14.	TAXA DO SEGURO	14
15.	BENEFICIÁRIO(S)	14
16.	OCORRÊNCIA DO SINISTRO	14
17.	INDENIZAÇÃO	15
18.	PERÍCIA MÉDICA/JUNTA MÉDICA	15
19.	PERDA DO DIREITO A INDENIZAÇÃO	16
20.	ALTERAÇÕES DA APÓLICE	17
21.	SUB-ROGAÇÃO	17
22.	TRIBUTOS	17
23.	PRESCRIÇÃO	17
24.	FORO	17
25.	MATERIAL DE DIVULGAÇÃO	17
26.	DISPOSIÇÕES FINAIS	17

CONDIÇÃO ESPECIAL - COBERTURA DE DOENÇAS GRAVES

19

1.	OBJETIVO	19
2.	DEFINIÇÃO	19
3.	RISCOS EXCLUÍDOS	19
4.	COBERTURAS	20
5.	PERÍODO DE CARÊNCIA E PERÍODO DE FRANQUIA	22
6.	CAPITAL SEGURADO	22
7.	INÍCIO E TÉRMINO DE VIGÊNCIA	22
8.	CESSAÇÃO DE COBERTURA	22
9.	PRÊMIO	23
10.	DOCUMENTOS EM CASO DE SINISTRO	23
11.	DISPOSIÇÕES GERAIS	24

CONDIÇÃO ESPECIAL - COBERTURA DE MORTE ACIDENTAL (MA)

25

1.	OBJETIVO	25
2.	DEFINIÇÃO	25
3.	RISCOS EXCLUÍDOS	25
4.	CAPITAL SEGURADO	26
5.	INÍCIO E TÉRMINO DE VIGÊNCIA	26
6.	CESSAÇÃO DE COBERTURA	26
7.	PRÊMIO	27
8.	DOCUMENTOS EM CASO DE SINISTRO	27
9.	DISPOSIÇÕES GERAIS	28

CONDIÇÃO ESPECIAL - COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE POR ACIDENTE (IPA)		29
1.	OBJETIVO	29
2.	DEFINIÇÕES	29
3.	RISCOS EXCLUÍDOS	30
4.	CAPITAL SEGURADO	31
5.	REINTEGRAÇÃO DO CAPITAL SEGURADO	31
6.	ACUMULAÇÃO DE INDENIZAÇÕES	31
7.	TABELA PARA CÁLCULO DE PERCENTUAIS DE INDENIZAÇÃO EM CASO DE INVALIDEZ PERMANENTE POR ACIDENTE	31
8.	INÍCIO E TÉRMINO DE VIGÊNCIA	35
9.	CESSAÇÃO DE COBERTURA	35
10.	PRÊMIO	36
11.	DOCUMENTOS EM CASO DE SINISTRO	36
12.	DISPOSIÇÕES GERAIS	37

CONDIÇÕES GERAIS - DOENÇAS GRAVES E ACIDENTES PESSOAIS SEGURO PESSOAS INDIVIDUAL

1. CARACTERÍSTICAS

- 1.1. A METROPOLITAN LIFE SEGUROS E PREVIDÊNCIA PRIVADA S.A., doravante denominada Seguradora, institui o Plano de Seguro Individual – Doenças Graves e Acidentes Pessoais, descrito nestas Condições Gerais e nas Condições Especiais.

2. OBJETIVO

- 2.1. O presente Seguro tem por objetivo garantir o pagamento de uma indenização ao próprio Segurado, quando aplicável, ou ao(s) Beneficiário(s) pelo Segurado indicado(s) na ocorrência de Eventos Cobertos pelas Coberturas contratadas, exceto se decorrente de Riscos Excluídos e desde que respeitadas as demais Disposições Contratuais.

3. DEFINIÇÕES

- 3.1. Considerar-se-ão, para efeito deste Plano de Seguro, os seguintes conceitos:

- 3.1.1. Acidente pessoal: o evento com data caracterizada, exclusivo e diretamente externo, súbito, involuntário, violento, e causador de lesão física, que, por si só e independente de toda e qualquer outra causa, tenha como consequência direta a morte, ou a invalidez permanente, total ou parcial, do Segurado observando-se que:

a) incluem-se nesse conceito:

- a.1) o suicídio, ou a sua tentativa, que será equiparado, para fins de indenização, a acidente pessoal, observada legislação em vigor;
- a.2) os acidentes decorrentes de ação da temperatura do ambiente ou influência atmosférica, quando a elas o Segurado ficar sujeito, em decorrência de acidente coberto;
- a.3) os acidentes decorrentes de escapamento acidental de gases e vapores;
- a.4) os acidentes decorrentes de sequestros e tentativas de sequestros; e
- a.5) os acidentes decorrentes de alterações anatômicas ou funcionais da coluna vertebral, de origem traumática, causadas exclusivamente por fraturas ou luxações, radiologicamente comprovadas.

b) excluem-se desse conceito:

- b.1) 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.2) as intercorrências ou complicações consequentes da realização de exames, tratamentos clínicos ou cirúrgicos, quando não decorrentes de acidente coberto;
- b.3) 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

Osteo-musculares 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 consequências pós-tratamentos, inclusive cirúrgicos, em qualquer tempo; e

b.4) 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.

- 3.1.2. Apólice: documento emitido pela Seguradora formalizando a aceitação da Cobertura solicitada pelo Proponente.
- 3.1.3. Beneficiário: pessoa(s) física(s) ou pessoa jurídica indicada livremente pelo segurado para receber o Capital Segurado, na hipótese de ocorrência do Sinistro e na forma prevista nestas Condições Gerais. **Em caso de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente ou de ocorrência de Doença Grave, o Beneficiário será o próprio Segurado.**
- 3.1.4. Capital Segurado: valor máximo para a Cobertura contratada a ser pago pela sociedade seguradora sob a forma de pagamento único na ocorrência do Sinistro a ser efetuado ao Beneficiário.
- 3.1.5. **Capital Segurado Líquido: é o valor do Capital Segurado menos quaisquer Prêmios devidos e não pagos, acrescidos de multa, juros e atualização monetária.**
- 3.1.6. Carregamento: importância destinada a atender às despesas administrativas e de comercialização do plano.
- 3.1.7. Cobertura: é a garantia passível de contratação disponibilizada pela Seguradora e na Apólice que indica as obrigações que a Seguradora assume para com o segurado quando da ocorrência de um Evento Coberto.
- 3.1.8. Condições contratuais: conjunto de disposições que regem a contratação, incluindo as constantes da Proposta de Contratação, das Condições Gerais, das Condições Especiais e da Apólice.
- 3.1.9. Condições Especiais: conjunto de cláusulas que especificam as diferentes modalidades de Cobertura que possam ser contratadas dentro de um mesmo plano de Seguro.
- 3.1.10. Condições Gerais: conjunto de cláusulas que regem um mesmo plano de Seguro, estabelecendo obrigações e direitos, da sociedade seguradora, dos segurados e dos Beneficiários.
- 3.1.11. Declaração Pessoal de Saúde: documento formal e legal, integrante da Proposta de Contratação e do Formulário de Informações Médicas, em que o Proponente/Segurado presta informações sobre suas condições de saúde e suas atividades na data da assinatura dos referidos documentos, assinando-o e responsabilizando-se pela veracidade e integralidade das informações prestadas, sob pena de perder o direito ao Capital Segurado, nos termos do Artigo 766 do Código Civil Brasileiro.
- 3.1.12. Doenças e acidentes preexistentes: estados mórbidos e doenças contraídas anteriormente à contratação do Seguro, de conhecimento do Segurado e não declaradas no ato da contratação, bem como os acidentes sofridos pelo segurado antes da contratação.
- 3.1.13. Doenças Graves: são exclusivamente as doenças especificadas na Cláusula 3 das Condições Especiais deste Seguro, respeitadas as definições, caracterizações e exclusões de cada uma dessas doenças.
- 3.1.14. Início de Vigência: é a data a partir da qual as Coberturas de risco propostas serão garantidas pela Seguradora, observados os Períodos de Carência e Franquia.

