

Manual do Segurado Seguro Doenças Graves

MANUAL DO SEGURADO

SEGURO DOENÇAS GRAVES METLIFE

1. OBJETIVO DO SEGURO

O presente Seguro tem por objetivo garantir o pagamento de uma Indenização ao Segurado, na ocorrência de Eventos Cobertos pela(s) Cobertura(s) contratada(s), **exceto se decorrente de Riscos Excluídos.**

2. COBERTURAS

2.1. DIAGNÓSTICO DE CÂNCER

Garante ao Segurado o pagamento de uma indenização quando diagnosticada a neoplasia maligna por médico habilitado em oncologia e demonstrada por resultado de exame anátomo-patológico, **exceto se decorrente dos riscos excluídos.**

2.1.1. Neoplasia Maligna (Câncer): é a doença caracterizada pela presença de um tumor maligno (crescimento descontrolado de células malignas com disseminação e invasão dos tecidos). O diagnóstico de Câncer deve ser confirmado pela evidência histológica de malignidade.

2.2. DIAGNÓSTICO DE DERRAME

Garante ao Segurado, após o período de carência, o pagamento de uma Indenização, em caso de Diagnóstico(s) de Derrame (Acidente Vascular Cerebral), **exceto se decorrente de riscos excluídos.**

2.2.1. Derrame (Acidente Vascular Cerebral): Isquemia cerebral (diminuição do fluxo sanguíneo em áreas do cérebro) e/ou hemorragia no cérebro (rompimento de vasos sanguíneos) que produz alteração da função motora e sensitiva dos membros, perceptiva e da linguagem, comprovada após três meses da data do diagnóstico.

2.3. CIRURGIA DE INFARTO AGUDO DO MIOCÁRDIO

Garante ao Segurado, após o período de Carência, o pagamento de uma Indenização, em caso de Indicação de Infarto Agudo do Miocárdio, **exceto se decorrente de riscos excluídos.**

2.3.1. Infarto Agudo do Miocárdio: necrose (morte celular) de parte do músculo cardíaco em consequência de um fluxo sanguíneo inadequado, diagnosticado por cardiologista e comprovado por meio de exames complementares. O diagnóstico será baseado nos seguintes critérios: história de dor precordial típica, alterações eletrocardiográficas específicas de isquemia e aumento das enzimas cardíacas. **2.3.2. Será elegível ao pagamento da indenização o Segurado que teve Infarto Agudo do Miocárdio fulminante e que precisou ser internado em função deste diagnóstico.**

2.4. DIAGNÓSTICO DE GRANDE QUEIMADO

Garante ao Segurado, após o período de Carência, o pagamento de uma Indenização, em caso de Diagnóstico(s) de Grande Queimado, **exceto se decorrente de riscos excluídos.**

2.4.1 Grande Queimado: queimaduras de segundo grau que atingem 20% (vinte por cento) da superfície corporal, queimaduras de terceiro grau que atingem mais de 10% (dez por cento) da superfície corporal, queimaduras de segundo ou terceiro grau que atingem o períneo, queimaduras de terceiro grau que atingem mão ou pé ou face ou axila e queimaduras por corrente elétrica.

2.5. DIAGNÓSTICO DE INSUFICIÊNCIA RENAL CRÔNICA

Garante ao Segurado, após o período de Carência, o pagamento de uma Indenização, em caso de Diagnóstico(s) de Insuficiência Renal Crônica, **exceto se decorrente de riscos excluídos.**

2.5.1. Insuficiência Renal Crônica: estágio final da doença renal, caracterizada pela perda funcional de ambos os rins, que necessita de diálise peritoneal, hemodiálise e/ou transplante renal.

2.6. DIAGNÓSTICO DE ESCLEROSE MÚLTIPLA

Garante ao Segurado, após o período de carência, o pagamento de uma Indenização, em caso de Diagnóstico(s) de Esclerose Múltipla, **exceto se decorrente de riscos excluídos.**

2.6.1. Esclerose Múltipla: doença que acomete o sistema nervoso central, lenta e progressivamente e que promove uma destruição da bainha de mielina que recobre e isola as fibras nervosas. **A caracterização da cobertura se dará mediante diagnóstico feito por neurologista e mediante a comprovação da necessidade do auxílio ao Segurado por outra pessoa para realização de atividades cotidianas, incluindo a alimentação e higiene.**

2.7. DIAGNÓSTICO DE DOENÇA (OU MAL) DE PARKINSON

Garante ao Segurado, após o período de carência, o pagamento de uma Indenização, em caso de Diagnóstico(s) de Doença (ou Mal) de Parkinson, **exceto se decorrente de riscos excluídos.**

2.7.1. Doença (ou Mal) de Parkinson: doença degenerativa do sistema nervoso central, lenta e progressiva, caracterizada pela perda de neurônios em uma região específica do cérebro, que produz a diminuição de dopamina, alterando os movimentos chamados extrapiramidais (não voluntários). A caracterização da cobertura se dará mediante diagnóstico feito por médico.

2.8. DIAGNÓSTICO DE SURDEZ

Garante ao Segurado, após o período de carência, o pagamento de uma Indenização, em caso de Diagnóstico de Surdez, **exceto se decorrente de riscos excluídos.**

2.8.1. Surdez: perda total e irreversível da audição em ambos os ouvidos.

2.9. DIAGNÓSTICO DE CEGUEIRA

Garante ao Segurado, após o período de carência, o pagamento de uma Indenização, em caso de Diagnóstico de Cegueira, **exceto se decorrente de riscos excluídos.**

2.9.1. Cegueira: ocorrência de cegueira legal decorrente de acidente ou doença. Considera-se como cegueira legal para esta cobertura a acuidade visual igual ou inferior a 20/200 no melhor olho com a melhor correção, e/ou campo visual igual ou inferior a 20 graus no melhor olho.

2.10. DIAGNÓSTICO DE PERDA DA FALA

Garante ao Segurado, após o período de carência, o pagamento de uma Indenização, em caso de Diagnóstico de Perda da Fala, **exceto se decorrente de riscos excluídos.**

2.10.1. Perda da Fala: perda total e irreversível da capacidade de falar decorrente de acidente ou doença.

2.11. DIAGNÓSTICO DE PARALISIA DE MEMBROS

Garante ao Segurado, após o período de carência, o pagamento de uma Indenização, em caso de Diagnóstico de Paralisia de Membros, **exceto se decorrente de riscos excluídos.**

2.11.1. Paralisia de Membros: perda total e irreversível da função motora muscular e sensitiva do conjunto de dois ou mais membros (hemiplegia, paraplegia triplegia, tetraplegia), como resultado de acidente ou doença.

