

MANUAL DO SEGURADO

SEGURO DE VIDA PRESTAMISTA

USEBENS SEGUROS S/A

CNPJ N. 09.180.505/0001-50

PROCESSO SUSEP Nº 15414.900075/2013-21

ÍNDICE GERAL

A - APRESENTAÇÃO.....	08
B - ANEXOS.....	09
B.1 - CONDIÇÕES GERAIS DO SEGURO DE VIDA PRESTAMISTA.....	09
GLOSSÁRIO/DEFINIÇÕES LEGAIS.....	09
01) OBJETIVO DO SEGURO.....	14
02) COBERTURA DO SEGURO.....	14
03) RISCOS EXCLUÍDOS.....	15
04) CONTRATAÇÃO DO SEGURO.....	19
05) CONDIÇÕES DE ACEITAÇÃO.....	20
06) CAPITAL SEGURADO.....	22
07) PAGAMENTO DOS PRÊMIOS.....	23
08) VIGÊNCIA DO RISCO INDIVIDUAL.....	25
09) VIGÊNCIA E RENOVAÇÃO DO SEGURO.....	26
10) CESSAÇÃO DA COBERTURA DO SEGURO.....	27
11) CANCELAMENTO DO SEGURO.....	28
12) ALTERAÇÃO DO CONTRATO DE SEGURO.....	29
13) OCORRÊNCIA DO SINISTRO.....	29
14) PAGAMENTO DO CAPITAL SEGURADO.....	33
15) ATUALIZAÇÃO DAS OBRIGAÇÕES PECUNIÁRIAS.....	34
16) APLICABILIDADE DE MORA.....	35
17) REINTEGRAÇÃO.....	35
18) PERDA DO DIREITO À INDENIZAÇÃO.....	36
19) MODIFICAÇÃO DO RISCO.....	37
20) INSTITUIÇÃO E MUDANÇA DO BENEFICIÁRIO.....	38
21) DO ESTIPULANTE.....	39
22) ÂMBITO TERRITORIAL DE COBERTURA.....	41
23) PRESCRIÇÃO.....	41
24) DO FORO.....	41
25) MATERIAL DE DIVULGAÇÃO.....	41
26) DISPOSIÇÕES FINAIS.....	41
B.2 - CONDIÇÕES ESPECIAIS DO SEGURO DE VIDA PRESTAMISTA.....	42
- DA COBERTURA ADICIONAL DE MORTE ACIDENTAL.....	42
01) OBJETIVO DO SEGURO.....	42
02) RISCOS COBERTOS.....	42
03) RISCOS EXCLUÍDOS.....	42
04) CAPITAL SEGURADO.....	44
05) PRÊMIO.....	44
06) CARÊNCIA.....	44
07) CESSAÇÃO DA COBERTURA ADICIONAL.....	44
08) LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS.....	45
09) CANCELAMENTO DO SEGURO.....	45
10) DESPESAS DE COMPROVAÇÃO.....	45
11) DISPOSIÇÃO FINAL.....	45

- DA COBERTURA ADICIONAL DE INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL POR ACIDENTE.....	46
01) OBJETIVO DO SEGURO.....	46
02) DA COBERTURA.....	46
03) RISCOS COBERTOS.....	47
04) RISCOS EXCLUÍDOS.....	47
05) CAPITAL SEGURADO.....	48
06) PRÊMIO.....	48
07) CARÊNCIA.....	48
08) CESSAÇÃO DA COBERTURA ADICIONAL.....	48
09) LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS.....	49
10) DO NÃO RECONHECIMENTO DA COBERTURA ADICIONAL DE INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL POR ACIDENTE.....	51
11) PERÍCIA MÉDICA.....	51
12) JUNTA MÉDICA.....	51
13) CANCELAMENTO DO SEGURO.....	52
14) DESPESAS DE COMPROVAÇÃO.....	52
15) DISPOSIÇÃO FINAL.....	52

- DA COBERTURA ADICIONAL DE INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL OU PARCIAL POR ACIDENTE.....	53
01) OBJETIVO DO SEGURO.....	53
02) RISCOS COBERTOS.....	53
03) RISCOS EXCLUÍDOS.....	54
04) CAPITAL SEGURADO.....	54
05) PRÊMIO.....	55
06) CARÊNCIA.....	55
07) CESSAÇÃO DA COBERTURA ADICIONAL.....	55
08) LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS.....	55
09) DO NÃO RECONHECIMENTO DA COBERTURA ADICIONAL DE INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL POR ACIDENTE.....	60
10) PERÍCIA MÉDICA.....	60
11) JUNTA MÉDICA.....	60
12) CANCELAMENTO DO SEGURO.....	61
13) DESPESAS DE COMPROVAÇÃO.....	61
14) DISPOSIÇÃO FINAL.....	61

- DA COBERTURA ADICIONAL DE INVALIDEZ FUNCIONAL PERMANENTE TOTAL POR DOENÇA.....	62
01) OBJETIVO DO SEGURO.....	62
02) GLOSSÁRIO/DEFINIÇÕES LEGAIS.....	62
03) DA COBERTURA.....	63
04) RISCOS COBERTOS.....	64
05) RISCOS EXCLUÍDOS.....	66
06) CARÊNCIA.....	66
07) CAPITAL SEGURADO.....	66
08) PRÊMIO.....	66
09) LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS.....	67

10) DO NÃO RECONHECIMENTO DA COBERTURA ADICIONAL DE INVALIDEZ FUNCIONAL PERMANENTE TOTAL POR DOENÇA.....	69
11) PERÍCIA MÉDICA.....	69
12) JUNTA MÉDICA.....	69
13) CANCELAMENTO DO SEGURO.....	70
14) DESPESAS DE COMPROVAÇÃO.....	70
15) DISPOSIÇÃO FINAL.....	70
16) ANEXOS.....	71
- DA COBERTURA ADICIONAL DE RENDA POR PERDA DE EMPREGO.....	74
01) OBJETIVO DO SEGURO.....	74
02) RISCOS EXCLUÍDOS.....	74
03) CAPITAL SEGURADO.....	75
04) PRÊMIO.....	75
05) CARÊNCIA E FRANQUIA.....	75
06) CESSAÇÃO DA COBERTURA ADICIONAL.....	76
07) LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS.....	76
08) BENEFICIÁRIOS.....	77
09) DISPOSIÇÃO FINAL.....	78
- DA COBERTURA ADICIONAL DE RENDA POR INCAPACIDADE TEMPORÁRIA POR DOENÇA OU ACIDENTE.....	79
01) OBJETIVO DO SEGURO.....	79
02) RISCOS EXCLUÍDOS.....	79
03) CAPITAL SEGURADO.....	80
04) PRÊMIO.....	81
05) CARÊNCIA E FRANQUIA.....	81
06) PERÍCIA MÉDICA.....	81
07) JUNTA MÉDICA.....	82
08) CESSAÇÃO DA COBERTURA ADICIONAL.....	82
09) LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS.....	82
10) BENEFICIÁRIOS.....	84
11) DISPOSIÇÃO FINAL.....	84
- DA COBERTURA ADICIONAL DE DIÁRIA DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR POR DOENÇA OU ACIDENTE.....	86
01) OBJETIVO DO SEGURO.....	86
02) DA COBERTURA.....	86
03) RISCOS EXCLUÍDOS.....	87
04) CAPITAL SEGURADO.....	88
05) PRÊMIO.....	89
06) CARÊNCIA.....	89
07) FRANQUIA.....	89
08) CESSAÇÃO DA COBERTURA ADICIONAL.....	90
09) LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS.....	90
10) PERÍCIA MÉDICA.....	91
11) DESPESAS DE COMPROVAÇÃO.....	91
12) DISPOSIÇÃO FINAL.....	92

- DA COBERTURA ADICIONAL DE DIÁRIA DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR POR ACIDENTE.....	93
01) OBJETIVO DO SEGURO.....	93
02) DA COBERTURA.....	93
03) RISCOS EXCLUÍDOS.....	94
04) CAPITAL SEGURADO.....	95
05) PRÊMIO.....	96
06) CARÊNCIA.....	96
07) FRANQUIA.....	96
08) CESSAÇÃO DA COBERTURA ADICIONAL.....	96
09) LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS.....	97
10) PERÍCIA MÉDICA.....	98
11) DESPESAS DE COMPROVAÇÃO.....	98
12) DISPOSIÇÃO FINAL.....	98
- DA COBERTURA ADICIONAL DE DESPESAS MÉDICAS HOSPITALARES E ODONTOLÓGICAS POR ACIDENTE.....	99
01) OBJETIVO DO SEGURO.....	99
02) RISCOS EXCLUÍDOS.....	99
03) CAPITAL SEGURADO.....	99
04) PRÊMIO.....	100
05) CARÊNCIA.....	100
06) CESSAÇÃO DA COBERTURA ADICIONAL.....	100
07) LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS.....	100
08) DESPESAS DE COMPROVAÇÃO.....	102
09) DISPOSIÇÃO FINAL.....	102
- DA COBERTURA ADICIONAL DE DIÁRIA DE INCAPACIDADE TEMPORÁRIA POR DOENÇA OU ACIDENTE.....	103
01) OBJETIVO DO SEGURO.....	103
02) DA COBERTURA.....	103
03) RISCOS EXCLUÍDOS.....	104
04) CAPITAL SEGURADO.....	104
05) PRÊMIO.....	105
06) CARÊNCIA.....	105
07) FRANQUIA.....	105
08) CESSAÇÃO DA COBERTURA ADICIONAL.....	106
09) LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS.....	106
10) PERÍCIA MÉDICA.....	108
11) DESPESAS DE COMPROVAÇÃO.....	109
12) DISPOSIÇÃO FINAL.....	109
- DA COBERTURA ADICIONAL DE DIÁRIA DE INCAPACIDADE TEMPORÁRIA POR ACIDENTE.....	110
01) OBJETIVO DO SEGURO.....	110
02) DA COBERTURA.....	110
03) RISCOS EXCLUÍDOS.....	111
04) CAPITAL SEGURADO.....	111
05) PRÊMIO.....	112
06) CARÊNCIA.....	112

07) FRANQUIA.....	112
08) CESSAÇÃO DA COBERTURA ADICIONAL.....	112
09) LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS.....	113
10) PERÍCIA MÉDICA.....	115
11) DESPESAS DE COMPROVAÇÃO.....	115
12) DISPOSIÇÃO FINAL.....	116
- DA COBERTURA ADICIONAL DE CESTA BÁSICA EM CASO DE MORTE.....	117
01) OBJETIVO DO SEGURO.....	117
02) RISCOS EXCLUÍDOS.....	117
03) CAPITAL SEGURADO.....	117
04) PRÊMIO.....	117
05) CARÊNCIA.....	118
06) CESSAÇÃO DA COBERTURA ADICIONAL.....	118
07) LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS.....	118
08) DESPESAS DE COMPROVAÇÃO.....	119
09) DISPOSIÇÃO FINAL.....	119
- DA COBERTURA ADICIONAL DE CESTA BÁSICA EM CASO DE MORTE ACIDENTAL.....	120
01) OBJETIVO DO SEGURO.....	120
02) RISCOS EXCLUÍDOS.....	120
03) CAPITAL SEGURADO.....	120
04) PRÊMIO.....	120
05) CARÊNCIA.....	121
06) CESSAÇÃO DA COBERTURA ADICIONAL.....	121
07) LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS.....	121
08) DESPESAS DE COMPROVAÇÃO.....	122
09) DISPOSIÇÃO FINAL.....	122
- DA COBERTURA ADICIONAL DE CESTA BÁSICA EM CASO DE INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL POR ACIDENTE.....	123
01) OBJETIVO DO SEGURO.....	123
02) RISCOS EXCLUÍDOS.....	124
03) CAPITAL SEGURADO.....	124
04) PRÊMIO.....	125
05) CARÊNCIA.....	125
06) CESSAÇÃO DA COBERTURA ADICIONAL.....	125
07) LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS.....	125
08) DO NÃO RECONHECIMENTO DA COBERTURA ADICIONAL DE INVALIDEZ FUNCIONAL PERMANENTE TOTAL POR DOENÇA.....	127
09) PERÍCIA MÉDICA.....	128
10) JUNTA MÉDICA.....	128
11) DESPESAS DE COMPROVAÇÃO.....	128
12) DISPOSIÇÃO FINAL.....	129
- DA COBERTURA ADICIONAL DE AUXÍLIO FUNERAL EM CASO DE MORTE.....	130
01) OBJETIVO DO SEGURO.....	130
02) RISCOS EXCLUÍDOS.....	131
03) CAPITAL SEGURADO.....	131

04) PRÊMIO.....	131
05) CARÊNCIA.....	131
06) CESSAÇÃO DA COBERTURA ADICIONAL.....	132
07) LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS.....	132
08) DESPESAS DE COMPROVAÇÃO.....	133
09) DISPOSIÇÃO FINAL.....	133
- DA COBERTURA ADICIONAL DE AUXILIO FUNERAL EM CASO DE MORTE ACIDENTAL.....	
01) OBJETIVO DO SEGURO.....	134
02) RISCOS EXCLUÍDOS.....	135
03) CAPITAL SEGURADO.....	135
04) PRÊMIO.....	135
05) CARÊNCIA.....	135
06) CESSAÇÃO DA COBERTURA ADICIONAL.....	135
07) LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS.....	136
08) DESPESAS DE COMPROVAÇÃO.....	137
09) DISPOSIÇÃO FINAL.....	137

A) APRESENTAÇÃO:

Prezado segurado,

Parabéns pela contratação do produto Seguro de Vida Prestamista desenvolvido com a preocupação de melhor atendê-lo.