- 3.1.15. Nota Técnica Atuarial: documento que contém a descrição e o equacionamento técnico do plano e que é protocolizado na SUSEP previamente à comercialização.
- 3.1.16. Período de Carência: é o período, a ser contado a partir do Início de Vigência do Seguro, durante o qual, na ocorrência do sinistro, o Segurado ou os Beneficiários não farão jus às Coberturas contratadas neste plano de Seguro.
- 3.1.17. Período de Franquia: é o período de tempo, contado da data de ocorrência do Sinistro, durante o qual não há Cobertura pelo Seguro, suportando o Segurado as suas consequências. Para este plano de Seguro fica estabelecido que somente haverá Período de Franquia para a Cobertura de Doenças Graves, a qual constará na respectiva Condição Especial.
- 3.1.18. Período de Vigência: aquele durante o qual o Segurado, quando aplicável, ou seus Beneficiários farão jus aos Capitais Segurados contratados.
- 3.1.19. Período de Tolerância: período de 90 (noventa) dias ininterruptos, a serem contados a partir do dia imediatamente posterior à data de vencimento do primeiro Prêmio vencido e não pago, durante o qual o Segurado ainda fará jus às Coberturas contratadas.
- 3.1.20. Prêmio: valor correspondente a cada um dos aportes destinados ao custeio do plano.
- 3.1.21. Prêmio Comercial: valor correspondente ao Prêmio pago, excluindo-se os impostos e o custo de emissão de Apólice, se houver.
- 3.1.22. Prêmio Puro: valor correspondente ao Prêmio pago, excluindo-se o carregamento, os impostos e o custo de emissão de Apólice, se houver.
- 3.1.23. Proponente: interessado em contratar o Seguro.
- 3.1.24. Proposta de Contratação: documento com a declaração dos elementos essenciais do interesse a ser garantido e do risco, em que o Proponente, pessoa física ou jurídica, expressa a intenção de contratar uma Cobertura (ou Coberturas), manifestando pleno conhecimento das condições contratuais.
- 3.1.25. Responsável pelo Pagamento: pessoa física ou jurídica que se obriga a pagar os Prêmios.
- 3.1.26. Riscos Excluídos: são aqueles riscos, previstos nas Condições Gerais e/ou Especiais, que não serão cobertos pelo plano.
- 3.1.27. Segurado: pessoa física sobre a qual se procederá a avaliação de risco e se estabelecerá o Seguro.
- 3.1.28. Seguradora: é a Metropolitan Life Seguros e Previdência Privada S.A., constante da Proposta de Contratação, que assume os riscos inerentes às Coberturas, nos termos deste Seguro.
- 3.1.29. Sinistro: a ocorrência do risco coberto, durante o Período de Vigência do plano de Seguro.

4. COBERTURAS

- 4.1. As Coberturas a seguir são passíveis de contratação para este Seguro, respeitando as conjugações disponibilizadas pela Seguradora nestas Condições Gerais e nas respectivas Condições Especiais.
 - 4.1.1. **Doenças Graves:** Ao Beneficiário, que neste caso é o próprio Segurado, é garantido o pagamento do Capital

Segurado desta Cobertura, em uma única vez, em decorrência do diagnóstico de uma doença grave coberta ou da realização de um procedimento médico coberto, ambos descritos no item 4 das Condições Especiais, se, e somente se, o Segurado sobreviver 30 (trinta) dias após a ocorrência do evento coberto.

4.1.2. **Morte Acidental:** Ao(s) Beneficiário(s) é garantido, durante o período de vigência, o pagamento do Capital Segurado de Morte Acidental, em caso de morte do Segurado em consequência exclusiva de Acidente Pessoal coberto.

4.1.3. **Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente:** Ao Beneficiário, que neste caso é o próprio Segurado, é garantido o pagamento do Capital Segurado desta Cobertura, durante o Período de Vigência, em caso de Invalidez Permanente por Acidente do Segurado, em consequência exclusiva de Acidente Pessoal coberto.

4.2. **As conjugações passíveis de contratação são:**

a) **Doenças Graves;**

b) **Doenças Graves, Morte Acidental e Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente;**

4.3. **As Coberturas deste plano de Seguro não serão garantidas se decorrente de Riscos Excluídos, observados os demais termos da Condição Especial, das Condições Gerais e da Apólice.**

4.4. **As Coberturas acima descritas estão estruturadas sob o regime financeiro de repartição. Sendo assim, não está prevista a devolução ou resgate de prêmios ao segurado ou ao beneficiário.**

4.5. **Somente as conjugações de Coberturas previstas no item 4.2 poderão ser contratadas, não sendo permitida conjugações de outras Coberturas para este Seguro.**

4.6. As Coberturas constarão expressamente na Apólice de Seguro.

4.7. As definições, normas e Riscos Excluídos pertinentes às Coberturas deste Seguro estão dispostas em suas respectivas Condições Especiais.

5. RISCOS EXCLUÍDOS

5.1. **Estão expressamente excluídos deste Seguro, 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, da prática de esporte ou de atos de humanidade em auxílio de outrem;**

c) **ato reconhecidamente perigoso que não seja motivado por necessidade justificada, exceto nos casos de utilização de meio de transporte mais arriscado, de prestação de serviço militar, da prática de esporte, ou de atos de humanidade em auxílio de outrem;**

- d) **doenças e acidentes preexistentes, assim entendido: estados mórbidos e doenças contraídas anteriormente à contratação do Seguro, de conhecimento do Segurado e não declaradas na proposta de contratação, bem como os acidentes sofridos pelo Segurado antes da contratação do Seguro;**
- e) **suicídio ou sua tentativa nos 2 (dois) primeiros anos de vigência inicial do contrato, ou da sua recondução depois de suspenso, conforme art. 798 do Código Civil;**
- f) **atos ilícitos dolosos praticados pelo Segurado, pelo Beneficiário ou pelo representante legal, de um ou de outro. Nos seguros contratados por pessoas jurídicas, estão excluídos os danos causados por atos ilícitos dolosos praticados por seus sócios controladores, dirigentes e administradores, pelos beneficiários, e pelos respectivos representantes;**
- g) **tufões, furacões, ciclones, terremotos, maremotos, erupções vulcânicas e outras convulsões da natureza;**
- h) **epidemias e pandemias, envenenamento de caráter coletivo, assim declarado por órgão competente.**

6. ÂMBITO TERRITORIAL DE COBERTURA

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

7. PERÍODO DE VIGÊNCIA DO SEGURO

- 7.1. **Os Períodos de Vigência das Coberturas deste Seguro serão determinados e estabelecidos na Proposta de Contratação, assim como na Apólice de Seguro. Mesmo que o prazo de uma das Coberturas seja maior e continue vigente, o prazo de Cobertura a ser contratado somado à idade de contratação do Segurado não poderá ultrapassar, em hipótese alguma:**

- a) **70 anos, para a Cobertura de Doenças Graves, cuja vigência será de 10 anos; e**
- b) **65 anos, para as Coberturas de Morte Acidental e Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente.**

- 7.2. O Início de Vigência do risco estará descrito na Apólice de Seguro.

- 7.3. As Apólices e os endossos terão seu início e término de vigência às 24 hs das datas para tal fim neles indicadas.

- 7.4. Nos contratos de Seguro cujas propostas tenham sido recepcionadas, sem pagamento de Prêmio, o Início de Vigência da Cobertura coincidirá com a data de aceitação da proposta ou com data distinta, desde que expressamente acordada entre as partes.

- 7.5. Os contratos de Seguro cujas propostas tenham sido recepcionadas, com adiantamento de valor para futuro pagamento parcial ou total do Prêmio, terão seu Início de Vigência a partir da data de recepção da proposta pela Seguradora, observado o item 9.7. abaixo.

8. PERÍODO DE CARÊNCIA E PERÍODO DE FRANQUIA

- 8.1. **Haverá carência para a Cobertura de Doenças Graves. Somente serão garantidos por esta Cobertura os eventos ocorridos a partir de 90 (noventa) dias, contados do início da vigência desta Cobertura, conforme item 7.**



8.2. **Haverá Franquia para a Cobertura de Doenças Graves. O pagamento do Capital Segurado Líquido da Cobertura de Doenças Graves será condicionado ao Período de Franquia, sendo este a sobrevivência do Segurado de 30 (trinta) dias após a ocorrência do diagnóstico de uma doença grave coberta ou da realização de um procedimento médico coberto.**

8.3. **Não haverá qualquer outro tipo de Franquia e Carência para as demais Coberturas deste Seguro.**

9. ACEITAÇÃO DA PROPOSTA DE CONTRATAÇÃO

9.1. Poderão contratar este plano de Seguro os Proponentes com idade mínima de 18 (dezoito) anos, e a máxima, de 60 (sessenta) anos.

9.2. A aceitação do Seguro estará sujeita à análise de risco.

9.3. A celebração ou alteração do contrato de Seguro será feita mediante Proposta de Contratação assinada pelo Proponente, seu representante ou por corretor de seguros habilitado. A proposta escrita conterá os elementos essenciais para análise e aceitação do risco. A Seguradora fornecerá ao Proponente o protocolo identificando a Proposta de Contratação por ela recepcionada.

9.4. **A Seguradora terá o prazo de 15 (quinze) dias corridos, contados da data do recebimento da Proposta de Contratação assinada pelo Proponente, seu representante ou por corretor de seguros habilitado para aceitar ou recusar a inclusão do Proponente no Seguro, bem como aceitar ou recusar alterações que impliquem modificação do risco.**

9.5. A solicitação de documentos complementares, para análise e aceitação do risco ou de alteração da proposta, poderá ser feita apenas uma vez pela Seguradora, durante este prazo. 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 pelo Proponente à Seguradora.