2.12. DIAGNÓSTICO DE PERDA DE MEMBROS

Garante ao Segurado, após o período de carência, o pagamento de uma Indenização, em caso de Diagnóstico de Perda de Membros, **exceto se decorrente de riscos excluídos.**

2.12.1. Perda de Membros: amputação de dois ou mais membros provocada por acidente ou doença. Será considerada coberta exclusivamente a amputação ocorrida acima do joelho (membros inferiores) ou acima do cotovelo (membros superiores).

2.13. DIAGNÓSTICO DE INSUFICIÊNCIA HEPÁTICA POR CIRROSE

Garante ao Segurado, após o período de carência, o pagamento de uma Indenização, em caso de Diagnóstico de Insuficiência Hepática por Cirrose, **exceto se decorrente de riscos excluídos.**

2.13.1. Insuficiência Hepática por Cirrose: Ocorre quando o fígado entra em insuficiência grave após ser substituído por tecido cicatricial secundário a processos inflamatórios recorrentes no órgão.

2.14. DIAGNÓSTICO DE TUBERCULOSE PULMONAR

Garante ao Segurado, após o período de carência, o pagamento de uma Indenização, em caso de Diagnóstico de Tuberculose Pulmonar, **exceto se decorrente de riscos excluídos.**

2.14.1. Tuberculose Pulmonar: Doença Infecto-contagiosa que atinge o pulmão e é causado pelo bacilo de Koch (ou Mycobacterium tuberculosis).

2.15. DIAGNÓSTICO DE TROMBOSE VENOSA PROFUNDA

Garante ao Segurado, após o período de carência, o pagamento de uma Indenização, em caso de Diagnóstico de Trombose Venosa Profunda, **exceto se decorrente de riscos excluídos.**

2.15.1. Trombose Venosa Profunda: Doença causada pela formação de coágulos (trombos) no interior de veias profundas do corpo humano, levando a obstrução total ou parcial da veia acometida. São consideradas veias profundas: veia femoral, veia femoral profunda, veia poplítea, veia fibular, veia tibial anterior, veia tibial posterior, veia braquial, veia radial, veia ulnar, veia jugular interna, veia jugular externa e arco jugular.

2.16. DIAGNÓSTICO DE LÚPUS ERITEMATOSO SISTÊMICO

Garante ao Segurado, após o período de carência, o pagamento de uma Indenização, em caso de Diagnóstico de Lúpus Eritematoso Sistêmico, **exceto se decorrente de riscos excluídos.**

2.16.1. Lúpus Eritematoso Sistêmico: O Lúpus Eritematoso Sistêmico (ou simplesmente Lúpus) é uma doença crônica inflamatória de caráter auto-imune, caracterizado por diversos sinais e sintomas, cujos desenvolvimentos dependem do local acometido pelo seu processo inflamatório.

2.17. DIAGNÓSTICO DE DOENÇA DE ALZHEIMER

Garante ao Segurado, após o período de carência, o pagamento de uma Indenização, em caso de Diagnóstico de Doença de Alzheimer, **exceto se decorrente de riscos excluídos.**

2.17.1. Alzheimer: Doença neurológica caracterizada por ser progressiva e levar à perda das funções cognitivas cerebrais (demência).

2.18. DIAGNÓSTICO DE SÍNDROME DA IMUNODEFICIÊNCIA ADQUIRIDA (SIDA OU AIDS)

Garante ao Segurado, após o período de carência, o pagamento de uma Indenização, em caso de Diagnóstico de Doença de Alzheimer, **exceto se decorrente de riscos excluídos.**

2.18.1. Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (SIDA ou AIDS): Doença Infecto-contagiosa causada pelo Vírus da Imunodeficiência Humana (também chamado de HIV).

2.19. DIAGNÓSTICO DE DOENÇA DE HANSENÍASE

Garante ao Segurado, após o período de carência, o pagamento de uma Indenização, em caso de Diagnóstico de Doença de Hanseníase, **exceto se decorrente de riscos excluídos.**

2.19.1. Hanseníase: Doença Infecto-contagiosa causada pelo Mycobacterium leprae.

2.20. DIAGNÓSTICO DE DOENÇA DE PAGET

Garante ao Segurado, após o período de carência, o pagamento de uma Indenização, em caso de Diagnóstico de Doença de Paget, **exceto se decorrente de riscos excluídos.**

2.20.1. Paget: Doença de Paget (ou Osteíte Deformante) em estado avançado: a) apresentando lesões ósseas generalizadas, deformidades ósseas, osteoartrites secundárias, fraturas espontâneas e degeneração maligna (sarcoma osteogênico, fibrossarcoma e sarcoma de células redondas); b) complicações neurológicas e sensoriais como surdez, perturbações olfativas e

neuralgias; c) complicações cardiovasculares, como insuficiência cardíaca, arteriosclerose periférica e hipertensão arterial.

2.21. AUXÍLIO POR INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Garante ao Segurado o pagamento de uma Indenização proporcional ao período de internação, em caso de sua hospitalização causada por doença ou Acidente Pessoal coberto, **exceto se decorrente de riscos excluídos.**

2.21.1. As Indenizações previstas nesta cobertura serão devidas após decorrido o período de Carência e Franquia.

3. CARÊNCIA

3.1. Para as coberturas de Diagnósticos, será aplicada uma carência de 180 (cento e oitenta) dias, contados a partir do início de vigência. Para a cobertura de Auxílio por Internação Hospitalar, será aplicada uma carência de 90 (noventa) dias, contados a partir do início de vigência.

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

4. FRANQUIA

4.1. Para a Cobertura de Auxílio por Internação Hospitalar, será aplicada uma franquia de 72 (setenta e duas) horas a contar do horário inicial de internação hospitalar.