Este clausulado tem por objetivo fornecer a você, segurado, todas as informações necessárias sobre as condições deste Seguro. Além disso, possui orientação completa sobre como proceder em caso de sinistro.

Leia-o, atentamente, para que possa usufruir de todas as vantagens ofertadas. Lembre-se que conhecer seu Seguro irá lhe poupar tempo em caso de emergência.

Caso mesmo assim ainda fique com alguma dúvida sobre este produto, teremos muita satisfação em esclarecê-la através do nosso "*call center*", do seu Corretor de Seguros ou Estipulante.

Nessa hipótese, entre em contato com o Departamento de Ouvidoria ou com o Serviço de Atendimento ao Consumidor Usebens, através do 0800 727 8525. As conversas telefônicas poderão ser gravadas.

Por conta da presente contratação, o segurado toma ciência e aceita todas as cláusulas limitativas e restritivas de direitos que constam deste manual, sem exceção.

Ao assinar a proposta de contratação, o segurado automática e inequivocamente, declara o recebimento das presentes condições contratuais.

A aceitação do seguro estará sujeita à análise do risco.

O registro deste plano junto à SUSEP - Superintendência de Seguros Privados, não implica por parte da Autarquia, incentivo ou recomendação à sua aquisição.

O segurado poderá consultar a situação cadastral de seu corretor de seguros através do site www.susep.gov.br, por meio do número do seu registro na Susep, nome completo, CNPJ ou CPF.

B) ANEXOS:

B.1- CONDIÇÕES GERAIS DO SEGURO DE VIDA PRESTAMISTA

GLOSSÁRIO / DEFINIÇÕES LEGAIS:

ACEITAÇÃO DO RISCO: Ato pelo qual a Seguradora aceita o Seguro que lhe foi proposto.

AGRAVAÇÃO DO RISCO: Ato do Segurado em tornar o risco mais grave do que originalmente se apresenta no momento da contratação do Seguro, podendo por isso perder o direito do mesmo.

ACIDENTES PESSOAIS: Evento com data caracterizada, exclusivo e diretamente externo, súbito, involuntário e violento, causador de lesão física que, por si só e independentemente de toda e qualquer outra causa, tenha como consequência direta a morte ou a invalidez permanente, total ou parcial do Segurado, ou torne necessário tratamento médico, observando-se que:

a) incluem-se nesse conceito:

a¹) o Suicídio, ou a sua tentativa, que será equiparado, para fins de indenização, a acidente pessoal, observada a legislação em vigor;

a²) os acidentes decorrentes de ação da temperatura do ambiente ou influência atmosférica, quando a elas o Segurado ficar sujeito, em decorrência de acidente coberto;

a³) os acidentes decorrentes do escapamento acidental de gases e vapores;

a⁴) os acidentes decorrentes de sequestros e tentativas de sequestros; e

a⁵) 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:**

b¹) **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;**

b²) as intercorrências ou complicações conseqüentes da realização de exames, tratamentos clínicos ou cirúrgicos, quando não decorrentes de acidente coberto;

b³) as lesões decorrentes, dependentes, predispostas ou facilitadas por esforços repetidos ou microtraumas cumulativos, ou que tenham relações de causa e efeito com os mesmos, assim como as lesões classificadas como: Lesão por Esforços Repetitivos - LER, Doenças Osteomusculares Relacionadas ao Trabalho - DORT, Lesão por Trauma Continuado ou Contínuo - LTC, ou similares que venham a ser aceitos pela classe médico-científica, bem como as suas conseqüências pós-tratamentos, inclusive cirúrgicos, em qualquer tempo;

b⁴) 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 da invalidez por acidente pessoal.

APÓLICE: É o contrato de seguro. É o ato escrito que constitui a prova formal desse contrato.

AVISO DE SINISTRO: Obrigação imposta ao Segurado, ao seu representante legal ou ao Estipulante de comunicar a ocorrência do sinistro ao Segurador, a fim de que este possa acautelar seus interesses.

BENEFICIÁRIO: É(são) aquele(s) que, em decorrência de sinistro coberto, fará(ão) jus ao recebimento do valor do Capital Segurado. O primeiro Beneficiário será sempre o Estipulante, no valor correspondente à eventual dívida do Segurado existente à época do sinistro, limitado ao valor do Capital Segurado. O valor remanescente, se houver, será pago, no caso morte, ao(s) Beneficiário(s) indicado(s) ou, na ausência deste(s), aos herdeiros legais. No caso de Invalidez Total e Permanente por Acidente, ao próprio Segurado, sempre obedecido o valor do Capital Segurado.

CAPITAL SEGURADO: É a importância máxima a ser paga ao Segurado ou Beneficiário em função do valor estabelecido para cada cobertura contratada, vigente na data do evento.

CARÊNCIA: É o período contínuo de tempo, contado a partir do início de vigência da cobertura individual, durante o qual a Seguradora estará isenta de qualquer responsabilidade indenizatória.

CERTIFICADO INDIVIDUAL: É o documento emitido pela Seguradora que formaliza a aceitação do Proponente integrante do grupo segurável.

COBERTURAS: São as obrigações que a Seguradora assume perante o Segurado quando da contratação do seguro e que serão exigíveis por ocasião da ocorrência de um evento coberto, observadas as condições e os limites contratados.

COMORIÊNCIA: É uma das formas de término da pessoa natural e será verificada quando dois ou mais indivíduos falecerem na mesma ocasião (não precisa ser no mesmo lugar), não se podendo averiguar qual deles morreu primeiro. Neste caso, presumir-se-ão simultaneamente mortos.

CONDIÇÕES GERAIS: Conjunto das cláusulas contratuais, comuns a todas as modalidades e/ou coberturas de um plano de seguro, que estabelecem as obrigações e os direitos da Seguradora, do Segurado, dos Beneficiários e do Estipulante.

CONDIÇÕES ESPECIAIS: Conjunto das disposições específicas relativas a cada modalidade e/ou cobertura de um plano de seguro, que eventualmente alteram as Condições Gerais.

CONTRATO: Instrumento jurídico firmado entre o Estipulante e a Seguradora, que estabelece as peculiaridades e aspectos operacionais da contratação do plano coletivo, bem como fixa os direitos e obrigações do Estipulante, da Seguradora, dos Segurados e dos Beneficiários.

CORRETOR DE SEGUROS: Profissional legalmente habilitado e autorizado a angariar seguros e representar o Segurado nos Contratos de Seguros.

DECLARAÇÃO PESSOAL DE SAÚDE: É o documento formal e legal, incluso na proposta de adesão, em que o proponente a Segurado presta informações sobre as suas condições de saúde.

DOENÇA PREEXISTENTE: É a doença de conhecimento do Segurado e não declarada na proposta de adesão.

DOLO: É uma falta intencional para ilidir uma obrigação. Má-fé. Vontade livre e consciente por meio da qual alguém induz, mantém ou confirma outrem em erro. Vontade conscientemente dirigida com a finalidade de obter um resultado criminoso.

ESTIPULANTE: Pessoa física ou jurídica que propõe a contratação de plano coletivo, ficando investida de poderes de representação do Segurado, nos termos da legislação e regulação em vigor, sendo identificado como estipulante-instituidor quando participar, total ou parcialmente, do custeio do plano, e como estipulante-averbador quando não participar do custeio.

EVENTO COBERTO: É todo e qualquer ocorrência ou acontecimento passível de ser garantido por uma apólice de seguro.

FRANQUIA: É o período de tempo em cada Evento Coberto, contado da data de ocorrência do Sinistro, durante o qual não há cobertura pelo seguro, suportando o Segurado as suas consequências.

GRUPO SEGURADO: É o grupo segurável efetivamente aceito e incluído na apólice coletiva.

GRUPO SEGURÁVEL: É a totalidade das pessoas físicas que possuem vínculo devidamente comprovado com o Estipulante e que podem aderir a este seguro.

IMPORTÂNCIA SEGURADA: É o valor escolhido pelo Segurado, em cada uma das coberturas, para garantir seus bens. As importâncias seguradas estão indicadas na apólice e representam o limite máximo de responsabilidade da Seguradora em cada sinistro ou série de sinistros consequentes de uma mesma ocorrência.

INDENIZAÇÃO: Valor que a Seguradora deverá pagar ao Segurado ou a seus Beneficiários quando da ocorrência de um evento coberto, respeitadas as condições e os limites contratados.

INÍCIO DE VIGÊNCIA: É a data a partir da qual as coberturas de risco propostas serão garantidas pela Sociedade Seguradora.

LAUDO MÉDICO: Documento emitido por médico devidamente registrado no Conselho Regional de Medicina sobre as condições físicas e de saúde do proponente.

LIMITE MÁXIMO DE INDENIZAÇÃO: É o valor máximo da indenização contratada para cada garantia.

LIMITE TÉCNICO: É o limite de Capital Segurado que a Seguradora assumirá em cada seguro específico, o qual é determinado pela própria Seguradora.

MÉDICO ASSISTENTE: É o profissional legalmente licenciado para a prática da medicina. Não serão aceitos como Médico Assistente o próprio Segurado, seu cônjuge, seus dependentes, parentes consanguíneos ou afins, mesmo que habilitados a exercer a prática da medicina.

NOTA TÉCNICA ATUARIAL: É o documento, previamente protocolizado na SUSEP, que contém a descrição e o equacionamento técnico do plano.

PRÊMIO: É a soma em dinheiro paga pelo Segurado à Seguradora para que esta assuma a responsabilidade dos riscos contratados na apólice.

PROPONENTE: É a pessoa que propõe sua adesão à apólice e que passará à condição de Segurado somente após sua aceitação pela Seguradora, com o devido pagamento do prêmio correspondente.

PROPOSTA DE ADESÃO: Documento com declaração dos elementos essenciais do interesse a ser garantido e do risco em que o proponente, pessoa física, expressa a intenção de aderir à contratação coletiva, manifestando pleno conhecimento das condições contratuais.

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.

RISCOS EXCLUÍDOS: São aqueles riscos, previstos nas Condições Gerais e/ou Especiais, que não serão cobertos pelo seguro.

SEGURADO: É a pessoa física com idade dentro do critério de faixa-etária especificada no Contrato, quando do protocolo da Proposta de Adesão na Seguradora, que tenha contraído dívida com o Estipulante, habilitada a ser incluída na apólice de seguro.

SEGURADORA: É a USEBENS SEGUROS S/A., Empresa autorizada pela Susep a funcionar no Brasil e que, recebendo o prêmio, assume os riscos descritos no contrato de seguro.

SINISTRO: É a ocorrência do evento previsto e coberto pelo contrato de seguro.

VIGÊNCIA: É o prazo de duração do seguro contratado.

1. Objetivo do Seguro

1.1. O Seguro de Vida Prestamista tem por objetivo garantir a amortização de eventual dívida contraída pelo Segurado, junto ao Estipulante, limitado ao valor do Capital Segurado, caso venha a ocorrer um dos eventos cobertos previstos pelas coberturas contratadas, exceto se decorrentes de riscos excluídos, desde que respeitadas as condições contratuais.

2. Cobertura do Seguro

2.1. As Coberturas dividem-se em: Cobertura Básica e Coberturas Adicionais.

2.1.1. É considerada Cobertura Básica, podendo ser contratada isoladamente, independentemente de quaisquer das Coberturas Adicionais:

a) Morte natural ou acidental, observando-se os Riscos Excluídos discriminados na Cláusula 3.