9.6. A Seguradora procederá, obrigatoriamente, à comunicação formal, no caso de não aceitação da proposta, justificando a recusa. A ausência de manifestação, por escrito, da Seguradora, no prazo previsto no item 9.4 acima, caracterizará a aceitação tácita da proposta.

9.7. Em caso de recusa do risco, em que tenha havido adiantamento de valor para futuro pagamento parcial ou total de Prêmio, o valor do adiantamento é devido no momento da formalização da recusa, devendo ser restituído ao Proponente, no prazo máximo de 10 (dez) dias corridos, integralmente ou deduzido da parcela "pro rata temporis" correspondente ao período em que tiver prevalecido a Cobertura. Neste caso, o Proponente tem Cobertura do Seguro entre a data de recebimento da Proposta com adiantamento do Prêmio e a data da formalização da recusa.

9.8. As taxas puras das Coberturas deste plano de Seguro deverão ser agravadas a partir da avaliação individual de risco a ser realizada pela Metlife considerando os fatores de atividade do Segurado, práticas esportivas e condições de saúde do Segurado. A Seguradora fará constar da Apólice de Seguro os fatores de agravamento de cada Cobertura.

10. CARREGAMENTO

10.1. **Para fazer face às despesas do plano relativas à administração e comercialização, será estabelecido pela Seguradora, Carregamento sobre o valor do Prêmio pago.**

10.2. **O(s) percentual(is) de Carregamento, o critério e a forma de cobrança constarão da Nota Técnica Atuarial.**



10.3. **O valor ou percentual estabelecido não sofrerá aumento, ficando sua redução a critério da Seguradora.**

11. PRÊMIO DO SEGURO

11.1. PAGAMENTO DO PRÊMIO

11.1.1. Os Prêmios deste Seguro são custeados totalmente pelo Responsável pelo Pagamento, a crédito da Seguradora.

11.1.2. Não serão deduzidos quaisquer valores que venham a ser apropriados como receita da Seguradora, salvo Carregamento previsto na Nota Técnica Atuarial.

11.1.3. A data de vencimento dos Prêmios e a periodicidade de pagamento serão estabelecidas pelo Proponente na Proposta de Contratação, com exceção do 1º (primeiro) Prêmio que dependerá da data da aceitação da Proposta. Quando a data de vencimento coincidir com dia em que não haja expediente bancário, o pagamento do Prêmio poderá ser efetuado no 1º (primeiro) dia útil subsequente.

§1 Os Prêmios podem ser pagos de forma anual ou mensal.

11.1.4. O pagamento dos Prêmios poderá ser efetuado através de débito em conta corrente, por meio de cartão de crédito ou outras formas admitidas pela Seguradora.

11.1.5. Pagamento por meio de débito automático em conta corrente

Se não houver manifestação do Responsável pelo Pagamento em até 30 (trinta) dias antes do dia do débito, a Seguradora não aceitará o cancelamento do mesmo. Ocorrendo a insuficiência de fundos nos respectivos vencimentos, na conta corrente bancária indicada pelo Responsável pelo Pagamento, ficará caracterizado o não pagamento do Prêmio. O Responsável pelo Pagamento poderá autorizar a Seguradora a reemitir, na conta corrente do Responsável pelo Pagamento, o débito vencido e não pago.

11.1.6. Pagamento por meio de cartão de crédito

Se houver a não autorização da administradora, o cancelamento ou a troca do número do cartão que impeça que o valor seja cobrado, ficará caracterizado o não pagamento do Prêmio. O Responsável pelo Pagamento poderá autorizar a Seguradora a reemitir, no cartão de crédito do Responsável pelo Pagamento, o débito vencido e não pago. Além disso, o Responsável pelo Pagamento deverá informar imediatamente à Seguradora o novo número, sempre que houver o envio de novo cartão de crédito pela administradora, sob pena de não ocorrer a cobrança do Prêmio.

11.1.7. **Se ficar caracterizado o não pagamento do Prêmio para qualquer uma das formas de pagamento descritas anteriormente, o Seguro estará sujeito ao disposto no item 11.2. destas Condições Gerais.**

11.1.8. O Segurado poderá solicitar, a qualquer tempo, por meio de formulário apropriado fornecido pela Seguradora, mudança na forma de pagamento do Prêmio e da data de vencimento. A mudança na periodicidade de pagamento poderá ocorrer desde que seja no aniversário da Apólice.

11.1.9. **Durante o Período de Tolerância, qualquer pagamento em atraso será efetuado pelo valor do Prêmio vencido acrescido de multa, aplicada de uma só vez, de 2% (dois por cento), conforme a Lei 9.298, de 01/08/1996.**

11.1.10. Além da multa anteriormente citada, acrescentar-se-á ao valor do Prêmio vencido e não pago atualização monetária com base na variação apurada entre o último índice publicado (IPCA/IBGE) antes da data de exigibilidade da obrigação pecuniária e aquele publicado imediatamente anterior à data de sua efetiva liquidação, acumulado desde a data de seu respectivo vencimento até a data do efetivo pagamento, acrescida de juro de 1% a.m. (um por cento ao mês), em base pro rata dia.

11.2. PERÍODO DE TOLERÂNCIA

11.2.1. O Período de Tolerância é definido como o período de 90 (noventa) dias ininterruptos, a serem contados a partir do dia imediatamente posterior à data de vencimento do primeiro Prêmio vencido e não pago, durante o qual o Segurado ainda fará jus às Coberturas contratadas.

11.2.2. Se, durante o Período de Tolerância, ocorrer algum evento coberto, quaisquer Prêmios devidos e não pagos serão deduzidos da Indenização, observado o disposto nos itens 11.1.9 e 11.1.10.

11.2.3. Se, findo o Período de Tolerância, os Prêmios vencidos e não pagos não forem pagos na forma descrita nos itens 11.1.9 e 11.1.10, o Seguro será cancelado.

11.3. RESCISÃO DO SEGURO

11.3.1. Sem prejuízo de outras penalidades cabíveis, independentemente de notificação ou interpelação judicial, o Segurado e seu(s) Beneficiário(s) perderão o direito às Coberturas do Seguro contratado, ficando este anulado sem que caibam quaisquer valores à parte infratora, nas ocorrências de infrações ou fraudes praticadas pelo Segurado, pelo(s) seu(s) Beneficiário(s) ou pelo representante legal de um ou de outro, com o propósito de obter vantagem ilícita do Seguro.

11.4. CANCELAMENTO DO SEGURO

11.4.1. O Segurado tem o direito de cancelar o Seguro tornando-o nulo de pleno direito no prazo de 10 (dez) dias, contados a partir do dia seguinte ao do recebimento da Apólice, mediante requerimento por escrito enviado à Seguradora. Assim, a Sociedade Seguradora devolverá qualquer Prêmio Líquido recebido, após o recebimento do requerimento de cancelamento, livre de taxas ou encargos que tenham recaído sobre ele, atualizado monetariamente, tendo como base a variação positiva acumulada do IPCA/IBGE, calculada, na forma da lei, desde a data do pagamento do Prêmio até a data da devolução do mesmo.

11.4.2. Decorrido o prazo de 10 (dez) dias acima, no caso de cancelamento total ou parcial do Seguro, a qualquer tempo, por iniciativa de quaisquer das partes contratantes e com a concordância recíproca, a Seguradora irá reter dos Prêmios recebidos, além dos emolumentos, a parte proporcional ao tempo decorrido.

11.4.3. A Apólice não poderá ser cancelada durante a vigência pela Seguradora sob a alegação de alteração da natureza dos riscos.

11.4.4. Além das situações mencionadas nos itens 11.2, 11.3 e 11.4, o Seguro estará cancelado:

- a) com a solicitação expressa do Segurado nesse sentido;
- b) com o final do Período de Vigência do Seguro;

- c) com o não pagamento do Prêmio, conforme disposto no item 11.2.3 destas Condições Gerais;
- d) com o pagamento da indenização de uma das Coberturas contratadas: Doenças Graves, Morte Acidental ou Invalidez Permanente e Total por Acidente, excetuando-se a Cobertura de Invalidez Permanente e Parcial por Acidente, quando contratadas, cujo Capital Segurado será reintegrado após o pagamento da indenização.