5. RISCOS EXCLUÍDOS

5.1 Estão, expressamente, excluídos os eventos ocorridos em consequência, direta ou indireta, de:

a) uso de material nuclear para quaisquer fins, ainda que ocorridos em testes, experiências ou no transporte de armas e/ou projéteis nucleares, incluindo explosões nucleares provocadas ou não, bem como a contaminação radioativa ou exposição a radiações nucleares ou ionizantes;

b) atos ou operações de guerra civil, química ou bacteriológica, declaradas ou não, invasão, hostilidade, insurreição de poder militar ou usurpado, guerrilha, revolução, agitação, motim, revolta, sedição, sublevação, atos de terrorismo ou outras perturbações da ordem pública e delas decorrentes, excetuando-se os casos de prestação de serviço militar ou de atos de humanidade em auxílio de outrem;

c) doenças e acidentes preexistentes, assim entendido: estados mórbidos e doenças contraídas anteriormente à contratação do seguro, de conhecimento do Segurado e não declaradas no ato da contratação, bem como os acidentes sofridos pelo Segurado antes da contratação do seguro;

d) suicídio ou sua tentativa nos 2 (dois) primeiros anos de vigência, ou da recondução do contrato, quando suspenso, contados:

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

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

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

g) epidemias, pandemias, envenenamento de caráter coletivo assim declaradas por órgão competente;

Além dos riscos expressamente excluídos no item 5.1, estão também excluídos da Cobertura de Diagnóstico de Câncer:

a) qualquer Câncer não invasivo (*in situ*), Doença de Hodgkin na fase I, todos o Câncer de pele com exceção do melanoma maligno invasivo (a partir da classificação Clark nível III), qualquer tumor em portadores de vírus da imunodeficiência humana, carcinoma micropapilar da bexiga e leucemia linfocítica crônica (classificação Rai menor que III);

Além dos riscos expressamente excluídos no item 5.1, estão também excluídos da Cobertura de Diagnóstico de Derrame:

a) ataques isquêmicos transitórios; alteração neurológica não resultante de acidente vascular cerebral isquêmico e/ou hemorrágico e lesão cerebral resultante de trauma; não estão cobertos ainda os derrames decorrentes de doenças preexistentes à contratação do seguro, ainda que o derrame ocorra dentro do período de vigência da Apólice e os derrames anteriores à contratação do seguro.

Além dos riscos expressamente excluídos no item 5.1, estão também excluídos da Cobertura de Diagnóstico de Infarto Agudo do Miocárdio:

a) infartos do miocárdio anteriores à contratação do seguro, infarto que não produz elevação no segmento ST no Eletrocardiograma, bem como os infartos ocorridos dentro da vigência da Apólice decorrentes de doenças preexistentes à contratação.

Além dos riscos expressamente excluídos no item 5.1, estão também excluídos da Cobertura Diagnóstico de Grande Queimado:

a) queimaduras decorrentes de auto-agressão.

Além dos riscos expressamente excluídos no item 5.1, estão também excluídos da Cobertura Diagnóstico de Insuficiência Renal Crônica:

a) insuficiência Renal Aguda e/ou Insuficiência Renal Crônica que não necessite de diálise peritoneal, hemodiálise e/ou transplante renal.

Além dos riscos expressamente excluídos no item 5.1, estão também excluídos das Coberturas de Diagnóstico de Esclerose Múltipla:

a) doença na fase caracterizada por surtos de exacerbação-remissão;

Além dos riscos expressamente excluídos no item 5.1, estão também excluídos da Cobertura de Diagnóstico de Doença (ou Mal) de Parkinson:

a) Doença ou Mal de Parkinson decorrente do uso crônico de medicamentos;

b) doenças neurológicas, agudas ou crônicas, que acarretem quadro clínico semelhante à Doença ou Mal de Parkinson;

c) Doença ou Mal de Parkinson de intoxicação por manganês, derivados de petróleo e de inseticidas;

d) Doença ou Mal de Parkinson decorrente de trauma craniano repetitivo.

Além dos riscos expressamente excluídos no item 5.1, estão também excluídos das Cobertura de Diagnóstico de Surdez:

- a) surdez decorrente de Perda Auditiva Induzida por Ruído Ocupacional (PAIRO)**
- b) doenças otorrinolaringológicas ou neurológicas, agudas ou crônicas, preexistentes à contratação do seguro e que acarretem redução progressiva da audição.**

Além dos riscos expressamente excluídos no item 5.1, estão também excluídos da Cobertura de Diagnóstico de Cegueira:

- a) doenças oftalmológicas ou neurológicas, agudas ou crônicas, preexistentes à contratação do seguro e que acarretem redução progressiva da acuidade visual.**

Além dos riscos expressamente excluídos no item 5.1, estão também excluídos da Cobertura de Diagnóstico de Perda da Fala:

- a) mudança de tom, na produção e na qualidade da voz (disfonia, rouquidão)**
- b) perdas temporárias da voz decorrente de acidente ou doença.**

Além dos riscos expressamente excluídos no item 5.1, estão também excluídos da Cobertura de Diagnóstico de Paralisia de Membros:

- a) qualquer forma de paralisia temporária e/ou transitória.**
- b) a perda parcial das funções motoras e sensitivas (paresias).**

Além dos riscos expressamente excluídos no item 5.1, estão também excluídos da Cobertura de Diagnóstico de Insuficiência Hepática por Cirrose:

- a) Esteatose Hepática ou fígado gorduroso;**
- b) ocorrência de cirrose sem que haja comprometimento funcional do fígado.**

Além dos riscos expressamente excluídos no item 5.1, estão também excluídos da Cobertura de Diagnóstico de Tuberculose Pulmonar:

- a) ocorrência de tuberculose em outros órgãos que não o pulmão;**
- b) Tuberculose previa e recorrência da doença;**
- c) Pneumonias de qualquer ordem;**
- d) portador do bacilo de Koch, mas que não desenvolveu a doença Tuberculose.**

Além dos riscos expressamente excluídos no item 5.1, estão também excluídos das Cobertura de Diagnóstico de Trombose Venosa Profunda:

- a) varizes de qualquer ordem.**

Além dos riscos expressamente excluídos no item 5.1, estão também excluídos das Cobertura de Diagnóstico de Lúpus Eritematoso Sistêmico :

- a) outras doenças auto-imunes;**

b) outros tipos de Lúpus.

Além dos riscos expressamente excluídos no item 5.1, estão também excluídos da Cobertura de Diagnóstico de Doença de Alzheimer:

a) Outros tipos de demência.