2.1.2. São consideradas Coberturas Adicionais:

a) Morte Acidental;

b) Invalidez Permanente Total por Acidente;

c) Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente;

d) Invalidez Funcional Permanente Total por Doença;

e) Renda por Perda de Emprego;

f) Renda por Incapacidade Temporária por Doença ou Acidente;

g) Diária de Internação Hospitalar por Doença ou Acidente;

h) Diária de Internação Hospitalar por Acidente;

i) Despesas Médicas Hospitalares e Odontológicas por Acidente;

j) Diária de Incapacidade Temporária por Doença ou Acidente;

- l) Diária de Incapacidade Temporária por Acidente;**
- m) Cesta Básica em caso de Morte;**
- n) Cesta Básica em caso de Morte Acidental;**
- o) Cesta Básica em caso de Invalidez Permanente Total por Acidente;**
- p) Auxílio Funeral em caso de Morte;**
- q) Auxílio Funeral em caso de Morte Acidental.**

2.2. As Coberturas contratadas estarão especificadas no Contrato.

2.3. Cada Cobertura Adicional estará vinculada às respectivas Condições Especiais.

2.4. É obrigatória a contratação da Cobertura Básica para que seja possível a contratação de quaisquer das Coberturas Adicionais do item 2.1.2.

2.5. Condições para concessão das coberturas adicionais:

- a) As Coberturas Adicionais só poderão ser concedidas para a totalidade do grupo segurado;**
- b) Não são cumulativas as indenizações da Cobertura Básica e das Coberturas Adicionais.**

2.6. A indenização por morte natural ou morte acidental consiste no pagamento do Capital Segurado relativo à Cobertura Básica, de uma só vez, ao(s) Beneficiário(s) indicado(s) na proposta de adesão, após a morte do Segurado, desde que decorrente de evento coberto ocorrido após o início de vigência e dentro do período de cobertura do seguro.

2.7. CARÊNCIA: Não haverá prazo de carência para sinistros decorrentes de acidentes pessoais.

2.7.1. O limite máximo que um plano de seguro poderá estabelecer como prazo de carência será de dois anos, entretanto, o tal prazo não poderá exceder metade do prazo total de vigência do contrato.

2.8. FRANQUIA: Quando existente, estará descrita nas Condições Especiais de cada cobertura.

3. Riscos Excluídos

3.1 Estão excluídos de cobertura deste seguro os eventos ocorridos em consequência:

a) do uso de material nuclear para quaisquer fins, incluindo a explosão nuclear provocada ou não, bem como a contaminação radioativa ou exposição a radiações nucleares ou ionizantes;

b) de atos ou operações de guerra, declarada ou não, de terrorismo, de guerra química ou bacteriológica, de guerra civil, de guerrilha, de revolução, agitação, motim, revolta, sedição, sublevação ou outras perturbações de ordem pública e delas decorrentes. Esta exclusão não poderá ser aplicada para os casos em que o Segurado estiver no exercício da prestação de serviço militar ou de atos de humanidade em auxílio de outrem;

c) de doenças preexistentes à contratação do seguro, de conhecimento do Segurado e não declaradas na proposta de adesão;

d) de epidemias e pandemias declaradas por órgão competente;

e) de doação e transplante intervivos;

f) de lesão premeditada auto-infligida, suicídio ou tentativa de suicídio cometidos dentro dos primeiros 24 meses de vigência do seguro;

g) inundação, furacão, erupção vulcânica, tempestade, terremoto, movimento sísmico ou movimentos de terra em geral e qualquer outro fenômeno atmosférico, meteorológico, sísmico ou geológico de caráter extraordinário;

h) atos ilícitos praticados pelo Segurado, pelo Beneficiário ou pelo representante legal de um ou de outro;

i) atos ilícitos dolosos praticados por seus sócios controladores, dirigentes e administradores, pelos beneficiários, e pelos respectivos representantes, no caso de seguro contratado por pessoas jurídicas.

j) participação do Segurado em desafios e brigas, exceto nos casos de legítima defesa ou estado de necessidade.

3.2 Além dos riscos excluídos nas alíneas do item anterior, estão expressamente excluídos das coberturas de Morte Acidental, Invalidez Permanente Total por Acidente e de Invalidez Permanente Total por Parcial por Acidente os eventos e/ou acidentes decorrentes de:

a) qualquer tipo de hérnia e suas consequências, exceto quando diretamente decorrente de um acidente pessoal;

b) parto ou aborto e suas consequências, exceto quando diretamente decorrentes de um acidente pessoal;

c) as perturbações e intoxicações alimentares de qualquer espécie, bem como as intoxicações decorrentes da ação de produtos químicos ou medicamentos, salvo quando prescritos por médico, em decorrência de acidente coberto;

d) os envenenamentos, não acidentais, ou seja, aqueles intencionalmente provocados pelo próprio Segurado, por absorção de substâncias tóxicas, produtos químicos ou medicamentos, cometidos dentro dos primeiros 24 meses de vigência do seguro ou da sua recondução depois de suspenso;

e) quaisquer perturbações mentais, salvo a alienação mental total e incurável, decorrente de acidente coberto;

f) quaisquer doenças desencadeadas ou agravadas pelo acidente, bem como as doenças infecciosas e parasitárias transmitidas por picadas de insetos;

g) acidentes médicos;

h) tratamento de exame clínico, cirúrgico ou medicamentoso não exigido diretamente pelo Segurado;

i) choque anafilático e suas consequências, exceto quando diretamente decorrente de um acidente pessoal;

j) perda de dentes e danos estéticos;

k) perda, redução, impotência permanente total de um membro ou órgão cuja lesão e/ou quando o acidente tiver ocorrido em datas anteriores à data da contratação do Seguro.

3.3 Também ficam excluídos os acidentes e/ou eventos ocorridos em consequência:

a) de competições ILEGAIS em aeronaves, embarcações e veículos a motor, inclusive treinos preparatórios. Esta exclusão não poderá ser aplicada para os casos em que o Segurado estiver no exercício de prática de esportes ou quando provier de utilização de meio de transporte mais arriscado;

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

c) de quaisquer acidentes citados no subitem 3.1, alíneas "a" e "b";

d) de ato reconhecidamente perigoso que não seja motivado por necessidade justificada, salvo se a morte ou incapacidade do Segurado provier de meio de transporte mais arriscado, da prestação de serviço militar, da prática de esporte ou de atos de humanidade em auxílio do outrem;

e) quaisquer consequências decorrentes de atos ilícitos dolosos praticados pelo Segurado, pelo Beneficiário ou pelo representante de um ou de outro;

f) do Segurado dirigir veículo automotor, ou qualquer outro tipo de veículo e/ou equipamento que requeiram aptidão, sem que possua habilitação legal e apropriada.

3.4. Estão também excluídos das coberturas deste seguro, quaisquer pagamentos, mesmo em consequência de evento coberto, decorrentes de:

a) danos morais e estéticos: pela natureza compensatória, não se encontram cobertos pela presente apólice as indenizações por DANOS MORAIS E ESTÉTICOS, decorrentes de qualquer evento coberto por este contrato, no qual esteja o Segurado obrigado a pagar, sejam elas provenientes de ação judicial ou extrajudicial, bem como nos casos de acordo amigável.

Dano estético é todo e qualquer dano físico/corporal causado a pessoas que embora não acarretando sequelas que interfiram no funcionamento do organismo, impliquem em redução ou eliminação dos padrões de beleza ou estética.

Dano moral é toda e qualquer ofensa ou violação que mesmo sem ferir ou causar estragos aos bens patrimoniais de uma pessoa, ofenda aos seus princípios e valores de ordem moral, tais como os que se referem à sua honra, aos seus sentimentos, à sua dignidade e/ou à sua família, sendo em contraposição ao patrimônio material, tudo aquilo que não seja suscetível de valor econômico, ficando a cargo do juiz no processo o reconhecimento da existência de tal dano bem como a fixação de sua extensão e eventual reparação, devendo ser sempre caracterizado como uma punição que se direciona especificamente contra o efetivo causador dos danos.

b) lucros cessantes resultantes da paralisação, temporária ou definitiva, das atividades profissionais do Segurado em virtude da ocorrência de qualquer risco coberto e indenizável.

c) perdas e danos decorrentes, direta ou indiretamente, de qualquer evento, mesmo quando coberto pela apólice.

3.5. EXCLUSÃO PARA ATOS TERRORISTAS: Não estarão cobertos os danos e as perdas causados direta ou indiretamente por ato terrorista, cabendo à Seguradora comprová-lo por meio de documentação hábil, acompanhada de laudo circunstanciado que caracterize a natureza do atentado, independentemente de seu propósito.

3.6. Sem prejuízo das exclusões anteriores, também estão excluídos quaisquer tipos de eventos decorrentes de agravamento de risco ocasionados intencionalmente pelo Segurado, conforme disposto no Código Civil.

4. Contratação do Seguro

4.1. Considera-se contratado o Seguro quando a Proposta de Contratação, devidamente preenchida e assinada sob carimbo, pelo Estipulante, for aceita pela Seguradora, momento em que esta emite a respectiva apólice de seguro.

4.2. É obrigatória a apresentação de Proposta de Adesão para análise e aceitação de inclusão de novos Segurados, bem como alterações de capitais e inclusão de Coberturas Adicionais.

4.3. O Estipulante deverá encaminhar mensalmente o Movimento de Faturas, para atualização dos Segurados e seus respectivos capitais.

5. Condições de Aceitação

5.1. Para que haja a aceitação dos Proponentes seguráveis por parte da Seguradora, será necessário:

- a) o preenchimento e a assinatura, pelo Proponente, da Proposta de Adesão e da Declaração Pessoal de Saúde, que conterà, obrigatoriamente, cláusula na qual o Proponente declara ter conhecimento prévio da íntegra das Condições Gerais do Seguro;
- b) a comprovação do vínculo do Proponente com o Estipulante, sempre se observando os limites de idade previstos no Contrato e as boas condições de saúde para ingresso.

5.1.1. Os Proponentes que estiverem afastados na época da contratação deste Seguro só poderão participar quando do retorno às suas atividades profissionais.

5.2. A Sociedade Seguradora terá prazo de 15 (quinze) dias para manifestar-se sobre a proposta de adesão, contados a partir da data de seu recebimento, seja para seguros novos ou renovações, bem como para alterações que impliquem modificação do risco.

5.3. Caso o proponente do Seguro seja pessoa física, a solicitação de documentos complementares, para análise e aceitação do risco ou da alteração proposta, poderá ser feita apenas uma vez, durante o prazo de 15 (quinze) dias.

5.3.1. Se o proponente for pessoa jurídica, a solicitação de documentos complementares, poderá ocorrer mais de uma vez, durante o prazo previsto no item 5.3 acima, desde que a Sociedade Seguradora indique os fundamentos do pedido de novos elementos, para avaliação da proposta ou taxação do risco.

5.3.2. No caso de solicitação de documentos complementares, para análise e aceitação do risco ou da alteração proposta, conforme disposto nos itens acima, o prazo de 15 (quinze) dias previsto no item 5.3 ficará suspenso, voltando a correr a partir da data em que se der a entrega da documentação.

5.3.3. Ficará a critério da Sociedade Seguradora a decisão de informar ou não, por escrito, ao proponente, ao seu representante legal ou corretor de seguros, sobre a aceitação da proposta, devendo, no entanto, obrigatoriamente, proceder à comunicação formal, no caso de sua não aceitação, justificando a recusa.

5.4. A ausência de manifestação, por escrito, da Sociedade Seguradora, nos prazos previstos, caracterizará aceitação tácita da proposta.

5.5. A data de aceitação da proposta será:

5.5.1. Aquela em que a Sociedade Seguradora se manifestar expressamente, observados os prazos previstos no item 5.3;

5.5.2. A de término dos prazos previstos no item 5.3, em caso de ausência de manifestação formal, por parte da Sociedade Seguradora.

5.6. Após a aceitação do risco, a Sociedade Seguradora fica obrigada a emitir e enviar ao Segurado o certificado individual, no início do contrato e em cada uma das renovações subsequentes.

5.7. A emissão do certificado/endorosso será feita em até 15 (quinze) dias, a partir da data de aceitação da proposta, com a indicação das coberturas contratadas, do início de vigência, do período de cobertura e das demais condições pertinentes ao seu Seguro.

5.8. Em caso de recusa do risco, em que tenha havido adiantamento de valor para futuro pagamento parcial ou total de prêmio, a cobertura será garantida até ser restituído ao proponente, no prazo máximo de 10 (dez) dias corridos, integralmente ou deduzido o período coberto, o prêmio pago à Sociedade Seguradora.

5.9. Avaliação da Taxa: A Seguradora efetuará avaliações da taxa utilizada para o cálculo do prêmio, a fim de corrigir possíveis desvios entre a taxa aplicada e a taxa real calculada com base nos sinistros verificados no decorrer de vigência da apólice. Havendo necessidade de ajustes e, preservados os direitos do Segurado, a taxa reajustada será aplicada a partir do próximo aniversário anual de cada apólice em vigor nesta Seguradora, desde que comunicada mediante aviso prévio de, no mínimo, 60 (sessenta) dias que antecedem o final da vigência da apólice contratada pelo Segurado.