11.4.5. A solicitação de cancelamento de uma das Coberturas deste Seguro implicará no cancelamento da Apólice.

12. CAPITAL SEGURADO

- 12.1. Os Capitais Segurados serão concedidos sob a forma de pagamento único.
- 12.2. Os Capitais Segurados serão estabelecidos, por Cobertura, na Apólice de Seguro, conforme proposto na Proposta de Contratação pelo Segurado e dentro dos limites aceitos pela Seguradora.
- 12.3. **Considera-se como data do evento, para efeito de determinação do Capital Segurado, quando do pagamento de indenização:**
 - a) Para a Cobertura de Doenças Graves, a data do diagnóstico da doença ou da realização do procedimento médico cobertos;
 - b) Para a Cobertura de Morte Acidental, a data do acidente;
 - c) Para a Cobertura de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente, a data do acidente.
- 12.4. **No caso de Invalidez Parcial por Acidente o Capital Segurado será automaticamente reintegrado após cada Sinistro.**
- 12.5. **No caso de Invalidez Total por Acidente ou Doenças Graves o Segurado terá a Cobertura automaticamente cancelada após o pagamento da indenização, com a consequente devolução de valores eventualmente pagos após esta data, devidamente atualizados nos termos da regulamentação específica.**
- 12.6. **Se depois de paga a indenização por invalidez permanente por acidente, verificar-se a morte do Segurado em consequência do mesmo acidente, a importância já paga por invalidez permanente por acidente será deduzida do Capital Segurado de morte.**
- 12.7. Todos os valores deste plano de Seguro serão expressos em moeda corrente nacional.

13. ATUALIZAÇÃO DOS VALORES DO SEGURO

- 13.1. Os Capitais Segurados e os Prêmios serão atualizados anual e monetariamente, em cada aniversário da Apólice, com base na variação do IPCA/IBGE (Índice de Preços ao Consumidor Amplo), acumulado 12 meses até aquele publicado imediatamente anterior ao mês do aniversário.
- 13.2. Quando a periodicidade de pagamento do Prêmio for anual, os Capitais Segurados pagáveis por morte ou invalidez serão atualizados pelo IPCA/IBGE, desde a data da última atualização do Prêmio até a data de ocorrência do respectivo evento gerador.

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

14. TAXA DO SEGURO

14.1. Para cálculo do Prêmio, deverão ser considerados o sexo e a idade completa do Segurado na data da emissão da Apólice, desprezando-se quaisquer frações de ano.

14.2. As taxas da Cobertura de Doenças Graves sofrerão reenquadramento etário a cada cinco anos de acordo com o Período de Vigência desta Cobertura. Estas taxas serão determinadas no momento da emissão da Apólice pelo sexo do Segurado e pela faixa de idade. O início da primeira faixa de idade será determinado pela idade do Segurado no momento da emissão da Apólice, sendo que cada faixa de idade terá o prazo de cinco anos. Constará da Proposta de Contratação e da Apólice os valores dos Prêmios a serem pagos pelo Segurado durante o Período de Vigência da Apólice e constará das Condições Especiais os percentuais de variação dos Prêmios a cada cinco anos.

14.3. As taxas puras das Coberturas deste plano de Seguro poderão ser agravadas, conforme item 9.8 destas Condições Gerais.

15. BENEFICIÁRIO(S)

15.1. É facultado ao Segurado, se não renunciar à faculdade, ou se o Seguro não tiver como causa declarada a garantia de alguma obrigação, a substituição de Beneficiário, por ato entre vivos ou de última vontade, a qualquer momento, nos termos da legislação vigente, devendo comunicar tal designação ou mudança à Seguradora, por escrito. A mudança somente tornar-se-á efetiva no dia do recebimento da solicitação pela Seguradora, sendo assim, a Seguradora que não for cientificada oportunamente da substituição, desobrigar-se-á pagando o Capital Segurado ao antigo Beneficiário.

15.2. A Seguradora efetuará o pagamento do Capital Segurado Líquido referente ao evento coberto por este Seguro, ao(s) Beneficiário(s) expressamente designado(s) pelo Segurado, desde que obedecida a legislação vigente sobre o assunto, bem como as observações deste item.

15.3. **Na falta de indicação de Beneficiário, ou na perda desta condição por parte do Beneficiário indicado por qualquer motivo, aplicar-se-á, para efeito do pagamento da indenização o que estabelece a lei vigente.**

15.4. **É válida a instituição de companheiro(a) como Beneficiário(a) se, ao tempo do contrato o Segurado era separado judicialmente, ou já se encontrava separado de fato.**

16. OCORRÊNCIA DO SINISTRO

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

16.2. 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.

17. INDENIZAÇÃO

17.1. PAGAMENTO

- 17.1.1. Para pagamento do Capital Segurado Líquido de um evento coberto por este Seguro, a ocorrência do Sinistro, bem como todas as circunstâncias a ele relacionadas, deverão ser satisfatoriamente comprovadas.
- 17.1.2. **A Seguradora está autorizada, em caso de dúvida fundada e justificável, a tomar todas as providências necessárias à plena elucidação dos fatos, arcando com os custos correspondentes, para obter uma explicação completa sobre o evento ocorrido, podendo, inclusive, solicitar documentos que considerar necessários à comprovação do fato alegado, além daqueles descritos nas Condições Especiais da respectiva Cobertura.**
- 17.1.3. **Estando de posse de toda a documentação solicitada, a Seguradora terá o prazo de 30 (trinta) dias para aceitar e efetuar o pagamento do Capital Segurado Líquido, ou recusar o pagamento do mesmo. Se dentro do prazo mencionado, devido à dúvida fundada e justificável, a Seguradora solicitar ao interessado outro documento para elucidar a análise do evento, a contagem do prazo sofrerá suspensão e voltará a correr a partir do dia útil subsequente à chegada do último documento solicitado.**
- 17.1.4. **Caso haja atraso no pagamento da Indenização, a Seguradora pagará juros de mora de 1% a.m. (um por cento ao mês), contados a partir do primeiro dia posterior ao término do prazo fixado no item anterior, além da atualização monetária aplicada desde a data da ocorrência do evento Segurado até a data do efetivo pagamento, tendo como base a variação positiva acumulada do IPCA/IBGE, apurada entre o último índice publicado antes da data de exigibilidade da obrigação pecuniária e aquele publicado imediatamente anterior à data de sua efetiva liquidação, e multa, aplicada de uma só vez, de 2% (dois por cento).**
- 17.1.5. O pagamento do Capital Segurado Líquido deverá ser feito por crédito em conta ou ordem de pagamento, pagável no domicílio ou praça indicada pelo(s) mesmo(s), conforme o caso.
- 17.1.6. As providências ou atos que a Seguradora praticar não importam, por si mesmos, no reconhecimento da obrigação de pagamento de qualquer Capital Segurado.
- 17.1.7. O pagamento de valores relativos à atualização monetária e juros moratórios far-se-á independentemente de notificação ou interpelação judicial, de uma só vez, juntamente com os demais valores do contrato.
- 17.1.8. A invalidez permanente prevista deve ser comprovada através de declaração médica. A aposentadoria por invalidez concedida por instituições oficiais de previdência, ou assemelhadas, não caracteriza por si só o estado de invalidez permanente. A declaração médica deverá ser suportada por exames complementares e/ou relatórios disponíveis que confirmem a incapacidade médica alegada.
- 17.1.9. No caso de Invalidez Permanente Parcial por Acidente será efetuado o pagamento, ao próprio Segurado, de um percentual do Capital Segurado Líquido de acordo com o grau da invalidez conforme tabela apresentada nas Condições Especiais da Cobertura de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente.

18. PERÍCIA MÉDICA/JUNTA MÉDICA

- 18.1. **A Seguradora poderá, a seu critério, submeter o Segurado a exame (perícia) para comprovação da invalidez.**

- 18.2. 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.
- 18.2.1. A junta médica será constituída por 3 (três) membros, sendo um nomeado pelo Segurado, outro pela Seguradora, e um terceiro, desempatador, escolhido pelos dois nomeados. Cada uma das partes pagará os honorários do médico que tiver designado; os do terceiro serão pagos, em partes iguais, pelo Segurado e pela Seguradora.
- 18.3. 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.

19. PERDA DO DIREITO A INDENIZAÇÃO

- 19.1. Se o Segurado, por si ou por seu representante legal, fizer declarações inexatas ou omitir circunstâncias que possam influir na aceitação da Proposta de Contratação ou no valor do Prêmio, ficará prejudicado o direito a indenização, além de estar o Segurado obrigado ao pagamento do Prêmio vencido.
- 19.2. Se a inexatidão ou a omissão nas declarações não resultar de má-fé do Segurado, a Seguradora poderá:
- 19.2.1. Na hipótese de não ocorrência do Sinistro:
- a) cancelar o Seguro, retendo, do Prêmio originalmente pactuado, a parcela proporcional ao tempo decorrido; ou
 - b) mediante acordo entre as partes, permitir a continuidade do Seguro, cobrando a diferença de Prêmio cabível ou restringindo a Cobertura contratada.
- 19.2.2. Na hipótese de ocorrência de Sinistro com pagamento parcial 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 Cobertura contratada para riscos futuros.
- 19.2.3. Na hipótese de ocorrência de Sinistro com pagamento integral da indenização, cancelar o Seguro, após o pagamento da indenização, deduzindo, deste valor, a diferença de Prêmio cabível.
- 19.3. O Segurado perderá direto à indenização se agravar intencionalmente o risco.
- 19.4. 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 silenciou de má fé.