Além dos riscos expressamente excluídos no item 5.1, estão também excluídos da Cobertura de Diagnóstico de Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (SIDA ou AIDS):

- a) portadores do HIV que não desenvolveram a Síndrome da Imunodeficiência Adquirida;**
- b) portadores do HIV positivo sem doenças oportunistas relacionadas.**

Além dos riscos expressamente excluídos no item 5.1, estão também excluídos da Cobertura de Diagnóstico de Doença de Hanseníase:

- a) portadores do Mycobacterium leprae, mas que não desenvolveram a doença;**
- b) doença no período de incubação.**

Além dos riscos expressamente excluídos no item 5.1, estão também excluídos da Cobertura de Diagnóstico de Doença de Paget:

- a) formas localizadas da doença de Paget, que sejam assintomáticas ou pouco sintomáticas, mas que foram detectadas em exames radiológicos de rotina.**

Além dos riscos expressamente excluídos no item 5.1, estão também excluídos da Cobertura de Auxílio por Internação Hospitalar:

- a) gravidez tópica ou ectópica,**
- b) procedimentos e/ou tratamentos clínicos ou cirúrgicos para esterilidade, infertilidade, inseminação artificial, impotência sexual, controle de natalidade e mudança de sexo, bem como suas consequências;**
- c) cirurgia para correção de fimose;**
- d) tratamentos clínicos ou cirúrgicos experimentais e/ou não previstos no Código Brasileiro de Ética Médica e/ou não reconhecidos pelo Ministério da Saúde;**
- e) tratamento odontológico de qualquer espécie e suas consequências;**
- f) tratamentos clínicos ou cirúrgicos com finalidade estética;**
- g) cirurgias plásticas (estéticas ou não);**
- h) tratamentos para obesidade em qualquer modalidade, inclusive gastroplastia redutora;**
- i) tratamentos para senilidade, geriatria, rejuvenescimento e suas consequências;**
- j) diárias de internação não necessárias para o efetivo tratamento médico, tais como, mas não se limitando a, espera para a realização de cirurgia; disponibilidade para exames de diagnose; repouso; internação com a finalidade exclusiva de realização de exames de qualquer natureza para fins de avaliação do estado de saúde, inclusive check-up; internação para doação de órgãos;**
- k) doenças mentais e/ou psiquiátricas inclusive o “stress”.**

6. CONDIÇÕES DE ACEITAÇÃO

6.1. O preço e as condições deste seguro são estabelecidos com base em premissas atuariais que levam em conta a idade de ingresso do proponente de 18 (dezoito) até 60 (sessenta) anos de idade, completos na data de início de vigência do seguro.

6.2. A aceitação do Segurado está sujeita à análise do risco pela Seguradora.

6.3. A Seguradora terá um prazo de 15 (quinze) dias corridos, contados da data do recebimento da Proposta de Adesão, para aceitar ou recusar a inclusão do proponente no seguro. Decorrido este prazo sem que tenha havido manifestação da Seguradora, a proposta será considerada como automaticamente aceita.

6.4. A Seguradora poderá solicitar documentos complementares para análise e aceitação do risco ou da alteração da proposta, uma única vez. Neste caso, o prazo previsto no item 6.3 ficará suspenso, voltando a correr a partir da data do recebimento pela Seguradora das informações adicionais.

6.5. Caso o risco do Segurado não seja aceito pela Seguradora, a recusa será comunicada por escrito e o respectivo prêmio eventualmente pago será devolvido, no prazo máximo de 10 (dez) dias corridos, devidamente atualizado pelo IPCA/IBGE (Índice de Preços ao Consumidor Amplo), ou outro índice que venha a substituí-lo, desde a data do pagamento até a data da efetiva devolução.

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.

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

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

7. VIGÊNCIA INDIVIDUAL

7.1. O prazo de vigência será de 1 (hum) ano, com uma única renovação automática, pelo mesmo período.

7.2. O início de vigência do risco individual, desde que o proponente seja aceito no seguro, será a partir das 24 (vinte e quatro) horas da data informada no certificado do seguro.

8. ATUALIZAÇÃO DOS VALORES

8.1. O Capital Segurado, bem como o Prêmio deste Seguro, serão atualizados, anualmente, no aniversário da apólice, pela aplicação do percentual de variação positiva do IPCA/IBGE (Índice de Preços ao Consumidor Amplo).

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

9. CANCELAMENTO DA APÓLICE

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

a) com o cancelamento da Apólice;

- b) quando o Segurado solicitar sua exclusão da Apólice, com antecedência mínima de 60 (sessenta) dias;**
- c) com o falecimento do Segurado;**
- d) com o pagamento da Indenização, se houver previsão de exclusão do Segurado da Apólice na respectiva cobertura contratada, que gerou a Indenização;**
- e) com a extinção do vínculo entre o Segurado e o Estipulante, seja ou não este fato comunicado à Seguradora;**
- f) imediatamente, se constatada uma das hipóteses previstas no item “Perda do Direito a Indenização” das Condições Gerais.**

10. ÂMBITO TERRITORIAL DE COBERTURA

10.1. Este Seguro abrange os eventos cobertos ocorridos em qualquer parte do Globo Terrestre; exceto para a cobertura de Auxílio por Internação Hospitalar, onde estarão cobertos eventos ocorridos no território nacional.

11. REINTEGRAÇÃO DO CAPITAL SEGURADO

11.1. O Capital Segurado relativo às coberturas de Diagnósticos não será reintegrado após ocorrência de cada Evento Coberto.

11.2. O Capital Segurado relativo à cobertura de Auxílio por Internação Hospitalar será totalmente reintegrado, de forma automática, após ocorrência de cada Evento Coberto, sem cobrança de Prêmio adicional.

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

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

12. LIMITES DE EVENTOS

12.1. Para a cobertura de Auxílio por Internação Hospitalar serão cobertos até 2 (dois) eventos por vigência.

13. PROCEDIMENTOS EM CASO DE SINISTRO

13.1. Na ocorrência de sinistro, o Segurado deverá entrar em contato com a Central de Atendimento a Clientes. O prazo para pagamento de indenização é de até 30 (trinta) dias, contados da data de entrega de todos os documentos básicos:

DIAGNÓSTICO DE CÂNCER:

- a) Aviso de sinistro preenchido e assinado (formulário padrão MetLife); formulário “Autorização para Crédito de Indenização” (formulário padrão MetLife), devidamente preenchido e assinado pelo Segurado;
- b) Cópias do RG (cédula de identidade), CPF (Cadastro de Pessoas Físicas) e comprovante de residência do Segurado;
- c) Relatório médico informando desde quando o segurado recebeu o primeiro diagnóstico das doenças registradas na Declaração/Certidão de Óbito, descrição da evolução clínica e data em que iniciou o tratamento;
- d) Cópia de todos os documentos médicos e exames realizados;
- e) Resultado do exame Anátomo-patológico, comprovando a malignidade do Câncer;

f) Relatório do médico assistente constando: nome do paciente, história clínica, tempo de evolução da doença, estadiamento, diagnóstico (CID-10), tratamento proposto e identificação do médico (nome e nº do CRM-UF);

g) Na ausência do exame Anátomo-Patológico, poderão ser solicitados, a critério da seguradora, exames laboratoriais e de imagem que comprovem o diagnóstico.