5.9.1. Na aplicação do disposto acima, será necessária a anuência expressa de Segurados que representem, no mínimo, três quartos do grupo segurado, quando esta alteração implicar em ônus ou dever para os segurados ou a redução de seus direitos.

6. Capital Segurado

6.1. Para fins deste seguro, serão oferecidas as seguintes opções de capitais segurados:

6.1.1. Capital Segurado - Valor do Bem

Referido capital será igual ao valor total da dívida inicial, sendo que o valor da dívida relativo ao período a vencer (saldo devedor) será pago ao Estipulante e o valor do período decorrido e já quitado pelo Segurado será pago ao próprio Segurado ou à(s) pessoa(s) física(s) designada(s) como seu(s) Beneficiário(s) na Proposta de Adesão, conforme o caso.

6.1.2. Capital Segurado - Saldo Devedor

Este capital será pago ao Estipulante pelo valor da dívida a vencer na época da ocorrência do evento.

6.2. Recálculo do Capital Segurado:

6.2.1. Quando o capital segurado for constituído pelo valor do bem, seu valor será atualizado anualmente, no aniversário da Apólice, de acordo com o índice previsto no item 15.1 destas Condições Gerais.

6.2.2. Quando o capital segurado for constituído pelo saldo devedor, o prêmio será previamente definido sem a necessidade de recálculo futuro, baseado no capital segurado médio do período de cobertura.

6.3. Para efeito de determinação do capital segurado, considera-se como data do sinistro, para a cobertura de morte, a data do falecimento.

6.4. O capital segurado máximo individual para este seguro estará determinado no contrato de Seguro.

7. Pagamento dos Prêmios

7.1. O custeio do Seguro pode ser:

- a) Não contributivo, em que os Segurados não pagam prêmio;
- b) Contributivo, em que os Segurados pagam o prêmio total ou parcialmente.

7.2. A periodicidade de pagamento do prêmio será definida no Certificado Individual do Seguro, podendo se dar de forma única, mensal ou anual, sendo de responsabilidade do Estipulante o repasse do prêmio recolhido dos Segurados à Sociedade Seguradora.

7.3. O Estipulante não representa a Seguradora perante o grupo segurado, sendo o único responsável, para com a Seguradora, pelo cumprimento de todas as obrigações contratuais, inclusive a cobrança e pagamento dos prêmios nos prazos contratuais, das respectivas faturas e Notas de Seguro emitidas pela Seguradora para quitação através da rede bancária.

7.4. É vedado ao Estipulante recolher dos Segurados, a título de prêmio do seguro, qualquer valor além daquele fixado pela Seguradora e a ela devido.

7.4.1 Caso o Estipulante receba, juntamente com o prêmio, qualquer quantia que lhe for devida, seja a que título for, fica obrigado a destacar no documento utilizado para a cobrança o valor do prêmio de cada Segurado.

7.5. É vedada a cobrança de qualquer taxa de inscrição ou intermediação.

7.6. O pagamento do prêmio até a data de seu vencimento manterá o seguro em vigor até o último dia do período de cobertura a que o pagamento se refere.

7.7. Quando a data limite para pagamento dos prêmios cair em dia que não haja expediente bancário, o pagamento do prêmio poderá ser efetuado no 1º dia útil, posterior ao vencimento, em que houver expediente bancário.

7.8. Na cobrança do prêmio, mediante fatura, a Seguradora providenciará para que cada Estipulante receba sua fatura até 15 (quinze) dias antes da data do vencimento.

7.8.1. O Estipulante que não tiver recebido a nova fatura até 30 (trinta) dias após o vencimento da última fatura, deverá efetuar o pagamento do prêmio mediante depósito na conta indicada na fatura ou através de ordem de pagamento tomada na rede bancária, com indicação do número da apólice, em ambas as hipóteses.

7.9. Fica estipulado que os Segurados que entrarem em gozo de algum benefício, ou se afastarem de suas atividades profissionais, deverão continuar com o recolhimento do prêmio do seguro relativo apenas às coberturas dos demais riscos contratados.

7.10. Caso haja a ocorrência de algum sinistro dentro do prazo de pagamento do prêmio, sem que o mesmo tenha sido efetuado, o direito à indenização não estará prejudicado.

7.11. O não repasse dos prêmios por parte do Estipulante à Sociedade Seguradora no prazo estabelecido, desde que não caracterizada a inadimplência do Segurado, não consistirá em motivo para o cancelamento do seguro individual, ficando o Estipulante sujeito às cominações legais.

7.12. Caso a dívida contraída pelo Segurado perante o Estipulante seja liquidada antes da data de vencimento originalmente pactuada, será feita a devolução proporcional do seguro pago, correspondente ao período entre a data da liquidação da dívida e o período restante para o término da vigência do risco individual.

7.13 Qualquer pagamento em atraso dentro do prazo de 90 (noventa) dias do vencimento será efetuado pelo valor do prêmio vencido, acrescido de juros de mora à taxa de 1% (um por cento) ao mês, calculada em base *pro rata dia* da data de vencimento até a data do efetivo pagamento. Adicionalmente, incidirá atualização monetária sobre o valor do prêmio não pago, de acordo com o disposto no item 15.1 destas Condições Gerais.

7.13.1. No caso da ocorrência de Sinistro durante o período de 90 (noventa) dias de atraso no pagamento dos prêmios, a indenização será paga, nos termos destas Condições Gerais, descontados do respectivo valor os valores dos prêmios em atraso, acrescidos de juros e atualização monetária, na forma prevista no subitem 7.13.

7.13.2. Transcorridos 90 (noventa) dias do vencimento do prêmio devido e não pago, este seguro será cancelado, na forma da Cláusula 11, sem que seja devida ao Segurado ou ao seu Beneficiário ou, ainda, ao Estipulante, qualquer indenização proporcional relativa a Sinistro ocorrido após o cancelamento do Seguro ou a devolução de prêmios já pagos.

7.14. Este seguro está estruturado no regime financeiro de repartição simples, razão pela qual não haverá devolução ou resgate de prêmios ao Segurado, ao Beneficiário ou ao Estipulante.

8. Vigência do Risco Individual

8.1. O seguro individual permanecerá em vigor pelo prazo do compromisso assumido pelo Segurado perante o Estipulante, sendo que o início e o término da vigência se dará às 24 (vinte e quatro) horas das datas indicadas no contrato firmado entre o Segurado e o Estipulante, desde que considerado aceito o risco pela Seguradora.

8.2. Os contratos de seguro cujas propostas tenham sido recepcionadas sem o pagamento do prêmio, o início de vigência da cobertura se dará a partir da data de aceitação da proposta de adesão pela Seguradora ou com data distinta, desde que expressamente acordada entre as partes.

8.3. 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 Sociedade Seguradora.

8.4. Respeitado o período correspondente ao prêmio pago, a cobertura de cada Segurado cessa automaticamente no final do prazo de vigência da apólice, caso esta não seja renovada.

8.5. O final de vigência especificado no certificado individual não poderá, em qualquer hipótese, ultrapassar a vigência da respectiva apólice.

9. Vigência e Renovação Do Seguro

9.1. A vigência do seguro será de até 05 (cinco) anos, sendo facultada a contratação por período diferente (dias, meses ou anos). As apólices/certificados/endossos terão seu início e término de vigência às 24 (vinte e quatro) horas das datas para tal fim neles indicadas.

9.1.1. A renovação do seguro poderá ocorrer de forma automática uma única vez, nos termos da Lei, desde que não haja desistência expressa do Estipulante até 60 (sessenta) dias antes de seu vencimento.

9.1.2. A partir da segunda renovação, esta somente poderá ser feita de forma expressa, quantas vezes se fizer necessário, servindo-se o Estipulante de meio que demonstre sua vontade em renovar o seguro, e desde que tal renovação não implique em ônus ou dever para o Segurado ou redução de seus direitos.

9.2. Nos casos de recebimento da Proposta de Contratação com adiantamento de valor para futuro pagamento parcial ou total do prêmio, o início vigência da apólice será a partir das 24 (vinte e quatro) horas do dia da recepção da Proposta de Contratação pela Seguradora.

9.2.1. Nos casos de recebimento da Proposta de Contratação sem pagamento do prêmio, o início de vigência da apólice deverá coincidir com a data de aceitação da Proposta ou com data distinta, desde que expressamente acordado entre as partes.

9.3. Na renovação deste seguro, qualquer alteração na apólice coletiva que implique ônus ou dever aos Segurados ou a redução de seus direitos, dependerá da anuência prévia e expressa de $\frac{3}{4}$ do Grupo Segurado.

9.4. Este seguro é por prazo determinado, tendo a Sociedade Seguradora a faculdade de não renovar a apólice na data do vencimento, sem devolução dos prêmios pagos, nos termos da apólice.

9.5. Caso a Sociedade Seguradora não tenha interesse em renovar a apólice, irá comunicar aos Segurados e ao Estipulante, mediante aviso prévio de, no mínimo, 60 (sessenta) dias do final da vigência da apólice.

9.6. Em cada renovação será emitida um endosso de renovação pela Seguradora.

10. Cessação da Cobertura do Seguro

10.1. Se, após a data estabelecida para pagamento do prêmio, este não tiver sido quitado, decorrido o prazo de 90 (noventa) dias estabelecidos no item 7.13 e seguintes, as coberturas deste Seguro serão canceladas a partir do último dia de vigência do período de cobertura a que se referir o último prêmio pago, ficando o Segurado e seus Beneficiários sem direito a receber indenização referente a qualquer cobertura contratada no caso de sinistro ocorrido a partir deste período em que não houve quitação do prêmio.

10.2. A cobertura de cada Segurado cessa pela ocorrência da morte ou da invalidez permanente do Segurado, do esgotamento do Capital Segurado, ou seja, pelo pagamento integral da indenização, ou no final do prazo de vigência da apólice, se esta não for renovada, ressaltando-se, em qualquer caso, que se dá automaticamente o cancelamento do seguro, sem restituição dos prêmios, ficando a Seguradora isenta de qualquer responsabilidade, principalmente se o Segurado, seus prepostos ou Beneficiários agirem com dolo, fraude, simulação ou culpa grave na contratação do seguro ou ainda para obter ou majorar a indenização.

10.3. Respeitando-se o período correspondente ao prêmio pago, a cobertura do Segurado cessa, ainda, quando este solicitar sua exclusão da apólice ou quando deixar de contribuir com o prêmio.

11. Cancelamento do Seguro

11.1. Decorrido o prazo de inadimplência estabelecido no item 7.13, caso, não seja efetuado o pagamento dos prêmios, o seguro fica automaticamente cancelado, não produzindo efeitos, direitos ou obrigações, desde a data de inadimplência, não cabendo qualquer restituição de prêmios anteriormente pagos, independente de notificação e/ou interpelação judicial ou extrajudicial.

11.1.1 Se o Estipulante deixar de repassar à Seguradora, no prazo devido, os prêmios recolhidos dos Segurados, estes não serão prejudicados no direito à cobertura do seguro, respondendo a Seguradora, até o cancelamento da apólice, pelo pagamento das indenizações devidas, ficando o Estipulante sujeito às cominações legais.

11.2. Haverá ainda a possibilidade de cancelamento por mútuo consentimento das partes contratantes, mediante aviso prévio de 60 (sessenta) dias, bem como a anuência prévia e expressa dos segurados que representem, no mínimo, $\frac{3}{4}$ (três quartos) do Grupo Segurado.

11.2.1. No caso do subitem supra, a Seguradora poderá reter o prêmio recebido, além dos emolumentos, a parte proporcional ao tempo decorrido.

11.3. O seguro se extingue pela ocorrência da Morte, Invalidez Permanente Total por Acidente ou Invalidez Funcional Permanente Total por Doença do Segurado.

11.4. Respeitado o período correspondente ao prêmio pago, extingue-se automaticamente a cobertura do seguro, nas seguintes situações:

- a) no final do prazo de vigência;
- b) com o esgotamento do Capital Segurado, ou seja, com o pagamento integral da indenização;
- c) se este não for renovado;
- d) quando o Segurado solicitar sua exclusão da apólice.

11.4.1. Em qualquer das situações acima se dá automaticamente a extinção do Contrato de Seguro sem restituição dos prêmios, ressalvado o disposto na alínea “d”, caso em que será realizada a devolução proporcional do seguro pago, correspondente ao período entre a data da solicitação de exclusão e o período restante para o término da vigência do risco individual.

11.5 As apólices não poderão ser canceladas durante a vigência pela Sociedade Seguradora sob alegação de alteração na natureza dos riscos.