19.4.1. A 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.

19.4.2. 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.

20. ALTERAÇÕES DA APÓLICE

20.1. O presente Seguro poderá ser alterado, a qualquer tempo, mediante acordo entre as partes contratantes, desde que obedeça os termos, condições e estrutura do plano contratado.

21. SUB-ROGAÇÃO

21.1. A Seguradora não se sub-roga em eventuais direitos e ações do Segurado ou do(s) Beneficiário(s) contra o causador do Sinistro.

22. TRIBUTOS

22.1. Os tributos serão pagos por quem a lei determinar.

22.2. Na hipótese de mudanças na legislação tributária que resultem em alteração dos encargos incidentes sobre este tipo de Seguro, as disposições serão adaptadas às novas normas.

23. PRESCRIÇÃO

23.1. Os prazos prescricionais serão aqueles que a legislação vigente determinar.

24. FORO

24.1. O foro competente para dirimir eventuais questões judiciais entre o Segurado ou o(s) Beneficiário(s) e esta Seguradora, conforme determina a legislação vigente, será o do domicílio do Segurado ou do(s) Beneficiário(s), conforme o caso.

24.2. Na hipótese de inexistência de relação de hipossuficiência entre as partes, será válida a eleição de foro diverso.

25. MATERIAL DE DIVULGAÇÃO

25.1. As peças promocionais e de propaganda deverão ser divulgadas com autorização expressa e supervisão da Seguradora, respeitadas as Condições Gerais, as Condições Especiais e a Nota Técnica Atuarial submetidos à SUSEP.

26. DISPOSIÇÕES FINAIS

26.1. O Segurado deverá informar imediatamente à Seguradora qualquer mudança cadastral tais como endereço, por meio de comunicação por escrito, com aviso de recebimento, ou por meio de ligação telefônica feita ao Departamento de Atendimento ao Cliente da Seguradora.

- 26.2. **O registro deste plano na SUSEP não implica, por parte da Autarquia, incentivo ou recomendação a sua comercialização.**
- 26.3. **O Segurado poderá consultar a situação cadastral de seu corretor de Seguros, no site www.susep.gov.br, por meio do número de seu registro na SUSEP, nome completo, CNPJ ou CPF.**
- 26.4. **Produto registrado na SUSEP sob nº 15414.900491/2014-18. sob responsabilidade da Metropolitan Life Seguros e Previdência Privada S.A., código SUSEP 06351, CNPJ 02102498/0001-29.**

CONDIÇÃO ESPECIAL - COBERTURA DE DOENÇAS GRAVES SEGURO PESSOAS INDIVIDUAL

1. OBJETIVO

1.1. Esta Cobertura garante ao Segurado, mediante o pagamento do Prêmio, durante o Período de Vigência, o pagamento do Capital Segurado Líquido em decorrência do diagnóstico de uma doença grave coberta ou da realização de um procedimento médico coberto, ambos descritos no item 4, se, e somente se, o Segurado sobreviver 30 (trinta) dias após a ocorrência do evento coberto, observados os demais termos desta Condição Especial, das Condições Gerais e da Apólice.

2. DEFINIÇÃO

2.1. Para fins desta Condição Especial prevalecem os conceitos indicados no item "Das Definições" das Condições Gerais deste Seguro.

3. RISCOS EXCLUÍDOS

3.1. Estão expressamente excluídos deste Seguro, 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, da prática de esporte ou de atos de humanidade em auxílio de outrem;
- c) ato reconhecidamente perigoso que não seja motivado por necessidade justificada, exceto nos casos de utilização de meio de transporte mais arriscado, de prestação de serviço militar, da prática de esporte, ou de atos de humanidade em auxílio de outrem;
- d) doenças e acidentes preexistentes: estados mórbidos e doenças contraídas anteriormente à contratação do Seguro, de conhecimento do Segurado e não declaradas na Proposta de Contratação, bem como os acidente sofridos pelo Segurado antes da contratação do Seguro;
- e) suicídio ou sua tentativa nos 2 (dois) primeiros anos de vigência inicial do contrato, ou da sua recondução depois de suspenso, conforme art. 798 do Código Civil;
- f) atos ilícitos dolosos praticados pelo Segurado, pelo Beneficiário ou pelo representante legal, de um ou de outro. Nos seguros contratados por pessoas jurídicas, estão excluídos os danos causados por atos ilícitos dolosos praticados por seus sócios controladores, dirigentes e administradores, pelos beneficiários, e pelos respectivos representantes;
- g) tufões, furacões, ciclones, terremotos, maremotos, erupções vulcânicas e outras convulsões da natureza;

h) epidemias e pandemias declaradas por órgão competente, envenenamento de caráter coletivo, assim declaradas por órgão competente.

4. COBERTURAS

4.1. **Neoplasias Malignas** – é uma proliferação celular anormal, sem controle e autônoma, com efeitos agressivos sobre o organismo. O diagnóstico deve ser confirmado por um médico especialista e evidenciado por exame anátomo-patológico conclusivo. **Será considerada como a data do evento o dia do resultado do exame anátomo-patológico.**

Além dos riscos expressamente excluídos no item 3.1 acima e das exclusões apresentadas no Conceito de Acidente Pessoal das Condições Gerais do Seguro, estão também excluídos desta Cobertura:

- Todas as neoplasias malignas não invasivas (in situ);
- O câncer da próstata abaixo do Estádio III pela Classificação TNM da União Internacional Contra o Câncer traduzido pelo Instituto Nacional de Câncer – INCA em 2004;
- Melanoma maligno com grau de invasão menor ou igual a 1,5 mm (segundo a classificação Breslow, menor que Estágio II) e todas as outras neoplasias da pele;
- Qualquer neoplasia maligna oriunda do Vírus da Imunodeficiência Humana, desde que o mesmo tenha sido contraído antes da vigência do Seguro; e
- Neoplasias existentes antes da data efetiva da apólice.

4.2. **Acidente Vascular Cerebral ou Encefálico** – infarto cerebral (diminuição ou interrupção do fluxo sanguíneo em áreas do cérebro) ou hemorragia cerebral que resultam em déficit neurológico permanente (distúrbio da fala, perda total de movimentos de membros - plegia). O diagnóstico de acidente vascular cerebral deve ser confirmado por médico especialista e por meio de tomografia computadorizada ou ressonância magnética do crânio. Os sinais clínicos de déficit neurológico devem ser documentados para auxiliar o diagnóstico. Será considerada como a data do evento o dia que ocorrer a seqüela clínica ou a data do exame de imagem que comprove o diagnóstico.

Além dos riscos expressamente excluídos no item 3.1 acima e das exclusões apresentadas no Conceito de Acidente Pessoal das Condições Gerais do Seguro, estão também excluídos desta Cobertura:

- Ataque Isquêmico Transitório;
- Hemorragia cerebral causada por acidentes;
- Hemorragia cerebral causada por tumor do cérebro;
- Hemorragia cerebral causada por cirurgia do cérebro;
- Sintomas neurológicos provocados por enxaquecas e outras alterações vasculares benignas;
e
- Achado incidental de áreas de isquemia em exames de tomografia e ressonância magnética de crânio.

- 4.3. **Infarto Agudo do Miocárdio** – é a morte das células do músculo cardíaco como resultado de um fluxo sanguíneo insuficiente para a área comprometida. O diagnóstico deve ser comprovado por médico especialista e basear-se na ocorrência, concomitante, de: história de dores torácicas típicas, alterações características de infarto do miocárdio no eletrocardiograma – ECG (supradesnivelamento do seguimento ST, formação de onda Q e inversão de onda T) e elevação das enzimas cardíacas (mioglobina, troponinas, CK-MB). Será considerada como a data do evento o dia de realização dos exames mencionados (eletrocardiograma, enzimas cardíacas).

Além dos riscos expressamente excluídos no item 3.1 acima e das exclusões apresentadas no Conceito de Acidente Pessoal das Condições Gerais do Seguro, estão também excluídos desta Cobertura:

- **Angina de peito;**
- **Angina de decúbito; e**
- **Infarto do miocárdio sem supradesnivelamento de ST no eletrocardiograma e sem aumento de enzimas cardíacas.**

- 4.4. **Cirurgia de Revascularização Miocárdio com Implante de Ponte(s) Vascular (es) nas Artérias Coronarianas (Bypass)** – realização de cirurgia cardíaca, a tórax aberto, para a correção de uma ou mais artérias coronárias, que está ou estão estenosada(s) ou ocluída(s), com implante de ponte(s) vascular(es) (Bypass) na(s) artéria(s) coronária(s). A indicação da cirurgia deve estar respaldada por exame de coronariografia e confirmada por um médico especialista. Será considerada como a data do evento o dia da realização da cirurgia.