DIAGNÓSTICO DE DERRAME:

a) Aviso de sinistro preenchido e assinado (formulário padrão MetLife);

b) Formulário “Autorização para Crédito de Indenização” (formulário padrão MetLife), devidamente preenchido e assinado pelo Segurado;

c) Cópias do RG (cédula de identidade), CPF (Cadastro de Pessoas Físicas) e comprovante de residência do Segurado;

d) Relatório médico informando desde quando o segurado recebeu o primeiro diagnóstico das doenças registradas na Declaração/Certidão de Óbito, descrição da evolução clínica e data em que iniciou o tratamento;

e) Cópia de todos os documentos médicos e exames realizados;

f) Exame de Imagem: Tomografia Computadorizada ou Ressonância Magnética mostrando áreas de isquemia ou de hemorragia cerebral recentes e Angiografia Cerebral (em caso de dúvida do diagnóstico) mostrando interrupção do fluxo sanguíneo (isquemia) ou extravasamento de sangue em alguma região do cérebro;

g) No caso de persistência da dúvida diagnóstica, poderá ser solicitado, a critério da seguradora, análise do prontuário médico e/ou perícia médica.

DIAGNÓSTICO DE INFARTO AGÚDO DO MIOCÁRDIO:

a) Aviso de sinistro preenchido e assinado (formulário padrão MetLife);

b) Formulário “Autorização para Crédito de Indenização” (formulário padrão MetLife), devidamente preenchido e assinado pelo Segurado;

c) Cópias do RG (cédula de identidade), CPF (Cadastro de Pessoas Físicas) e comprovante de residência do Segurado;

d) Relatório médico informando desde quando o segurado recebeu o primeiro diagnóstico das doenças registradas na Declaração/Certidão de Óbito, descrição da evolução clínica e data em que iniciou o tratamento;

e) Cópia de todos os documentos médicos e exames realizados;

f) Cópia do comprovante de quitação da Conta da Concessionária indicada no item anterior;

1. Eletrocardiograma (ECG) com alteração da onda ST, angiografia ou cintilografia mostrando a diminuição da perfusão do órgão e exame de sangue com elevação da dosagem de CK e CKMB;

DIAGNÓSTICO DE GRANDE QUEIMADO:

a) Aviso de sinistro preenchido e assinado (formulário padrão MetLife) formulário “Autorização para Crédito de Indenização” (formulário padrão MetLife), devidamente preenchido e assinado pelo Segurado;

b) Cópias do RG (cédula de identidade), CPF (Cadastro de Pessoas Físicas) e comprovante de residência do Segurado;

- c) Relatório médico informando desde quando o segurado recebeu o primeiro diagnóstico das doenças registradas na Declaração/Certidão de Óbito, descrição da evolução clínica e data em que iniciou o tratamento;
- d) Cópia de todos os documentos médicos e exames realizados;
- e) Relatório médico informando a história do acidente, a superfície corporal atingida, a profundidade das queimaduras e o tratamento realizado;
- f) Comprovação de atendimento hospitalar devido à queimadura.
- g) Para Queimadura de terceiro grau: laudo médico de Cirurgião Plástico;

DIAGNÓSTICO DE INSUFICIÊNCIA RENAL CRÔNICA:

- a) Aviso de sinistro preenchido e assinado (formulário padrão MetLife);
- b) Formulário “Autorização para Crédito de Indenização” (formulário padrão MetLife), devidamente preenchido e assinado pelo Segurado;
- c) Cópias do RG (cédula de identidade), CPF (Cadastro de Pessoas Físicas) e comprovante de residência do Segurado;
- d) Relatório médico informando desde quando o segurado recebeu o primeiro diagnóstico das doenças registradas na Declaração/Certidão de Óbito, descrição da evolução clínica e data em que iniciou o tratamento;
- e) Cópia de todos os documentos médicos e exames realizados;
- f) Comprovação de uremia através de exames laboratoriais (aumento da ureia, aumento da creatinina e diminuição do clearance de creatinina, diminuição da taxa de filtração glomerular);
- g) No caso de persistência da dúvida diagnóstica, poderá ser solicitado, a critério da seguradora, análise do prontuário médico e/ou perícia médica.

DIAGNÓSTICO DE ESCLEROSE MÚLTIPLA:

- a) Aviso de sinistro preenchido e assinado (formulário padrão MetLife);
- b) Formulário “Autorização para Crédito de Indenização” (formulário padrão MetLife) , devidamente preenchido e assinado pelo Segurado;
- c) Cópias do RG (cédula de identidade), CPF (Cadastro de Pessoas Físicas) e comprovante de residência do Segurado;
- d) Relatório médico informando desde quando o segurado recebeu o primeiro diagnóstico das doenças registradas na Declaração/Certidão de Óbito, descrição da evolução clínica e data em que iniciou o tratamento;
- e) Cópia de todos os documentos médicos e exames realizados;
- f) Exame de Eletroneuromiografia de membros inferiores e/ou superiores;

DIAGNÓSTICO DE DOENÇA DE PARKINSON:

- a) Aviso de sinistro preenchido e assinado (formulário padrão MetLife); formulário “Autorização para Crédito de Indenização” (formulário padrão MetLife), devidamente preenchido e assinado pelo Segurado;

- b) cópias do RG (cédula de identidade), CPF (Cadastro de Pessoas Físicas) e comprovante de residência do Segurado;
- c) Relatório médico informando desde quando o segurado recebeu o primeiro diagnóstico das doenças registradas na Declaração/Certidão de Óbito, descrição da evolução clínica e data em que iniciou o tratamento;
- d) Cópia de todos os documentos médicos e exames realizados;
- e) Laudo médico de Neurologista no Conselho Regional de Medicina
- f) Relatório médico informando a história clínica, o tempo de evolução da doença, doenças preexistentes e tratamento realizado;
- g) Poderão ser solicitados, a critério da seguradora, exames laboratoriais, eletroencefalográficos e de imagem para exclusão de outras doenças neurológicas de comportamento clínico semelhante;
- h) No caso de persistência da dúvida diagnóstica, poderá ser solicitado, também a critério da

seguradora, análise do prontuário médico e/ou perícia médica.