11.6. Fica ainda a Seguradora isenta de qualquer responsabilidade e o contrato automaticamente cancelado, se o Segurado, seus prepostos ou Beneficiários agirem com dolo, fraude, simulação ou culpa grave, bem como qualquer conduta que tenha por fim a obtenção de vantagem indevida quando da contratação do seguro, durante o período de vigência e na liquidação de eventual sinistro.

12. Alteração do Contrato de Seguro

12.1. Nenhuma alteração neste contrato será válida se não for feita através de documento escrito, mediante a emissão do respectivo endosso, com a concordância das partes contratantes, cabendo salientar que qualquer pedido de alteração será submetido às mesmas regras utilizadas para a aceitação do seguro.

12.1.1. Qualquer modificação da apólice em vigor que implique em ônus ou dever para os Segurados ou a redução de seus direitos dependerá da anuência expressa de Segurados que representem, no mínimo, 3/4 (três quartos) do grupo segurado.

13. Ocorrência do Sinistro

13.1. Ocorrendo o sinistro coberto pelo Seguro deverá ser ele comunicado imediatamente pelo Estipulante, no formulário “AVISO DE SINISTRO”, ou em carta registrada ou telegrama dirigido à Seguradora.

13.2. Na comunicação, por carta ou telegrama, deverão constar: data, hora, local e causa do sinistro.

13.3. A comunicação feita por carta ou telegrama não exonera o Segurado, seu representante ou seus Beneficiários, da obrigação de apresentar o formulário “AVISO DE SINISTRO”.

13.4. O aviso de sinistro deverá ser acompanhado, conforme a natureza do evento, dos documentos básicos abaixo relacionados:

13.5. Em Caso de Morte Natural do Segurado:

- a) “Aviso de Sinistro” preenchido e assinado pelo Estipulante e Médico Assistente do Segurado;
- b) cópia autenticada da Certidão de Óbito;
- c) cópia autenticada do RG ou outro documento de identificação, CPF e comprovante de residência do Segurado;
- d) cópia autenticada e atualizada (extraída após o óbito) da Certidão de Casamento do Segurado;
- e) cópia dos comprovantes de pagamento;
- f) documento oficial informando o valor do bem e saldo devedor (original);
- g) cópia autenticada do cartão do CNPJ do Estipulante;
- h) cópia autenticada do Estatuto/Contrato Social e respectivas alterações;
- i) cópias autenticadas dos CPF’s dos administradores constantes no referido Estatuto/Contrato Social;
- j) Autorização para crédito em conta, no caso de eventual pagamento.

13.5.1. Na hipótese de subsistir saldo remanescente, além dos documentos supramencionados, em havendo Beneficiário expressamente indicado pelo Segurado, nos termos da Cláusula 21 destas Condições Gerais, deverão ser apresentados os que seguem:

- a) cópia autenticada do RG ou outro documento de identificação, CPF, comprovante de residência e certidão de nascimento/certidão de casamento do Beneficiário.

13.5.2. Na hipótese de subsistir saldo remanescente, além dos documentos supramencionados, para o caso de inexistência de Beneficiário expressamente indicado pelo Segurado, nos termos da Cláusula 21 destas Condições Gerais, deverão ser apresentados os que seguem:

- a) declaração de Únicos Herdeiros;

b) cópia autenticada de declaração do INSS informando quem são os dependentes do Segurado na Previdência Social;

c) caso o(s) Beneficiário(s) seja(m) filho(s), cópias autenticadas da certidão de nascimento/certidão de casamento do(s) mesmo(s), bem como RG, CPF e comprovante de residência.

OBS: Caso o(a) Segurado(a) tenha companheira(o) reconhecida(o) no Órgão Previdenciário, deverá ser enviado o respectivo documento que comprove tal vínculo marital e Escritura Pública de Declaração informando quanto tempo a(o) companheira(o) conviveu maritalmente com o(a) Segurado(a) e se essa união perdurou até o falecimento do(a) mesmo(a).

13.6. Em caso de Morte Acidental do Segurado:

a) "Aviso de Sinistro" preenchido e assinado pelo Estipulante;

b) cópia autenticada da Certidão de Óbito;

c) cópia autenticada do RG ou outro documento de identificação, CPF e comprovante de residência do Segurado;

d) cópia autenticada e atualizada (extraída após o óbito) da Certidão de Casamento do Segurado;

e) Boletim de Ocorrência Policial, se for o caso;

f) Laudo Conclusivo de Exame Necroscópico elaborado pelo IML;

g) Carteira Nacional de Habilitação do falecido quando se tratar de acidente automobilístico, em que o mesmo tenha sido condutor do veículo (cópia autenticada);

h) cópia dos comprovantes de pagamento;

i) documento oficial informando o valor do bem e saldo devedor (original);

j) cópia autenticada do cartão do CNPJ do Estipulante;

k) cópia autenticada do Estatuto/Contrato Social e respectivas alterações;

l) cópias autenticadas dos CPF's dos administradores constantes no referido Estatuto/Contrato Social;

m) Autorização para crédito em conta, no caso de eventual pagamento.

13.6.1. Na hipótese de subsistir saldo remanescente, além dos documentos supramencionados, em havendo Beneficiário expressamente indicado pelo Segurado, nos termos da Cláusula 21 destas Condições Gerais, deverão ser apresentados os que seguem:

a) cópia autenticada do RG ou outro documento de identificação, CPF, comprovante de residência e certidão de nascimento/certidão de casamento do Beneficiário.

13.6.2. Na hipótese de subsistir saldo remanescente, além dos documentos supramencionados, para o caso de inexistência de Beneficiário expressamente indicado pelo Segurado, nos termos da Cláusula 21 destas Condições Gerais, deverão ser apresentados os que seguem:

- a) declaração de Únicos Herdeiros;**
- b) cópia autenticada de declaração do INSS informando quem são os dependentes do Segurado/Prestamista na Previdência Social; e**
- c) caso o(s) Beneficiário(s) seja(m) filho(s), cópias autenticadas da certidão de nascimento/certidão de casamento do(s) mesmo(s), bem como RG, CPF e comprovante de residência.**

OBS: Caso o(a) Segurado(a) tenha companheira(o) reconhecida(o) no Órgão Previdenciário, deverá ser enviado o respectivo documento que comprove tal vínculo marital e Escritura Pública de Declaração informando quanto tempo a(o) companheira(o) conviveu maritalmente com o(a) Segurado(a) e se essa união perdurou até o falecimento do(a) mesmo(a).

13.7. Para todas as coberturas contratadas, os documentos pessoais deverão ser apresentados em cópias autenticadas, exceto Aviso de Sinistro e comprovantes de despesas, os quais deverão ser apresentados em via original.

13.8. O prazo máximo, após a entrega da documentação básica listada nos subitens 13.5 e 13.6, bem como nas Condições Especiais, para a liquidação do sinistro será de 30 (trinta) dias.

13.9. As documentações anteriormente mencionadas não são taxativas, podendo a Seguradora, em caso de dúvida fundada e justificável, solicitar outras complementares para análise e elucidação do sinistro, tais como documentos médicos, atestados de autoridades administrativas ou processos relacionados com o evento, sendo que o prazo para liquidação de que trata o item anterior ficará suspenso até a data da entrega dos documentos complementares solicitados e, sua a contagem voltará a correr a partir do dia útil subsequente àquele em que forem completamente atendidas as exigências.

13.9.1. A tramitação de Inquérito Policial não será causa para indeferimento do pagamento de indenização.

13.10. Sob pena de perder o direito à indenização, o Estipulante comunicará a ocorrência de sinistro à Seguradora, logo que saiba, e tomará as providências imediatas para minorar-lhe as conseqüências.

13.11. Nos casos de cobertura internacional, em que haja reembolso de despesas efetuadas no exterior, os eventuais encargos de tradução ficarão totalmente a cargo da Seguradora.

14. Pagamento do Capital Segurado

14.1. Para recebimento da indenização, deverá ser plenamente provada a ocorrência do evento coberto, bem como todas as circunstâncias a ele relacionadas, sendo facultado à Seguradora quaisquer medidas tendentes à elucidação do sinistro.

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

14.3. As indenizações por morte natural e acidental, por invalidez, por despesas médicas hospitalares e odontológicas, cesta básica e auxílio funeral serão pagas integralmente, de uma única vez. Para as coberturas de Renda por Perda de Emprego e Renda por Incapacidade Temporária por Doença ou Acidente, o pagamento do capital segurado será concedido na forma de renda mensal, desde que o Segurado permaneça na condição de desempregado ou de incapacitado durante toda a percepção do recebimento do capital segurado. Para as Coberturas de Diária de Internação Hospitalar e Diária de Incapacidade Temporária, a indenização será paga na forma de diária ou de uma única vez.

14.4. Se o pagamento da indenização devida ocorrer após o prazo de 30 (trinta) dias estipulado para a liquidação do sinistro, contados da entrega da documentação constante nos subitens 13.5 e 13.6, bem como das Condições Especiais das coberturas adicionais contratadas, aplicar-se-á, a partir da data do sinistro, correção monetária pelo IPCA/IBGE (Índice de Preços ao Consumidor Amplo do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística) ou, na falta deste, pelo IPC/FIPE (Índice de Preços ao Consumidor da Fundação Instituto de Pesquisas Econômicas), considerando-se a variação apurada entre o último índice publicado antes da data da exigibilidade da obrigação pecuniária e aquele

publicado imediatamente anterior à data de sua efetiva liquidação, acrescida da aplicação de juros moratórios de 1% (um por cento) ao mês, contados a partir do primeiro dia posterior ao término do prazo fixado nestas condições gerais.

15. Atualização das Obrigações Pecuniárias

15.1. Os valores devidos a título de indenização ou de devolução de prêmios sujeitam-se à atualização monetária pela variação do índice de preços ao consumidor amplo/fundação instituto brasileiro de geografia e estatística (IPCA/IBGE), a partir da data em que se tornarem exigíveis, na hipótese de não cumprimento do prazo para o pagamento.

15.1.1. No caso de cancelamento do contrato, os valores de que trata o subitem 15.1 acima, serão exigíveis a partir da data de recebimento da solicitação de cancelamento ou da data do efetivo cancelamento, se o mesmo ocorrer por iniciativa da Seguradora.

15.1.2. No caso de recebimento indevido de prêmio pela Seguradora, os valores de que trata o subitem 15.1 acima, serão exigíveis a partir da data de recebimento do prêmio.

15.1.3. Para os valores devidos a título de devolução de prêmios no caso de recusa da proposta pela Seguradora, serão exigíveis a partir da data da formalização da recusa, se ultrapassado o prazo de 10 (dez) dias.

15.2. Os valores das obrigações pecuniárias não contempladas nos subitens precedentes, desta Cláusula, sujeitam-se à atualização monetária pela variação positiva do índice estabelecido no subitem 15.1 acima, na hipótese de não cumprimento do prazo para o pagamento da respectiva obrigação pecuniária, a partir da data de exigibilidade. A critério da Seguradora a atualização poderá ser aplicada a partir da data de exigibilidade, mesmo que a obrigação tenha sido paga dentro do prazo previsto.

15.3. Para efeito do disposto no subitem 15.2 acima, considera-se como data de exigibilidade, no caso de recusa de proposta pela Seguradora, a data da formalização da recusa.

15.4. As contratações com vigência inferior a um ano não estão sujeitas à atualização monetária de prêmios e capitais segurados.

15.6. Para as coberturas de morte ou invalidez custeadas mediante pagamento único ou anual do prêmio, os capitais segurados deverão ser atualizados desde a data da última atualização do prêmio até a data e ocorrência do respectivo evento gerador.

15.7. A atualização será efetuada com base na variação apurada entre o último índice publicado antes da data da exigibilidade da obrigação pecuniária e aquele publicado imediatamente anterior à data de sua efetiva liquidação.

15.8. Na hipótese de extinção do índice estabelecido nestas Condições Gerais, deverá ser utilizado o IPC/FIPE (Índice de Preços ao Consumidor da Fundação Instituto de Pesquisas Econômicas).

15.9. O pagamento relativo 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.

16. Aplicabilidade de Mora

16.1. Os valores relativos às obrigações pecuniárias da Seguradora serão acrescidos de multa de 2% (dois por cento), quando prevista, e de juros moratórios, quando o prazo de sua liquidação superar o prazo fixado no item 14.4 destas condições gerais, respeitada a regulamentação específica, particularmente no que se refere ao limite temporal para a liquidação e faculdade de suspensão da respectiva contagem.

16.2. Os juros moratórios, contados a partir do primeiro dia posterior ao término do prazo fixado nestas condições gerais serão calculados com base na taxa de 1% (um por cento) ao mês.

17. Reintegração

17.1. O Limite Máximo de Indenização não poderá ser reintegrado em hipótese alguma, nem mesmo diante do pagamento de prêmio adicional.