Além dos riscos expressamente excluídos no item 3.1 acima e das exclusões apresentadas no Conceito de Acidente Pessoal das Condições Gerais do Seguro, estão também excluídos desta Cobertura:

- **Angioplastia e outros procedimentos intra-arteriais;**
- **Cirurgias minimamente invasivas (Keyhole, robótica), utilizando-se cateteres cirúrgicos.**

- 4.5. **Insuficiência Renal Terminal** – etapa final de doença renal caracterizada pela perda crônica e irreversível da função de ambos os rins, com necessidade de diálise regular (hemodiálise ou diálise peritoneal) ou transplante renal. Deve ser diagnosticada por médico habilitado em nefrologia e demonstrada através de exames complementares apropriados. Será considerada como a data do evento o dia do início da diálise.

- 4.6. **Cirurgia para Transplante de Órgãos** – cirurgia para transplante total de órgãos humanos em que o Segurado participa como receptor somente dos seguintes órgãos: coração, pulmão, fígado, pâncreas, rim e medula óssea. Será considerada como a data do evento o dia da realização da cirurgia ou do procedimento de transplante.

Além dos riscos expressamente excluídos no item 3.1 acima e das exclusões apresentadas no Conceito de Acidente Pessoal das Condições Gerais do Seguro, estão também excluídos desta Cobertura:

- **Implante de coração artificial;**
- **Transplante de quaisquer órgãos não humanos;**
- **Autotransplante de medula óssea;**

- Transplante de células tronco;
- Transplante de ilhotas pancreáticas;
- Quaisquer transplantes de apenas uma parte do órgão, exceto transplante de fígado.

5. PERÍODO DE CARÊNCIA E PERÍODO DE FRANQUIA

- 5.1. **Período de Carência:** Somente serão garantidos por esta Cobertura os eventos ocorridos depois de decorridos 90 (noventa) dias da contratação do Seguro, contados do Início da Vigência do Seguro.
- 5.2. **Período de Franquia:** O pagamento do Capital Segurado Líquido será condicionado à sobrevivência do Segurado de 30 (trinta) dias após a ocorrência do diagnóstico de uma doença grave coberta ou da realização de um procedimento médico coberto.

6. CAPITAL SEGURADO

- 6.1. O Capital Segurado para esta Cobertura será estabelecido na Proposta de Contratação e deverá constar na Apólice de Seguro.
- 6.2. **O Capital Segurado será atualizado monetariamente a cada ano, nos termos das Condições Gerais do Seguro.**
- 6.3. Para fins desta Cobertura, considera-se como data do evento, para efeito de determinação do Capital Segurado, a data do diagnóstico da doença grave ou da realização do procedimento médico cobertos, conforme definido no item 4 desta Condição Especial.

7. INÍCIO E TÉRMINO DE VIGÊNCIA

- 7.1. A vigência desta cobertura iniciará a partir das 24 (vinte e quatro) horas da data para tal fim indicada até às 24 (vinte e quatro) horas da data consignada para término da vigência.
- 7.2. O período de vigência é de 10 anos e constará da Proposta de Contratação, assim como da Apólice de Seguro.
- 7.3. **O prazo de cobertura somado à idade de contratação do Segurado não poderá ultrapassar, em hipótese alguma, 70 anos.**

8. CESSAÇÃO DE COBERTURA

- 8.1. Além das hipóteses previstas nos itens 11.2, 11.3 e 11.4 das Condições Gerais do Seguro, a Cobertura do risco a que se refere esta Condição Especial cessa ainda:
- a) com o falecimento do Segurado;
 - b) com o não pagamento do Prêmio, conforme disposto no item 11.2.3 das Condições Gerais;
 - c) em caso de diagnóstico de uma doença grave coberta ou da realização de um procedimento médico coberto;
 - d) se constada uma das hipóteses previstas no item “Perda do Direito a Indenização” das Condições Gerais;

e) no final do Período de Vigência desta Cobertura, conforme item 7.1 acima.

9. PRÊMIO

9.1. **O Prêmio referente a Cobertura de Doenças Graves será aumentado a cada cinco anos** e estará previsto na Proposta de Contratação e na respectiva Apólice de Seguro. O ajuste dos Prêmios a cada cinco anos irá variar conforme tabela abaixo de acordo com a idade do Segurado no momento da emissão da Apólice:

Idade na emissão da apólice	% Mudança de Faixa Etária	
	Faixa Etária 1 (1° ao 5° ano de vigência da apólice)	Faixa Etária 2 (6° ao 10° ano de vigência da apólice)
18 - 39	0,00%	69,35%
40 - 43	0,00%	59,94%
44	0,00%	52,59%
45	0,00%	54,13%
46	0,00%	47,04%
47	0,00%	40,28%
48 - 60	0,00%	33,82%

9.2. **O Prêmio será atualizado monetariamente a cada ano, nos termos das Condições Gerais do Seguro, conforme item 13.1.**

10. DOCUMENTOS EM CASO DE SINISTRO

10.1. **O pagamento de qualquer Indenização decorrente da presente Cobertura será efetuado em até 30 (trinta) dias, contados da data de entrega de todos os documentos básicos, abaixo relacionados, observados as Condições Gerais do Seguro:**

- Aviso de Sinistro preenchido e assinado (formulário padrão MetLife);
- Relatório médico informando o(s) diagnóstico(s) das doenças, com sua(s) data(s), tratamento(s) realizado(s), prescrições futuras, se foram esgotadas todas as possibilidades terapêuticas para o caso, inclusive cirúrgicas, e sequelas decorrentes (temporárias e/ou permanentes);
- Todos os exames realizados indicativos e confirmativos da doença;
- Cópia do RG;
- Cópia do CPF;
- Cópia do comprovante de residência em nome do Segurado;
- Autorização para Pagamento em nome do Segurado (formulário padrão MetLife).

10.2. **Se dentro do prazo mencionado, devido à dúvida fundada e justificável, a Seguradora solicitar ao interessado no Capital Segurado outro documento para elucidar a análise do evento, a contagem do prazo sofrerá suspensão e voltará a correr a partir do dia útil subsequente à chegada do último documento solicitado.**

- 10.3. **Caso haja atraso no pagamento da Indenização, a Seguradora pagará juros de mora de 1% a.m. (um por cento ao mês), contados a partir do primeiro dia posterior ao término do prazo fixado no item anterior, além da atualização monetária aplicada desde a data da ocorrência do evento segurado até a data do efetivo pagamento, tendo como base a variação positiva acumulada do IPCA/IBGE, calculada na forma da lei.**

11. DISPOSIÇÕES GERAIS

- 11.1. As disposições desta Condição Especial poderão limitar e/ou restringir as características do plano de Seguro estruturado nas Condições Gerais do Seguro.

CONDIÇÃO ESPECIAL - COBERTURA DE MORTE ACIDENTAL (MA) SEGURO PESSOAS INDIVIDUAL

1. OBJETIVO

- 1.1. Esta Cobertura garante ao(s) Beneficiário(s), mediante o pagamento do Prêmio, durante o Período de Vigência, o pagamento do Capital Segurado de Morte Acidental, em caso de morte do Segurado em consequência exclusiva de Acidente Pessoal coberto, **exceto se decorrente de Riscos Excluídos, observados os demais termos desta Condição Especial, das Condições Gerais e da Apólice.**

2. DEFINIÇÃO

- 2.1. Para fins desta Condição Especial prevalecem os conceitos indicados no item "Das Definições" das Condições Gerais deste Seguro.