DIAGNÓSTICO DE SURDEZ:

- a) Aviso de sinistro preenchido e assinado (formulário padrão MetLife);
- b) Formulário “Autorização para Crédito de Indenização” (formulário padrão MetLife) , devidamente preenchido e assinado pelo Segurado;
- c) Cópias do RG (cédula de identidade), CPF (Cadastro de Pessoas Físicas) e comprovante de residência do Segurado;
- d) Relatório médico informando desde quando o segurado recebeu o primeiro diagnóstico das doenças registradas na Declaração/Certidão de Óbito, descrição da evolução clínica e data em que iniciou o tratamento;
- e) Cópia de todos os documentos médicos e exames realizados;
- f) Relatório do médico Otorrinolaringologista ou Neurologista informando a história clínica, o tempo de evolução da doença, doenças preexistentes, a acuidade auditiva e o tratamento realizado;
- g) Poderão ser solicitados, a critério da seguradora, exames complementares que comprovem o diagnóstico: audiogramas, audiometria de tronco cerebral (BERA), impedanciometria e otoemissões acústicas (OEA).

DIAGNÓSTICO DE CEGUEIRA:

- a) Aviso de sinistro preenchido e assinado (formulário padrão MetLife);
- b) Formulário “Autorização para Crédito de Indenização” (formulário padrão MetLife), devidamente preenchido e assinado pelo Segurado;
- c) Cópias do RG (cédula de identidade), CPF (Cadastro de Pessoas Físicas) e comprovante de residência do Segurado;
- d) Relatório médico informando desde quando o segurado recebeu o primeiro diagnóstico das doenças registradas na Declaração/Certidão de Óbito, descrição da evolução clínica e data em que iniciou o tratamento;
- e) Cópia de todos os documentos médicos e exames realizados;
- f) Resultado da Tomografia Computadorizada de Crânio e exame Anátomo-patológico;

- g) Relatório do médico Oftalmologista informando a história clínica, o tempo de evolução da doença, doenças preexistentes, a acuidade visual com a melhor correção e o tratamento realizado;
- h) Exame de Campimetria Computadorizada;
- i) Poderão ser solicitados, a critério da seguradora, exames complementares que comprovem o diagnóstico;
- j) No caso de persistência da dúvida diagnóstica, poderá ser solicitado, também a critério da seguradora, análise do prontuário médico e/ou perícia médica.

DIAGNÓSTICO DE PERDA DA FALA:

- a) Aviso de sinistro preenchido e assinado (formulário padrão MetLife)
- b) Formulário “Autorização para Crédito de Indenização” (formulário padrão MetLife), devidamente preenchido e assinado pelo Segurado;
- c) Cópias do RG (cédula de identidade), CPF (Cadastro de Pessoas Físicas) e comprovante de residência do Segurado;
- d) Relatório médico informando desde quando o segurado recebeu o primeiro diagnóstico das doenças registradas na Declaração/Certidão de Óbito, descrição da evolução clínica e data em que iniciou o tratamento;
- e) Cópia do BO (Boletim de Ocorrência Policial) e/ou CAT (Comunicação de Acidente do Trabalho), se houver;
- f) cópia da CNH (Carteira Nacional de Habilitação), em caso de acidente com veículo dirigido pelo Segurado;
- g) Cópia do Laudo do Exame de Dosagem Alcoólica e/ou Toxicológico, se realizado(s);
- h) Cópia do laudo da perícia técnica realizada no local do acidente, se houver;
- i) Resultados de exames realizados;
- j) Relatório do médico Otorrinolaringologista ou Neurologista informando a história clínica, o tempo de evolução da doença, doenças preexistentes e tratamento realizado;
- k) Poderão ser solicitados, a critério da seguradora, exames complementares que comprovem o diagnóstico: Laringoscopia, Tomografia ou Ressonância de Crânio;
- l) No caso de persistência da dúvida diagnóstica, poderá ser solicitado, também a critério da seguradora, análise do prontuário médico e/ou perícia médica.

DIAGNÓSTICO DE PARALISIA DE MEMBROS:

- a) Aviso de sinistro preenchido e assinado (formulário padrão MetLife); formulário “Autorização para Crédito de Indenização” (formulário padrão MetLife), devidamente preenchido e assinado pelo Segurado;
- b) Cópias do RG (cédula de identidade), CPF (Cadastro de Pessoas Físicas) e comprovante de residência do Segurado;
- c) Relatório médico informando desde quando o segurado recebeu o primeiro diagnóstico das doenças registradas na Declaração/Certidão de Óbito, descrição da evolução clínica e data em que iniciou o tratamento;
- d) Cópia de todos os documentos médicos e exames realizados;

- e) Relatório médico informando a história clínica ou data do acidente, o tempo de evolução da doença ou sequelas do acidente, doenças e acidentes preexistentes e tratamento realizado;
- f) Exame de Imagem: Tomografia Computadorizada e/ou Ressonância Magnética;
- g) Exame de Eletroneuromiografia dos membros acometidos.

DIAGNÓSTICO DE PERDA DE MEMBROS:

- a) Aviso de sinistro preenchido e assinado (formulário padrão MetLife);
- b) Formulário “Autorização para Crédito de Indenização” (formulário padrão MetLife), devidamente preenchido e assinado pelo Segurado;
- c) Cópias do RG (cédula de identidade), CPF (Cadastro de Pessoas Físicas) e comprovante de residência do Segurado;
- d) Relatório médico informando desde quando o segurado recebeu o primeiro diagnóstico das doenças registradas na Declaração/Certidão de Óbito, descrição da evolução clínica e data em que iniciou o tratamento;
- e) Cópia de todos os documentos médicos e exames realizados;
- f) Resultado de exame de raios-X do membro afetado;
- g) Relatório com indicação médica da amputação.
- h) cópia do BO (Boletim de Ocorrência Policial) e/ou CAT (Comunicação de Acidente do Trabalho), se houver;
- i) Cópia da CNH (Carteira Nacional de Habilitação), em caso de acidente com veículo dirigido pelo Segurado;
- j) Cópia do Laudo do Exame de Dosagem Alcoólica e/ou Toxicológico, se realizado(s);
- k) Radiografia do membro afetado;
- l) No caso de persistência da dúvida diagnóstica ou da necessidade de esclarecimento complementar, poderá ser solicitado, a critério da seguradora, análise do prontuário médico e/ou perícia médica.