18. Perda de Direito à Indenização

18.1. Fica prejudicado o direito à indenização:

- a) Se o Segurado agravar intencionalmente o risco;
- b) Se o Segurado, seu representante ou seu corretor de seguros fizerem declarações inexatas ou omitirem circunstâncias que possam influir na aceitação da Proposta de Adesão ou no valor do prêmio, além de ser obrigado ao pagamento do prêmio vencido;
- c) No caso de fraude ou tentativa de fraude simulando sinistro ou agravando suas conseqüências;
- d) Na inobservância da Lei ou das obrigações convencionadas neste seguro; e
- e) Na inobservância da cláusula 19 (Modificações de Risco) por parte do Segurado.

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

18.2.1. Na hipótese de não ocorrência de sinistro:

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

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

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

18.2.3. Na hipótese de ocorrência do sinistro, com pagamento integral do Capital Segurado, o seguro será CANCELADO, após o pagamento da indenização, deduzindo, do valor a ser indenizado, a diferença de prêmio cabível.

19. Modificação de Risco

19.1. Quaisquer alterações ocorridas durante a vigência da apólice que impliquem em circunstâncias que modifiquem a natureza dos riscos cobertos, deverão ser comunicadas à Seguradora para que se façam os devidos ajustes.

19.2. Consideram-se alterações de risco, entre outras, as seguintes ocorrências:

a) mudança de profissão do Segurado;

b) mudança de residência do Segurado para outro país.

c) prática de esportes (profissional ou amador) tais como: balonismo, asa-delta, vôo-livre, pára-quedismo, hipismo, mergulho com equipamentos de ar comprimido, esqui aquático e na neve, motociclismo, automobilismo, boxe, lutas-livres, artes marciais e demais esportes considerados de alto risco.

d) uso habitual de substâncias alcoólicas ou entorpecentes de quaisquer espécies, bem como o hábito de fumar.

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

19.3.1. Tal comunicação será submetida novamente à análise de aceitação do Risco.

19.3.2. Poderá a Seguradora, dentro dos 15 (quinze) dias seguintes ao recebimento do aviso de agravamento do risco, dar ciência, por escrito, da decisão de cancelar a cobertura contratada ou cobrar a diferença de prêmio cabível.

19.3.3. O cancelamento do seguro em razão da situação descrita no subitem acima só será eficaz 30 (trinta) dias após a notificação ao Segurado, devendo ser restituída a diferença do prêmio calculada proporcionalmente ao período a decorrer.

19.4. A não comunicação de circunstâncias que caracterizem o agravamento de risco implicará na perda ao direito da indenização do seguro, uma vez que o Segurado/Prestamista tem o dever de comunicar à Seguradora todo incidente que, de qualquer modo, possa agravar o risco.

20. Instituição e Mudança de Beneficiário

20.1. Em caso de sinistro coberto, o primeiro Beneficiário será sempre o Estipulante, até o limite do valor do saldo devedor da dívida existente na data do sinistro do Segurado.

20.2. Caso haja saldo remanescente entre a indenização realizada junto ao Estipulante e o valor do Capital Segurado, este valor será pago ao(s) segundo(s) Beneficiário(s) indicado(s) pelo Segurado, salientando que nos casos de Invalidez Permanente Total por Acidente e Invalidez Funcional Permanente Total por Doença, o próprio Segurado será o Beneficiário.

20.3. Cabe exclusivamente ao Segurado nomear ou substituir seus Beneficiários, exceto o Estipulante, através de documento escrito.

20.4. Se o Segurado não renunciar à faculdade, ou se o seguro não tiver como causa declarada a garantia de alguma obrigação, é lícita a substituição do segundo Beneficiário, por ato entre vivos ou de última vontade.

20.4.1. A Sociedade Seguradora, que não for cientificada oportunamente da substituição, desobrigar-se-á pagando o Capital Segurado ao antigo Beneficiário.

20.5. Na falta de indicação expressa de segundo Beneficiário, ou se por qualquer motivo não prevalecer a que for feita, o capital segurado será pago por metade ao cônjuge não separado judicialmente e o restante aos herdeiros do Segurado, obedecida a ordem de vocação hereditária.

20.5.1. Na falta das pessoas indicadas no subitem acima, serão segundos Beneficiários os que provarem que a morte do Segurado os privou dos meios necessários à subsistência.

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

20.7. O Beneficiário não tem direito ao capital estipulado quando o Segurado se suicida nos primeiros dois anos de vigência inicial do contrato, ou da sua recondução depois de suspenso.

21. Do Estipulante

21.1. Fica entendido e acordado que o presente seguro poderá ser estipulado conforme prevê a Resolução nº 107/2004 do Conselho Nacional de Seguros Privados, cobrindo a responsabilidade civil do segurado caracterizado na forma da cláusula 2 destas condições.

21.2. São obrigações do Estipulante:

I - Fornecer à sociedade seguradora todas as informações necessárias para a análise e aceitação do risco, previamente estabelecidas por aquela, incluindo dados cadastrais;

II - manter a sociedade seguradora informada a respeito dos dados cadastrais dos segurados, alterações na natureza do risco coberto, bem como quaisquer eventos que possam, no futuro, resultar em sinistro, de acordo com o definido contratualmente;

III - fornecer ao segurado, sempre que solicitado qualquer informações relativas ao contrato de seguro;

IV - discriminar o valor do prêmio do seguro no instrumento de cobrança, na forma estabelecida pelo art. 7º da Resolução nº 107/2004 do CNSP, quando este for de sua responsabilidade;

V - repassar os prêmios à sociedade seguradora, nos prazos estabelecidos contratualmente;

VI - repassar aos segurados todas as comunicações ou avisos inerentes à apólice, quando for diretamente responsável pela sua administração;

VII - discriminar a razão social e, se for o caso, o nome fantasia da sociedade seguradora responsável pelo risco, nos documentos e comunicações referentes ao seguro, emitidos para o Segurado;

VIII - comunicar, de imediato, à sociedade seguradora, a ocorrência de qualquer sinistro, ou expectativa de sinistro, referente ao grupo que representa, assim que deles tiver conhecimento, quando esta comunicação estiver sob sua responsabilidade;

IX - dar ciência aos segurados dos procedimentos e prazos estipulados para a liquidação de sinistros;

X - comunicar, de imediato, à SUSEP, quaisquer procedimentos que considerar irregulares quanto ao seguro contratado;

XI -fornecer à SUSEP quaisquer informações solicitadas, dentro do prazo por ela estabelecido; e

XII - informar a razão social e, se for o caso, o nome fantasia da sociedade seguradora, bem como o percentual de participação no risco, no caso de co-seguro, em qualquer material de promoção ou propaganda do seguro, em caráter tipográfico maior ou igual ao do estipulante.

§ 1º. Nos seguros contributários, o não repasse dos prêmios à sociedade seguradora, nos prazos contratualmente estabelecidos, poderá acarretar a suspensão ou o cancelamento da cobertura, a critério da sociedade seguradora, e sujeita o estipulante ou sub-estipulante às cominações legais.

§ 2º. Deverão ser estabelecidos, em contrato específico firmado entre a sociedade seguradora e o estipulante, os deveres de cada parte em relação à contratação do seguro, nos termos deste artigo.

21.3. É expressamente vedado ao estipulante e ao sub-estipulante, nos seguros contributários:

I - cobrar, dos segurados, quaisquer valores relativos ao seguro, além dos especificados pela sociedade seguradora;

II - rescindir o contrato sem anuência prévia e expressa de um número de segurados que represente, no mínimo, três quartos do grupo segurado;

III - efetuar propaganda e promoção do seguro sem prévia anuência da sociedade seguradora, e sem respeitar a fidedignidade das informações quanto ao seguro que será contratado; e

IV - vincular a contratação de seguros a qualquer de seus produtos, ressalvada a hipótese em que tal contratação sirva de garantia direta a estes produtos.

21.4. Na hipótese de pagamento de qualquer remuneração ao estipulante, é obrigatório constar, do certificado individual e da proposta de adesão, o seu percentual e valor, devendo o segurado ser informado sobre os valores monetários deste pagamento sempre que nele houver qualquer alteração.

21.5. A Seguradora é obrigada:

I - incluir no contrato de seguro todas as obrigações do estipulante, especialmente as previstas na Resolução CNSP nº 107/2004; e

II - informar ao segurado a situação de adimplência do estipulante ou subestipulante, sempre que lhe solicitado.

21.6. Qualquer modificação em apólice vigente que implique em ônus ou dever para os Segurados ou a redução de seus direitos dependerá da anuência prévia e expressa de segurados que representem, no mínimo, três quartos do grupo segurado.

22. Âmbito Territorial de Cobertura

22.1. O seguro dará cobertura por todo o Globo Terrestre.

22.2. O disposto no subitem anterior não se aplica às Coberturas de Perda de Emprego, Diária por Incapacidade Temporária, Renda por Incapacidade Temporária, quando contratadas, onde a cobertura ficará restrita para eventos ocorridos no Brasil.

23. Prescrição

23.1. Os prazos prescricionais são aqueles determinados por lei.

24. Do Foro

24.1. As questões judiciais, entre Estipulante, Segurado ou Beneficiário e a Seguradora, serão processadas no foro do domicílio do Estipulante, do Segurado ou do Beneficiário, conforme o caso.

25. Material De Divulgação

25.1. A propaganda e a divulgação do seguro, por parte do Estipulante, dependerá de autorização expressa e supervisão da Seguradora, respeitadas as condições deste seguro.

26. Disposições Finais

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

26.2. O registro deste plano junto à SUSEP – Superintendência de Seguros Privados, não implica por parte da Autarquia, incentivo ou recomendação à sua aquisição.

26.3. O segurado poderá consultar a situação cadastral de seu corretor de seguros através do site www.susep.gov.br, por meio do número do seu registro na Susep, nome completo, CNPJ ou CPF.

B.2- CONDIÇÕES ESPECIAIS DO SEGURO DE VIDA PRESTAMISTA

DA COBERTURA ADICIONAL DE MORTE ACIDENTAL

1. Objetivo do Seguro

1.1. Garante o pagamento antecipado do capital segurado, desde que contratado, da cobertura básica ao Estipulante, em caso de morte do Segurado por causas exclusivamente acidentais, durante a vigência do seguro, exceto se decorrentes de riscos excluídos, desde que respeitadas às condições contratuais.

1.2. Elegibilidade: Serão elegíveis as pessoas físicas que possuam vínculo com o Estipulante.

2. Riscos Cobertos

2.1. Além dos casos de acidentes pessoais definidos nas Condições Gerais, considera-se “risco coberto” a morte acidental decorrente de:

- a) ataques de animais e os casos de hidrofobia, envenenamento ou intoxicações deles provenientes, **excluídas as doenças infecciosas e parasitárias transmitidas por picadas de insetos;**
- b) choque elétrico e raio;
- c) contato acidental com substâncias ácidas ou corrosivas;
- d) acidentes provocados por escapamento acidental de gases e vapores;
- e) infecções e estados septicêmicos (infecção generalizada), quando resultantes exclusivamente de ferimento visível;
- h) queda n'água ou afogamento;
- i) atentados, agressões, atos de legítima defesa e atos praticados por dever de solidariedade humana;
- j) tentativa de salvamento de pessoas ou bens.

3. Riscos Excluídos

3.1. Configuram Riscos Excluídos da Cobertura de Morte Acidental e, por isso, não geram ao Beneficiário direito à Indenização, os Eventos previstos na Cláusula 3 das Condições Gerais do Seguro.

4. Capital Segurado

4.1. Os limites de capital segurado serão determinados pelo Estipulante conforme condições contratuais acordadas entre as partes, e corresponderão ao valor do compromisso financeiro assumido pelo Segurado junto ao Estipulante.

4.2. Reconhecida a Morte Acidental pela Seguradora, o pagamento do capital segurado será realizado sob forma de parcela única.

4.3. Considera-se como data do evento, para efeito de determinação de capital segurado, quando da liquidação do sinistro, a data do óbito do Segurado.

5. Prêmio

5.1. A seguradora cobrará prêmio adicional ao seguro total contratado pelo segurado, conforme estabelecido nas condições contratuais do plano.

6. Carência

6.1. Não haverá carência.

7. Cessaçãõ da Cobertura Adicional

7.1. Esta cobertura adicional cessará:

- simultânea e obrigatoriamente quando ocorrer o cancelamento ou a não renovação da apólice à qual está vinculada;

- a pedido do Estipulante do Seguro, ou a critério da Seguradora, por escrito, com prazo mínimo de 60 (sessenta) dias de antecedência contados do aniversário da apólice, bem como a anuência prévia e expressa dos segurados que representem, no mínimo, $\frac{3}{4}$ (três quartos) do Grupo Segurado.