3. RISCOS EXCLUÍDOS

- 3.1. **Estão expressamente excluídos deste Seguro, 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, da prática de esporte ou de atos de humanidade em auxílio de outrem;**
- c) **acidentes preexistentes, assim entendido: acidentes ocorridos anteriormente à contratação do Seguro, de conhecimento do Segurado e não declarados no ato da contratação.**
- d) **suicídio ou sua tentativa nos 2 (dois) primeiros anos de vigência inicial do contrato, ou da sua recondução depois de suspenso, conforme art. 798 do Código Civil;**
- e) **atos ilícitos dolosos praticados pelo Segurado, pelo Beneficiário ou pelo representante legal, de um ou de outro. Nos seguros contratados por pessoas jurídicas, estão excluídos os danos causados por atos ilícitos dolosos praticados por seus sócios controladores, dirigentes e administradores, pelos beneficiários, e pelos respectivos representantes;**
- f) **tufões, furacões, ciclones, terremotos, maremotos, erupções vulcânicas e outras convulsões da natureza;**
- g) **epidemias e pandemias declaradas por órgão competente, envenenamento de caráter coletivo, assim declaradas por órgão competente;**
- h) **quaisquer tipos de doenças.**

- 3.2. **Além dos riscos expressamente excluídos no item 3.1 acima e das exclusões apresentadas no Conceito de Acidente Pessoal das Condições Gerais do Seguro, estão também excluídos desta**

Cobertura, os eventos ocorridos em consequência, direta ou indireta de e/ou relacionados a:

- a) **perturbações, envenenamentos ou intoxicações de qualquer natureza, salvo a ingestão de medicamentos exclusivamente quando prescritos por médico em decorrência de acidente coberto;**
- b) **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;**
- c) **eventos causados exclusivamente pela não utilização, pelo Segurado, de equipamentos de segurança exigidos por lei;**
- d) **eventos causados exclusivamente pela ausência de habilitação do Segurado para condução de veículo automotor;**
- e) **Acidente Vascular Cerebral;**
- 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 Cobertura será estabelecido na Proposta de Contratação e deverá constar na Apólice de Seguro.
- 4.2. **O Capital Segurado será atualizado monetariamente a cada ano, nos termos das Condições Gerais.**
- 4.3. Para fins desta Cobertura, considera-se como data do evento, para efeito de determinação do Capital Segurado, a data do acidente.

5. INÍCIO E TÉRMINO DE VIGÊNCIA

- 5.1. A vigência desta cobertura iniciará a partir das 24 (vinte e quatro) horas da data para tal fim indicada até às 24 (vinte e quatro) horas da data consignada para término da vigência.
- 5.2. O Período de Vigência desta Cobertura é determinado e será estabelecido na Proposta de Contratação, assim como na Apólice de Seguro. **O prazo de Cobertura a ser contratado somado à idade de contratação do Segurado não poderá ultrapassar, em hipótese alguma, 65 anos.**

6. CESSAÇÃO DE COBERTURA

- 6.1. Além das hipóteses previstas nos itens 11.2, 11.3 e 11.4 das Condições Gerais do Seguro, a Cobertura do risco a que se refere esta Condição Especial cessa ainda:
 - a) com o falecimento do Segurado;
 - b) com o não pagamento do Prêmio, conforme disposto no item 11.2.3 das Condições Gerais;

- c) se constada uma das hipóteses previstas no item “Perda do Direito a Indenização” das Condições Gerais;
- d) no final do Período de Vigência desta Cobertura, conforme item 5.1 acima.

7. PRÊMIO

- 7.1. O Prêmio referente a esta Cobertura de Morte Acidental estará previsto na Proposta de Contratação e na respectiva Apólice de Seguro.
- 7.2. **O Prêmio será atualizado monetariamente a cada ano, nos termos das Condições Gerais do Seguro.**

8. DOCUMENTOS EM CASO DE SINISTRO

- 8.1. O pagamento de qualquer Indenização decorrente da presente Cobertura será efetuado em até 30 (trinta) dias, contados da data de entrega de todos os documentos básicos, abaixo relacionados, observados as Condições Gerais do Seguro:

a) Morte decorrente de acidente

Documentos do Segurado:

- Aviso de Sinistro preenchido e assinado (formulário padrão MetLife);
- Cópia da Certidão de Óbito;
- Cópia do Boletim de Ocorrência e CAT (Comunicação de Acidente de Trabalho), se houver;
- Cópia do Laudo de Necropsia do Instituto Médico Legal;
- Cópia da Carteira Nacional de Habilitação, se acidente automobilístico e o Segurado o condutor;
- Cópia do resultado do Exame de Dosagem Alcoólica/Toxicológico, se realizado;
- Cópia do Laudo da Perícia Técnica do Local do Acidente, se realizada;
- Cópia do RG;
- Cópia do CPF.

Documentos dos Beneficiários indicados pelo Segurado:

- Cópia do RG (ou Certidão de Nascimento, se menor);
- Cópia do CPF (obrigatório, independente da idade);
- Cópia do comprovante de residência em nome de cada um dos Beneficiários;
- Cópia da Certidão de Casamento atualizada, se o Beneficiário for o cônjuge;
- Provas de União Estável, se o Beneficiário for o(a) companheiro(a);
- Autorização de crédito nominal a cada um dos Beneficiários (formulário padrão MetLife).

Documentos dos Beneficiários caso não haja indicação feita pelo Segurado:

- Cópia da Certidão de Casamento do Segurado extraída após o óbito (se não for solteiro);
- Provas de União Estável (no caso de companheiro/a);
- Cópia do RG e CPF do cônjuge ou companheiro (se for o caso);
- Cópia do comprovante de residência em nome do cônjuge ou companheiro (se for o caso);
- Declaração de Únicos Herdeiros do Segurado (formulário padrão MetLife);
- Cópia do RG (ou Certidão de Nascimento, se menor) de todos os herdeiros do Segurado;
- Cópia do CPF de todos os herdeiros do Segurado (obrigatório, independente da idade);
- Cópia do comprovante de residência em nome de cada um dos herdeiros do Segurado;
- Autorização de crédito em nome de cada um dos Beneficiários (formulário padrão MetLife).

- 8.2. Se dentro do prazo mencionado, devido à dúvida fundada e justificável, a Seguradora solicitar ao interessado no Capital Segurado outro documento para elucidar a análise do evento, a contagem do prazo sofrerá suspensão e voltará a correr a partir do dia útil subsequente à chegada do último documento solicitado.
- 8.3. Caso haja atraso no pagamento da Indenização, a Seguradora pagará juros de mora de 1% a.m. (um por cento ao mês), contados a partir do primeiro dia posterior ao término do prazo fixado no item anterior, além da atualização monetária aplicada desde a data da ocorrência do evento segurado até a data do efetivo pagamento, tendo como base a variação positiva acumulada do IPCA/IBGE, calculada na forma da lei.

9. DISPOSIÇÕES GERAIS

- 9.1. As disposições desta Condição Especial poderão limitar e/ou restringir as características do plano de Seguro estruturado nas Condições Gerais do Seguro.

CONDIÇÃO ESPECIAL - COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE POR ACIDENTE (IPA) SEGURO PESSOAS INDIVIDUAL

1. OBJETIVO

- 1.1. Esta Cobertura garante ao Segurado, mediante pagamento do Prêmio, durante o Período de Vigência, o pagamento de uma Indenização, em caso de Invalidez Permanente por Acidente do Segurado, em consequência exclusiva de Acidente Pessoal coberto, **exceto se decorrente de Riscos Excluídos, observados os demais termos desta Condição Especial, das Condições Gerais do Seguro e da Apólice.**

2. DEFINIÇÕES

- 2.1. Para fins desta Condição Especial prevalecem os conceitos indicados no item "Das Definições" das Condições Gerais deste Seguro.
- 2.2. **Invalidez Permanente por Acidente: para fins desta Condição Especial 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 Condição Especial, 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 por Acidente e ainda aplicados sobre o Capital Segurado vigente na data do acidente, não prevalecendo qualquer aumento de Capital Segurado efetuado posteriormente ao acidente.
- 2.4. Não ficando abolidas por completo as funções do membro ou órgão lesado, a indenização por perda parcial é calculada pela aplicação, à percentagem prevista para sua perda total, do grau de redução funcional apresentado.
- 2.5. **Perdas e/ou reduções não previstas na Tabela para Cálculo de Percentuais de Indenização em Caso de Invalidez Permanente por Acidente, serão calculadas tomando-se por base a diminuição permanente da capacidade física do Segurado, independentemente da sua profissão. Na falta de indicação exata do grau de redução funcional apresentado, e sendo o referido grau classificado apenas como máximo, médio ou mínimo, a indenização será calculada, na base das percentagens de 75%, 50% e 25%, respectivamente.**

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 Condição Especial. 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. Para efeito de indenização, a perda ou maior redução funcional de um membro ou órgão já defeituoso antes do acidente, deve ser deduzida do grau de invalidez definitiva.
- 2.7. A invalidez permanente prevista deve ser comprovada através de declaração médica. A aposentadoria por invalidez concedida por instituições oficiais de previdência, ou assemelhadas, não caracteriza por si só o estado de invalidez permanente. A declaração médica deverá ser suportada por exames complementares e/ou relatórios disponíveis que confirmem a incapacidade médica alegada.