DIAGNÓSTICO DE INSUFICIÊNCIA HEPÁTICA POR CIRROSE:

- a) Aviso de sinistro preenchido e assinado (formulário padrão MetLife);
- b) Formulário “Autorização para Crédito de Indenização” (formulário padrão MetLife), devidamente preenchido e assinado pelo Segurado;
- c) Cópias do RG (cédula de identidade), CPF (Cadastro de Pessoas Físicas) e comprovante de residência do Segurado;
- d) Cópia de todos os documentos médicos e exames realizados;
- e) Relatório médico informando a história clínica, desde quando o segurado recebeu o primeiro diagnóstico das doenças registradas na Declaração/Certidão de Óbito, descrição e o tempo (inclusive a data que iniciou o tratamento) de evolução clínica das doenças citadas, bem como os tratamentos realizados. ;
- f) Cópia do exame médico anátomo-patológico (biópsia) caracterizando cirrose hepática;
- g) Ultrassonografia abdominal com sinais que caracterizem hipertensão do sistema porta.

DIAGNÓSTICO DE TUBERCULOSE PULMONAR:

- a) Aviso de sinistro preenchido e assinado (formulário padrão MetLife);
- b) Formulário “Autorização para Crédito de Indenização” (formulário padrão MetLife), devidamente preenchido e assinado pelo Segurado;
- c) Cópias do RG (cédula de identidade), CPF (Cadastro de Pessoas Físicas) e comprovante de residência do Segurado;
- d) Cópia de todos os documentos médicos e exames realizados;
- e) Relatório médico informando a história clínica, desde quando o segurado recebeu o primeiro diagnóstico das doenças registradas na Declaração/Certidão de Óbito, descrição e o tempo (inclusive a data que iniciou o tratamento) de evolução clínica das doenças citadas, bem como os tratamentos realizados. ;
- f) Cópia do exame de identificação do bacilo de Koch (na expectoração, ou no lavado brônquico, ou no lavado gástrico, ou na biópsia do pulmão).

DIAGNÓSTICO DE TROMBOSE VENOSA PROFUNDA:

- a) Aviso de sinistro preenchido e assinado (formulário padrão MetLife);
- b) Formulário “Autorização para Crédito de Indenização” (formulário padrão MetLife), devidamente preenchido e assinado pelo Segurado;
- c) Cópias do RG (cédula de identidade), CPF (Cadastro de Pessoas Físicas) e comprovante de residência do Segurado;
- d) Cópia de todos os documentos médicos e exames realizados;
- e) Relatório médico informando a história clínica, desde quando o segurado recebeu o primeiro diagnóstico das doenças registradas na Declaração/Certidão de Óbito, descrição e o tempo (inclusive a data que iniciou o tratamento) de evolução clínica das doenças citadas, bem como os tratamentos realizados;
- f) Cópia da confirmação da trombose profunda em pelo menos um dos seguintes exames: flebografia, ultrassom com doppler ou ressonância nuclear magnética;

DIAGNÓSTICO DE LUPUS ERITEMATOSO SISTÊMICO:

- a) Aviso de sinistro preenchido e assinado (formulário padrão MetLife);
- b) Formulário “Autorização para Crédito de Indenização” (formulário padrão MetLife), devidamente preenchido e assinado pelo Segurado;
- c) Cópias do RG (cédula de identidade), CPF (Cadastro de Pessoas Físicas) e comprovante de residência do Segurado;
- d) Cópia de todos os documentos médicos e exames realizados;
- e) Relatório médico informando a história clínica, desde quando o segurado recebeu o primeiro diagnóstico das doenças registradas na Declaração/Certidão de Óbito, descrição e o tempo (inclusive a data que iniciou o tratamento) de evolução clínica das doenças citadas, bem como os tratamentos realizados;
- f) Relatório específico do médico reumatologista informando a história clínica, o tempo de evolução da doença e o tratamento realizado com exames laboratoriais comprobatórios.

DIAGNÓSTICO DE DOENÇA DE ALZHEIMER:

- a) Aviso de sinistro preenchido e assinado (formulário padrão MetLife);
- b) Formulário “Autorização para Crédito de Indenização” (formulário padrão MetLife), devidamente preenchido e assinado pelo Segurado;
- c) Cópias do RG (cédula de identidade), CPF (Cadastro de Pessoas Físicas) e comprovante de residência do Segurado;
- d) Cópia de todos os documentos médicos e exames realizados;
- e) Relatório médico informando a história clínica, desde quando o segurado recebeu o primeiro diagnóstico das doenças registradas na Declaração/Certidão de Óbito, descrição e o tempo (inclusive a data que iniciou o tratamento) de evolução clínica das doenças citadas, bem como os tratamentos realizados;
- f) Relatório do médico assistente constatando a doença, o tempo de acompanhamento do segurado e as principais alterações que o levaram a firmar o diagnóstico de Doença de Alzheimer.

DIAGNÓSTICO DE SÍNDROME DA IMUNODEFICIÊNCIA ADQUIRIDA (SIDA OU AIDS):

Aviso de sinistro preenchido e assinado (formulário padrão MetLife);

- a) Formulário “Autorização para Crédito de Indenização” (formulário padrão MetLife), devidamente preenchido e assinado pelo Segurado;
- b) Cópias do RG (cédula de identidade), CPF (Cadastro de Pessoas Físicas) e comprovante de residência do Segurado;
- c) Cópia de todos os documentos médicos e exames realizados;
- d) Relatório médico informando a história clínica, desde quando o segurado recebeu o primeiro diagnóstico das doenças registradas na Declaração/Certidão de Óbito, descrição e o tempo (inclusive a data que iniciou o tratamento) de evolução clínica das doenças citadas, bem como os tratamentos realizados;
- e) Relatório do médico infectologista informando a história clínica, o tempo de evolução da doença, o tratamento realizado e as doenças oportunistas instaladas;
- f) Cópia do Exame laboratorial com sorologia positiva para HIV.
- g) Cópia da Ficha de Registro do empregado, quando se tratar de Apólice Coletiva, cujo Vínculo prévio seja empregatício.