8. Liquidação De Sinistros

8.1. A liquidação do sinistro será realizada de acordo com o procedimento descrito na Cláusula 13 das Condições Gerais do Seguro.

9. Cancelamento Do Seguro

9.1. Desde que efetivamente comprovada, por ser a Morte Acidental uma antecipação da cobertura básica, seu pagamento extinguirá, imediata e automaticamente, o presente seguro. Nessa hipótese, os prêmios eventualmente pagos após a data do requerimento de pagamento do capital segurado serão devolvidos com atualização monetária.

10. Despesas de Comprovação

10.1. As despesas efetuadas com a legitimação da Morte Acidental serão de responsabilidade do próprio Beneficiário, salvo aquelas efetuadas diretamente pela Seguradora, com a finalidade de esclarecer circunstâncias sobre o acidente. As providências que a Seguradora tomar visando esclarecer as circunstâncias do sinistro não constituirão ato de reconhecimento da obrigação de pagar o capital segurado.

11. Disposição Final

11.1. Aplicam-se a este Seguro as Condições Gerais do Seguro de Vida Prestamista Usebens não modificadas por estas condições especiais.

DA COBERTURA ADICIONAL DE INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL POR ACIDENTE

1. Objetivo do Seguro

1.1. Garante o pagamento antecipado do capital segurado, desde que contratado, da cobertura básica ao Estipulante, em caso de Invalidez Permanente Total por Acidente, durante a vigência do seguro e consequente de invalidez permanente total por acidente pessoal do Segurado, constatada e avaliada quando da alta médica definitiva, após conclusão do tratamento ou depois de esgotados todos os recursos terapêuticos disponíveis, inclusive o tratamento fisioterápico de recuperação funcional, com alta médica, e seja definitivo o caráter de invalidez, sob critérios devidamente especificados nos itens destas condições, excetuando-se os riscos excluídos, seguro este cujo capital segurado será limitado no contrato e indicado no certificado individual.

1.2. Configuram a Invalidez Permanente por Acidente a perda, redução ou impotência funcional, definitiva e total, de um membro ou órgão, sentido ou função do corpo humano, em virtude de lesão física decorrente de acidente pessoal coberto.

1.3. Elegibilidade: Serão elegíveis as pessoas físicas que possuam vínculo com o Estipulante.

2. Da Cobertura

2.1. Considera-se invalidez permanente total a ocorrência comprovada de acordo com os critérios vigentes à época da regulação do sinistro e atestado por um médico legalmente habilitado, de um dos seguintes casos:

- a) perda total da visão de ambos os olhos;
- b) perda total do uso de ambos os membros superiores;
- c) perda total do uso de ambos os membros inferiores;
- d) perda total do uso de ambas as mãos;
- e) perda total do uso de um membro superior e um membro inferior;
- f) perda total do uso de uma das mãos e de um dos pés;
- g) perda total do uso de ambos os pés;
- h) alienação mental total e incurável.

2.2. Para efeito da 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.

3. Riscos Cobertos

3.1. Além dos casos de acidentes pessoais definidos nas Condições Gerais, considera-se “risco coberto” a invalidez permanente total por acidente decorrente de:

- a) ataques de animais e os casos de hidrofobia, envenenamento ou intoxicações deles provenientes, **excluídas as doenças infecciosas e parasitárias transmitidas por picadas de insetos;**
- b) choque elétrico e raio;
- c) contato acidental com substâncias ácidas ou corrosivas;
- d) acidentes provocados por escapamento acidental de gases e vapores;
- e) infecções e estados septicêmicos (infecção generalizada), quando resultantes exclusivamente de ferimento visível;
- h) queda n'água ou afogamento;
- i) atentados, agressões, atos de legítima defesa e atos praticados por dever de solidariedade humana;
- j) tentativa de salvamento de pessoas ou bens.

4. Riscos Excluídos

4.1. Além dos riscos excluídos mencionados nas condições gerais, estarão excluídos da Cobertura de Invalidez Permanente Total por Acidente, ainda que redundando na perda, redução ou impotência funcional, definitiva e total, de um membro ou órgão, sentido ou função do corpo humano, os eventos ocorridos em consequência de:

- a) doenças, lesões e situações que não se enquadram no conceito de acidente pessoal, definidas no Item b, subitens b¹, b², b³ e b⁴ do Glossário/Definições Legais de Acidentes Pessoais destas Condições Gerais;
- b) ato reconhecidamente perigoso, que não seja motivado por necessidade justificada;
- c) prática pelo Segurado de atos ilícitos dolosos ou contrários à lei;
- d) acidentes e suas consequências, ocorridos antes da contratação do Seguro;

e) autolesões, ou seja, mutilação do próprio corpo e doações ou extrações de órgão que impliquem diminuição permanente da integridade física do Segurado, salvo por exigência médica, nos dois primeiros anos de vigência da contratação;

f) todo e qualquer tipo de curetagem uterina.

4.2. É vedada a exclusão de morte ou incapacidade do Segurado quando provier da utilização de meio de transporte mais arriscado, da prestação de serviço militar, da prática de esporte, ou de atos de humanidade em auxílio de outrem.

5. Capital Segurado

5.1. Os limites de capital segurado serão determinados pelo Estipulante conforme condições contratuais acordadas entre as partes, e corresponderão ao valor do compromisso financeiro assumido pelo Segurado junto ao Estipulante.

5.2. Reconhecida a Invalidez Permanente Total por Acidente pela Seguradora, o pagamento do capital segurado será realizado sob forma de parcela única.

5.3. Considera-se como data do evento, para efeito de determinação de capital segurado, quando da liquidação do sinistro, a data do acidente.

6. Prêmio

6.1. A seguradora cobrará prêmio adicional ao seguro total contratado pelo segurado, conforme estabelecido nas condições contratuais do plano.

7. Carência

7.1. Não haverá carência.

8. Cessaçã da Cobertura Adicional

8.1. Esta cobertura adicional cessará:

- simultânea e obrigatoriamente quando ocorrer o cancelamento ou a não renovação da apólice à qual está vinculada;
- a pedido do Estipulante do Seguro, ou a critério da Seguradora, por escrito, com prazo mínimo de 60 (sessenta) dias de antecedência contados do aniversário da apólice, bem como a anuência prévia e expressa dos segurados que representem, no mínimo, $\frac{3}{4}$ (três quartos) do Grupo Segurado.

9. Liquidação De Sinistros

9.1. A data da Invalidez Permanente Total por Acidente será a data do acidente.

9.2. Tendo em mãos o formulário Aviso de Sinistro integralmente preenchido e assinado pelo médico assistente e por si, o Segurado deverá comunicar à seguradora suas condições de saúde, retratando o quadro clínico incapacitante.

9.3. Do Aviso de Sinistro deve constar Declaração Médica com informações e registros médicos que comprovem o atingimento de um estágio de invalidez que se enquadre em quadro clínico incapacitante definido no item 3 – Riscos Cobertos.

9.4. Ao Aviso de Sinistro devem ser anexados:

a) cópia autenticada do RG, CPF e comprovante de residência do segurado;

b) relatório do médico-assistente do Segurado contendo:

- Indicação da data do acidente;
- Detalhamento do quadro clínico incapacitante irreversível decorrente de disfunções e/ou insuficiências permanentes em algum sistema orgânico ou segmento corporal que ocasione e justifique a inviabilidade do pleno exercício das relações autonômicas do Segurado;

c) documentos médicos que tenham embasado o diagnóstico inicial (comprobatórios da invalidez), incluindo laudos e resultados de exames, e que confirmem a evolução do quadro clínico incapacitante irreversível, nas condições previstas no item anterior.

d) cópia dos comprovantes de pagamento;

e) documento oficial informando o valor do bem e saldo devedor (original);

f) cópia autenticada do cartão do CNPJ do Estipulante;

g) cópia autenticada do Estatuto/Contrato Social e respectivas alterações;

h) cópias autenticadas dos CPF's dos administradores constantes no referido Estatuto/Contrato Social;

i) Autorização para crédito em conta, no caso de eventual pagamento.

9.7. Protocolado o Aviso de Sinistro, a Seguradora terá o prazo de 30 (trinta) dias para se manifestar sobre o reconhecimento da invalidez e o pagamento do respectivo capital segurado.

9.7.1. Considera-se como data do evento, para efeito de determinação de capital segurado, quando da liquidação do sinistro, a data do acidente.

9.7.2. Se o pagamento da indenização devida ocorrer após o prazo de 30 (trinta) dias estipulado para a liquidação do sinistro, contados da entrega da documentação constante no subitem 9.6, aplicar-se-á, a partir da data do sinistro, correção monetária pelo IPCA/IBGE (Índice de Preços ao Consumidor Amplo do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística) ou, na falta deste, pelo IPC/FIPE (Índice de Preços ao Consumidor da Fundação Instituto de Pesquisas Econômicas), considerando-se a variação apurada entre o último índice publicado antes da data da exigibilidade da obrigação pecuniária e aquele publicado imediatamente anterior à data de sua efetiva liquidação, acrescida da aplicação de juros moratórios de 1% (um por cento) ao mês, contados a partir do primeiro dia posterior ao término do prazo fixado nestas condições gerais.

9.8. Será facultado à Seguradora, em caso de dúvida fundada e justificável, a adoção de medidas que visem à plena elucidação do sinistro, podendo, inclusive, solicitar documentos que julgue necessários para a apuração do sinistro. **Neste caso, a contagem do prazo para liquidação do sinistro será suspensa e voltará a correr na data em que ocorrer a entrega da documentação solicitada.**

9.9. As providências ou atos que a Seguradora praticar após o evento não implicarão, por si só, no reconhecimento da obrigação de pagar qualquer sinistro. Quando o evento ocorrido não tiver cobertura, a Seguradora comunicará a seu(s) Beneficiário(s) ou representante(s) legal(is) os motivos do não-pagamento da indenização, o que poderá ser feito por intermédio do corretor ou agente captador do seguro.

9.10. O Segurado se compromete a se submeter à avaliação médica com exame clínico, sempre que a Seguradora julgar necessário para esclarecimento de condições relacionadas ao quadro clínico.

10. Do Não Reconhecimento da Invalidez Permanente Total Por Acidente

10.1. A aposentadoria por invalidez concedida por instituições oficiais de Previdência Social, assim como por órgãos do poder público e por outras instituições público-privadas, não caracteriza, por si só, quadro clínico incapacitante que comprove a Invalidez Permanente Total por Acidente.

10.2. A Seguradora reserva-se o direito de não reconhecer como Invalidez Permanente Total por Acidente os quadros clínicos certificados por perícias e/ou juntas médicas que se baseiem na caracterização da incapacidade de natureza profissional como medida para oficialização de afastamentos laborativos, assim como quaisquer outros resultados que sejam subsidiados por elementos médicos característicos apenas de graus de incapacidade parcial.

11. Perícia Médica

11.1. A Seguradora reserva-se o direito de efetuar perícia médica a qualquer momento, a fim de elucidar quaisquer dúvidas relativas à ocorrência do evento.

11.2. A perícia será efetuada por médico designado pela Seguradora, arcando esta com os custos relativos a seus honorários, sem quaisquer ônus para o Segurado.

12. Junta Médica

12.1. No caso de divergências sobre a causa, natureza ou avaliação do estado de Invalidez Permanente Total por Acidente, a Seguradora proporá ao Segurado, por meio de correspondência escrita dentro do prazo de 15 (quinze) dias a contar da data da contestação, a constituição de junta médica.

12.2. A junta médica será constituída por 3 (três) membros, sendo um nomeado pela Seguradora, outro pelo Segurado e um terceiro, desempatador, escolhido pelos dois nomeados.

12.3. Cada uma das partes pagará os honorários do médico que tiver designado e os do terceiro serão pagos em partes iguais pelo Segurado e pela Seguradora.

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

13. Cancelamento Do Seguro

13.1. Desde que efetivamente comprovada, por ser a Invalidez Permanente Total por Acidente uma antecipação da cobertura básica, seu pagamento extinguirá, imediata e automaticamente, a cobertura para o caso de morte, bem como o presente seguro. Nessa hipótese, os prêmios eventualmente pagos após a data do requerimento de pagamento do capital segurado serão devolvidos com atualização monetária.

13.2. Caso não seja comprovada a Invalidez Permanente Total por Acidente, o seguro continuará em vigor, observadas as demais condições contratuais, sem qualquer devolução de prêmios.

14. Despesas de Comprovação

14.1. As despesas efetuadas com a legitimação da Invalidez Permanente Total por Acidente serão de responsabilidade do próprio Segurado, salvo aquelas efetuadas diretamente pela Seguradora, com a finalidade de esclarecer circunstâncias sobre o quadro clínico incapacitante. As providências que a Seguradora tomar visando esclarecer as circunstâncias do sinistro não constituirão ato de reconhecimento da obrigação de pagar o capital segurado.