3. RISCOS EXCLUÍDOS

3.1. **Estão expressamente excluídos deste Seguro, 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, da prática de esporte ou de atos de humanidade em auxílio de outrem;**
- c) **acidentes preexistentes, assim entendido: acidentes ocorridos anteriormente à contratação do Seguro, de conhecimento do Segurado e não declarados na Proposta de Contratação;**
- d) **suicídio ou sua tentativa nos 2 (dois) primeiros anos de vigência inicial do contrato, ou da sua recondução depois de suspenso, conforme art. 798 do Código Civil;**
- e) **atos ilícitos dolosos praticados pelo Segurado, pelo Beneficiário ou pelo representante legal, de um ou de outro. Nos seguros contratados por pessoas jurídicas, estão excluídos os danos causados por atos ilícitos dolosos praticados por seus sócios controladores, dirigentes e administradores, pelos beneficiários, e pelos respectivos representantes;**
- f) **tufões, furacões, ciclones, terremotos, maremotos, erupções vulcânicas e outras convulsões da natureza;**
- g) **epidemias e pandemias declaradas por órgão competente, envenenamento de caráter coletivo, assim declaradas por órgão competente.**

3.2. **Além dos riscos expressamente excluídos no item 3.1 acima e das exclusões apresentadas no conceito de Acidente Pessoal constante nas Condições Gerais, estão também excluídos da Cobertura desta Condição Especial, os eventos ocorridos em consequência, direta ou indireta de e/ou relacionados a:**

- a) **perturbações, envenenamentos ou intoxicações de qualquer natureza, salvo a ingestão de medicamentos exclusivamente quando prescritos por médico em decorrência de acidente coberto;**
- b) **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;**
- c) **eventos causados exclusivamente pela não utilização, pelo Segurado, de equipamentos de segurança exigidos por lei;**
- d) **eventos causados exclusivamente pela ausência de habilitação do Segurado para condução de veículo;**

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

4. CAPITAL SEGURADO

- 4.1. O Capital Segurado para esta Cobertura será estabelecido na Proposta de Contratação e deverá constar na Apólice do Seguro.
- 4.2. **O Capital Segurado será atualizado monetariamente a cada ano, nos termos das Condições Gerais do Seguro.**
- 4.3. Para fins desta Cobertura, considera-se como data do evento, para efeito de determinação do Capital Segurado, a data do acidente.

5. REINTEGRAÇÃO DO CAPITAL SEGURADO

- 5.1. **No caso de invalidez parcial o Capital Segurado será automaticamente reintegrado após cada Sinistro.**

6. ACUMULAÇÃO DE INDENIZAÇÕES

- 6.1. **As Indenizações por Morte Acidental e Invalidez Permanente por Acidente não se acumulam. Se, depois de paga uma Indenização por Invalidez Permanente por Acidente, ocorrer 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
	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.	
	- 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	5
	Em grau médio	10
	Em grau máximo	20
	NARIZ	
	Amputação total do nariz com perda total do olfato	25
	Perda total do olfato	7
	Perda do olfato com alterações gustativas	10
	APARELHO VISUAL E ANEXOS DO OLHO	
	Diplopia	15
	LESÕES DAS VIAS LACRIMAIS	
	Unilateral	7
	Unilateral com fístulas	15
	Bilateral	14
	Bilateral com fístulas	25

INVALIDEZ PERMANENTE	DISCRIMINAÇÃO	% SOBRE O CAPITAL
DIVERSAS	LESÕES DA PÁLPEBRA	
	Ectrópio unilateral	3
	Ectrópio bilateral	6
	Entrópio unilateral	7
	Entrópio bilateral	14
	Má oclusão palpebral unilateral	3
	Má oclusão palpebral bilateral	6
	Ptose palpebral unilateral	5
	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	8
	Amputação total das duas orelhas	16
	PERDA DO BAÇO	15
	APARELHO URINÁRIO	
	Retenção crônica de urina (sondagens obrigatórias)	15
	Cistostomia (definitiva)	30
	Incontinência urinária permanente	30
	PERDA DE UM RIM, COM RIM REMANESCENTE	
	com função renal preservada	30
	Redução da função renal (não dialítica)	50
	Redução da função renal (dialítica)	75
	Perda de rim único	75
	APARELHO GENITAL E REPRODUTOR	
	Perda de um testículo	5
	Perda de dois testículos	15
	Amputação traumática do pênis	40
	Perda de um ovário	5
	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

INVALIDEZ PERMANENTE	DISCRIMINAÇÃO	% SOBRE O CAPITAL
DIVERSAS	RESSECÇÃO TOTAL OU PARCIAL DE UM PULMÃO (PNEUMECTOMIA - PARCIAL OU TOTAL)	
	com função respiratória preservada	15
	com redução em grau mínimo da função respiratória	25
	com redução em grau médio da função respiratória	50
	com insuficiência respiratória	75
	MAMAS (FEMININAS)	
	Mastectomia unilateral	10
	Mastectomia bilateral	20
	ABDOMEM (ORGÃO E VÍSCERAS)	
	Gastrectomia subtotal	20
	Gastrectomia total	40
	INTESTINO DELGADO	
	Ressecção parcial	20
	Ressecção parcial com síndrome disabsortiva ou ileostomia definitiva	40
	INTESTINO GROSSO	
	Colectomia parcial	20
	Colectomia total	40
	Colestomia definitiva	40
	RETO E ÂNUS	
	Incontinência fecal sem prolapso	30
	Incontinência fecal com prolapso	50
	Retenção anal	10
	FÍGADO	
	Lobectomia hepática sem alteração funcional	10
	Lobectomia com insuficiência hepática	50
	SÍNDROMES NEUROLÓGICAS	
	Epilepsia pós-traumática	20
Derivação ventrículo-peritoneal (hidrocefalia)	20	
Síndrome pós-concussional	5	

8. INÍCIO E TÉRMINO DE VIGÊNCIA

- 8.1. A vigência desta cobertura iniciará a partir das 24 (vinte e quatro) horas da data para tal fim indicada até às 24 (vinte e quatro) horas da data consignada para término da vigência.
- 8.2. O Período de Vigência desta Cobertura é determinado e será estabelecido na Proposta de Contratação, assim como na Apólice de Seguro. **O prazo de Cobertura a ser contratado somado à idade de contratação do Segurado não poderá ultrapassar, em hipótese alguma, 65 anos.**

9. CESSAÇÃO DE COBERTURA

- 9.1. Além das hipóteses previstas nos itens 11.2, 11.3 e 11.4 das Condições Gerais do Seguro, a Cobertura do risco a que se refere esta Condição Especial cessa ainda:
- a) com o falecimento do Segurado;



- b) com o não pagamento do Prêmio, conforme disposto no item 11.2.3 das Condições Gerais;
- c) com a invalidez total por acidente do Segurado;
- d) se constada uma das hipóteses previstas no item “Perda do Direito a Indenização” das Condições Gerais;
- e) no final do Período de Vigência desta Cobertura, conforme item 8.1 acima.

10. PRÊMIO

- 10.1. O Prêmio referente a esta Cobertura estará previsto na Proposta de Contratação e na respectiva Apólice do Seguro.
- 10.2. **O Prêmio será atualizado monetariamente a cada ano, nos termos das Condições Gerais do Seguro.**

11. DOCUMENTOS EM CASO DE SINISTRO

- 11.1. **O pagamento de qualquer Indenização decorrente da presente Cobertura será efetuado em até 30 (trinta) dias, contados da data de entrega de todos os documentos básicos, abaixo relacionados, observados as Condições Gerais do Seguro:**
 - Aviso de Sinistro preenchido e assinado (formulário padrão MetLife);
 - Laudos, exames médicos e radiografias que comprovem a invalidez;
 - 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 do Boletim de Ocorrência e CAT (Comunicação de Acidente de Trabalho), se houver;
 - Descrição detalhada do acidente assinada (caso não haja BO);
 - Cópia da Carteira Nacional de Habilitação, se acidente automobilístico e o Segurado o condutor;
 - Cópia do resultado do Exame de Dosagem Alcoólica/Toxicológico, se realizado;
 - Cópia do Laudo da Perícia Técnica do Local do Acidente, se realizada;
 - Cópia do RG;
 - Cópia do CPF;
 - Cópia do comprovante de residência em nome do Segurado;
 - Autorização para Pagamento em nome do Segurado (formulário padrão MetLife).
- 11.2. **Se dentro do prazo mencionado, devido à dúvida fundada e justificável, a Seguradora solicitar ao interessado no Capital Segurado outro documento para elucidar a análise do evento, a contagem do prazo sofrerá suspensão e voltará a correr a partir do dia útil subsequente à chegada do último documento solicitado.**

11.3. **Caso haja atraso no pagamento da Indenização, a Seguradora pagará juros de mora de 1% a.m. (um por cento ao mês), contados a partir do primeiro dia posterior ao término do prazo fixado no item anterior, além da atualização monetária aplicada desde a data da ocorrência do evento segurado até a data do efetivo pagamento, tendo como base a variação positiva acumulada do IPCA/IBGE, calculada na forma da lei.**

12. DISPOSIÇÕES GERAIS

12.1. As disposições desta Condição Especial poderão limitar e/ou restringir as características do plano de Seguro estruturado nas Condições Gerais do Seguro.