DIAGNÓSTICO DE DOENÇA DE HANSENÍASE:

- a) Aviso de sinistro preenchido e assinado (formulário padrão MetLife);
- b) Formulário “Autorização para Crédito de Indenização” (formulário padrão MetLife), devidamente preenchido e assinado pelo Segurado;
- c) Cópias do RG (cédula de identidade), CPF (Cadastro de Pessoas Físicas) e comprovante de residência do Segurado; Cópia de todos os documentos médicos e exames realizados;
- d) Relatório médico informando a história clínica, desde quando o segurado recebeu o primeiro diagnóstico das doenças registradas na Declaração/Certidão de Óbito, descrição e o tempo (inclusive a data que iniciou o tratamento) de evolução clínica das doenças citadas, bem como os tratamentos realizados;
- e) Relatório do médico assistente constatando a doença ativa (com ou sem tratamento), e
- f) Exame médico anátomo-patológico (biópsia) demonstrando a presença do Mycobacterium leprae.

Cópia da Ficha de Registro do empregado, quando se tratar de Apólice Coletiva, cujo Vínculo prévio seja empregatício.

DIAGNÓSTICO DE DOENÇA DE PAGET:

- a) Aviso de sinistro preenchido e assinado (formulário padrão MetLife);
- b) Formulário “Autorização para Crédito de Indenização” (formulário padrão MetLife), devidamente preenchido e assinado pelo Segurado;
- c) Cópias do RG (cédula de identidade), CPF (Cadastro de Pessoas Físicas) e comprovante de residência do Segurado;
- d) Cópia de todos os documentos médicos e exames realizados;
- e) Relatório médico informando a história clínica, desde quando o segurado recebeu o primeiro diagnóstico das doenças registradas na Declaração/Certidão de Óbito, descrição e o tempo (inclusive a data que iniciou o tratamento) de evolução clínica das doenças citadas, bem como os tratamentos realizados;
- f) Relatório do médico assistente constatando a doença e sua gravidade, e
- g) Exame radiológico compatível.

AUXÍLIO POR INTERNAÇÃO HOSPITALAR:

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

Em caso de falecimento do Segurado entre o período do Diagnóstico ou da Internação e a data do aviso do sinistro, a indenização será paga ao(s) beneficiário(s), na forma da lei.

14. REENQUADRAMENTO ETÁRIO

14.1 Quando o Segurado atingir nova faixa etária, o prêmio mensal será reenquadrado, conforme previsto contratualmente, para o custo correspondente à sua idade ou faixa de idade, de acordo com o plano contratado, conforme abaixo:

<i>Capital Segurado</i>	<i>R\$ 10.000</i>	<i>R\$ 20.000</i>	<i>R\$ 30.000</i>
<i>Faixa Etária</i>			
<i>18 a 40 anos</i>	-	-	-
<i>41 a 45 anos</i>	28,65%	31,98%	40,42%
<i>46 a 50 anos</i>	22,27%	29,08%	35,04%
<i>51 a 55 anos</i>	32,79%	48,81%	53,75%
<i>56 a 60 anos</i>	19,20%	24,39%	25,92%

Após 60 (sessenta) anos de idade, o reenquadramento será de 18% (dezoito por cento) ao ano.

15. COBRANÇA E PAGAMENTO DOS PRÊMIOS

15.1. É de responsabilidade do Segurado o pagamento do prêmio.

15.2. O pagamento do prêmio será feito à sociedade seguradora por intermédio da rede bancária, cartão de crédito ou outras formas admitidas em lei, conforme disponham as condições contratuais.

15.3. Quando a data limite para pagamento do Prêmio cair em dia em que não haja expediente bancário, a quitação do Prêmio poderá ser efetuada no primeiro dia útil em que houver expediente bancário.

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

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

15.5. No período de mora no pagamento do Prêmio, não haverá suspensão das Coberturas/Cláusulas, sem prejuízo à cobrança dos Prêmios respectivos.

15.6. Se o Estipulante deixar de recolher à Seguradora, no prazo devido, os Prêmios custeados pelos Segurados, estes não podem ser prejudicados no direito, respondendo a Seguradora pelo pagamento da(s) Indenização(ões) eventualmente devida(s), sem prejuízo da ação de cobrança por parte da Seguradora junto ao Estipulante.

15.7. Em caso de atraso no pagamento de qualquer parcela do Prêmio, independentemente do pagamento de parcelas subsequentes, o Segurado será notificado para que regularize o(s) pagamento(s), sob pena de cancelamento da Apólice caso o pagamento do(s) prêmio(s) em atraso não ocorra(m) dentro de, no máximo, 90 (noventa) dias.

15.7.1. No período de mora no pagamento do Prêmio, não haverá suspensão das coberturas, sem prejuízo à cobrança dos Prêmios respectivos. Assim, na hipótese de inadimplemento, conforme disposto anteriormente, na ocorrência do Evento Coberto, o Prêmio devido pelo Segurado e não pago, acrescido de juros, atualização monetária e multa moratória, será deduzido da indenização a ser paga ao(s) Beneficiário(s).

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

16. DISPOSIÇÕES FINAIS

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

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

16.3. 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.

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

16.5. 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.

15.6. A aceitação do seguro estará sujeita à análise do risco.

16.7. Produto registrado na SUSEP sob nº 15414.003227/2010-01 e sob responsabilidade da Metropolitan Life Seguros e Previdência Privada S.A., código SUSEP 0635-1, CNPJ 02.102.498/0001-29.

Este documento contém informações reduzidas. As Condições Gerais do Seguro na íntegra estão disponíveis no site www.metlife.com.br.

CENTRAL DE ATENDIMENTO E SAC

Conheça a Política de Privacidade da Informação no site www.metlife.com.br ou solicite pela Central de Atendimento ao Cliente.

Central de Atendimento (Vida e Previdência) 3003 3046 (capitais e grandes centros) ou **0800 728 3046** (demais localidades)

(Segunda à sexta das 9h às 18h, em todo o Brasil)

SAC - Serviço de Apoio ao Cliente Reclamações, Cancelamentos, Sugestões e Elogios **0800 746 3420** (24 horas por dia, 7 dias por semana, em todo o Brasil)

Atendimento ao deficiente auditivo ou de fala 0800 723 0658 (24 horas por dia, 7 dias por semana, em todo o Brasil)

Ouvidoria

0800 746 3420

(Segunda à sexta das 9h às 18h, em todo o Brasil)