15. Disposição Final

15.1. Aplicam-se a este Seguro as Condições Gerais do Seguro de Vida Prestamista Usebens não modificadas por estas condições especiais.

**DA COBERTURA ADICIONAL DE INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL OU PARCIAL POR
ACIDENTE**

1. Objetivo do Seguro

1.1. Garante o pagamento antecipado de um percentual do capital segurado, desde que contratado, da cobertura básica ao Estipulante, em caso de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente, durante a vigência do seguro e conseqüente de invalidez permanente total ou parcial por acidente pessoal do Segurado, constatada e avaliada quando da alta médica definitiva, após conclusão do tratamento ou depois de esgotados todos os recursos terapêuticos disponíveis, inclusive o tratamento fisioterápico de recuperação funcional, com alta médica, e seja definitivo o caráter de invalidez, sob critérios devidamente especificados nos itens destas condições, excetuando-se os riscos excluídos, seguro este cujo capital segurado será limitado no contrato e indicado no certificado individual.

1.2. Configuram a Invalidez Permanente por Acidente a perda, redução ou impotência funcional, definitiva, total ou parcial, de um membro ou órgão, sentido ou função do corpo humano, em virtude de lesão física decorrente de acidente pessoal coberto.

1.3. Elegibilidade: Serão elegíveis as pessoas físicas que possuam vínculo com o Estipulante.

2. Riscos Cobertos

2.1. Além dos casos de acidentes pessoais definidos nas Condições Gerais, considera-se “risco coberto” a invalidez permanente total ou parcial por acidente decorrente de:

- a) ataques de animais e os casos de hidrofobia, envenenamento ou intoxicações deles provenientes, **excluídas as doenças infecciosas e parasitárias transmitidas por picadas de insetos;**
- b) choque elétrico e raio;
- c) contato acidental com substâncias ácidas ou corrosivas;
- d) acidentes provocados por escapamento acidental de gases e vapores;
- e) infecções e estados septicêmicos (infecção generalizada), quando resultantes exclusivamente de ferimento visível;

- h) queda n'água ou afogamento;
- i) atentados, agressões, atos de legítima defesa e atos praticados por dever de solidariedade humana;
- j) tentativa de salvamento de pessoas ou bens.

2.2. Para efeito da 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.

3. Riscos Excluídos

3.1. Além dos riscos excluídos mencionados nas condições gerais, estarão excluídos da Cobertura de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente, ainda que redundando na perda, redução ou impotência funcional, definitiva e total, de um membro ou órgão, sentido ou função do corpo humano, os eventos ocorridos em consequência de:

- a) doenças, lesões e situações que não se enquadram no conceito de acidente pessoal, definidas no Item b, subitens b¹, b², b³ e b⁴ do Glossário/Definições Legais de Acidentes Pessoais destas Condições Gerais;**
- b) ato reconhecidamente perigoso, que não seja motivado por necessidade justificada;**
- c) prática pelo Segurado de atos ilícitos dolosos ou contrários à lei;**
- d) acidentes e suas consequências, ocorridos antes da contratação do Seguro;**
- e) autolesões, ou seja, mutilação do próprio corpo e doações ou extrações de órgão que impliquem diminuição permanente da integridade física do Segurado, salvo por exigência médica, nos dois primeiros anos de vigência da contratação;**
- f) todo e qualquer tipo de curetagem uterina.**

3.2. É vedada a exclusão de morte ou incapacidade do Segurado quando provier da utilização de meio de transporte mais arriscado, da prestação de serviço militar, da prática de esporte, ou de atos de humanidade em auxílio de outrem.

4. Capital Segurado

4.1. Os limites de capital segurado serão determinados pelo Estipulante conforme condições contratuais acordadas entre as partes, e corresponderão, no máximo, ao valor do compromisso financeiro assumido pelo Segurado junto ao Estipulante.

4.2. Reconhecida a Invalidez Permanente Total por Acidente pela Seguradora, o pagamento do capital segurado será realizado sob forma de parcela única.

4.3. Considera-se como data do evento, para efeito de determinação de capital segurado, quando da liquidação do sinistro, a data do acidente.

5. Prêmio

5.1. A seguradora cobrará prêmio adicional ao seguro total contratado pelo segurado, conforme estabelecido nas condições contratuais do plano.

6. Carência

6.1. Não haverá carência.

7. Cessação da Cobertura Adicional

7.1. Esta cobertura adicional cessará:

- simultânea e obrigatoriamente quando ocorrer o cancelamento ou a não renovação da apólice à qual está vinculada;
- a pedido do Estipulante do Seguro, ou a critério da Seguradora, por escrito, com prazo mínimo de 60 (sessenta) dias de antecedência contados do aniversário da apólice, bem como a anuência prévia e expressa dos segurados que representem, no mínimo, $\frac{3}{4}$ (três quartos) do Grupo Segurado.

8. Liquidação De Sinistros

8.1. A data da Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente será a data do acidente.

8.2. O valor da Indenização para a Cobertura de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente será apurado mediante a aplicação dos percentuais estabelecidos na Tabela abaixo sobre o valor do Capital Segurado estabelecido para esta Cobertura, e estará limitada a 100% (cem por cento) do valor do referido Capital:

INVALIDEZ PERMANENTE	DISCRIMINAÇÃO	% SOBRE O CAPITAL SEGURADO
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 incurável	100
Parcial Diversas	Perda total da visão de um olho	30
	Perda total da visão de um olho, quando o Segurado já não tiver a outra vista	70
	Surdez total incurável de ambos os ouvidos	40
	Surdez total incurável de um dos ouvidos	20
	Mudez incurável	50
	Fratura não consolidada do maxilar inferior	20
	Imobilidade do segmento cervical da coluna vertebral	20
	Imobilidade do segmento tóraco-lombo-sacro da coluna vertebral	25
Parcial Membros Superiores	Perda total do 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 metacarpino	25
	Perda total do uso de um dos polefares, exclusive o metacarpino	18

	Perda total do uso da falange distal do polegar	9
	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 anelares	9
	Perda total do uso de qualquer falange, excluídas as do polegar: Indenização equivalente a $\frac{1}{3}$ do valor do dedo respectivo	
	Perda total do uso de um dos membros inferiores	70
	Perda total do uso de um dos pés	50
Parcial	Fratura não consolidada de um fêmur	50
	Fratura não consolidada de um dos segmentos tíbio-peroneiros	25
Membros	Fratura não consolidada da rótula	20
	Fratura não consolidada de um dos pés	20
Inferiores	Anquilose não consolidada de um dos joelhos	20
	Anquilose não consolidada 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 parte do mesmo pé	25
	Amputação do 1º (primeiro) dedo	10
	Amputação de qualquer outro dedo	3
Parcial	Perda total do uso de uma falange do 1º (primeiro) dedo: Indenização equivalente a $\frac{1}{2}$, e dos demais dedos, equivalente a $\frac{1}{3}$ do respectivo dedo	
	Encurtamento de um dos membros inferiores de:	
Membros	- 5 (cinco) centímetros ou mais	15
	- 4 (quatro) centímetros	10
	- 3 (três) centímetros	6
Inferiores		Sem
	- menos de 3 (três) centímetros	indenização

8.3. Não ficando abolidas por completo as funções do membro ou órgão lesado, a Indenização por perda parcial será calculada pela aplicação, à percentagem prevista na Tabela para sua perda total, do grau de redução funcional apresentado. 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, respectivamente, na base das percentagens de 75% (setenta e cinco por cento), 50% (cinquenta por cento) e 25% (vinte e cinco por cento).

8.4. Nos casos não especificados nesta cláusula complementar, a Indenização será estabelecida tomando-se por base a diminuição permanente da capacidade física do Segurado, independentemente de sua profissão.

8.5. Quando do mesmo acidente resultar a invalidez permanente de mais de um membro ou órgão, a Indenização será calculada somando-se as percentagens respectivas, cujo total não pode exceder a 100% (cem por cento) do Capital Segurado. Da mesma forma, havendo duas ou mais lesões em um mesmo membro ou órgão, a soma das percentagens correspondentes não pode exceder à Indenização prevista para a sua perda total.

8.6. Tendo em mãos o formulário Aviso de Sinistro integralmente preenchido e assinado pelo médico assistente e por si, o Segurado deverá comunicar à seguradora suas condições de saúde, retratando o quadro clínico incapacitante.

8.7. Do Aviso de Sinistro deve constar Declaração Médica com informações e registros médicos que comprovem o atingimento de um estágio de invalidez que se enquadre em quadro clínico incapacitante relacionado na tabela do item 8.2 desta cláusula.

8.8. Ao Aviso de Sinistro devem ser anexados:

a) cópia autenticada do RG, CPF e comprovante de residência do segurado;

b) relatório do médico-assistente do Segurado contendo:

- Indicação da data do acidente;**
- Detalhamento do quadro clínico incapacitante irreversível decorrente de disfunções e/ou insuficiências permanentes em algum sistema orgânico ou segmento corporal que ocasione e justifique a inviabilidade do pleno exercício das relações autonômicas do Segurado;**

c) documentos médicos que tenham embasado o diagnóstico inicial (comprobatórios da invalidez), incluindo laudos e resultados de exames, e que confirmem a evolução do quadro clínico incapacitante irreversível, nas condições previstas no item anterior.

d) cópia dos comprovantes de pagamento;

e) documento oficial informando o valor do bem e saldo devedor (original);

f) cópia autenticada do cartão do CNPJ do Estipulante;

g) cópia autenticada do Estatuto/Contrato Social e respectivas alterações;

h) cópias autenticadas dos CPF's dos administradores constantes no referido Estatuto/Contrato Social;

i) Autorização para crédito em conta, no caso de eventual pagamento.

8.9. Protocolado o Aviso de Sinistro, a Seguradora terá o prazo de 30 (trinta) dias para se manifestar sobre o reconhecimento da invalidez e o pagamento do respectivo capital segurado.

8.9.1. Considera-se como data do evento, para efeito de determinação de capital segurado, quando da liquidação do sinistro, a data do acidente.

8.9.2. Se o pagamento da indenização devida ocorrer após o prazo de 30 (trinta) dias estipulado para a liquidação do sinistro, contados da entrega da documentação constante no subitem 9.6, aplicar-se-á, a partir da data do sinistro, correção monetária pelo IPCA/IBGE (Índice de Preços ao Consumidor Amplo do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística) ou, na falta deste, pelo IPC/FIPE (Índice de Preços ao Consumidor da Fundação Instituto de Pesquisas Econômicas), considerando-se a variação apurada entre o último índice publicado antes da data da exigibilidade da obrigação pecuniária e aquele publicado imediatamente anterior à data de sua efetiva liquidação, acrescida da aplicação de juros moratórios de 1% (um por cento) ao mês, contados a partir do primeiro dia posterior ao término do prazo fixado nestas condições gerais.

8.10. Será facultado à Seguradora, em caso de dúvida fundada e justificável, a adoção de medidas que visem à plena elucidação do sinistro, podendo, inclusive, solicitar documentos que julgue necessários para a apuração do sinistro. **Neste caso, a contagem do prazo para liquidação do sinistro será suspensa e voltará a correr na data em que ocorrer a entrega da documentação solicitada.**

8.11. As providências ou atos que a Seguradora praticar após o evento não implicarão, por si só, no reconhecimento da obrigação de pagar qualquer sinistro. Quando o evento ocorrido não tiver cobertura, a Seguradora comunicará a seu(s) Beneficiário(s) ou representante(s) legal(is) os motivos do não-pagamento da indenização, o que poderá ser feito por intermédio do corretor ou agente captador do seguro.

8.12. O Segurado se compromete a se submeter à avaliação médica com exame clínico, sempre que a Seguradora julgar necessário para esclarecimento de condições relacionadas ao quadro clínico.

9. Do Não Reconhecimento da Invalidez Permanente Total ou Parcial Por Acidente

9.1. A aposentadoria por invalidez concedida por instituições oficiais de Previdência Social, assim como por órgãos do poder público e por outras instituições público-privadas, não caracteriza, por si só, quadro clínico incapacitante que comprove a Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente.

9.2. A Seguradora reserva-se o direito de não reconhecer como Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente os quadros clínicos certificados por perícias e/ou juntas médicas que se baseiem na caracterização da incapacidade de natureza profissional como medida para oficialização de afastamentos laborativos, assim como quaisquer outros resultados que sejam subsidiados por elementos médicos característicos apenas de graus de incapacidade parcial.

10. Perícia Médica

10.1. A Seguradora reserva-se o direito de efetuar perícia médica a qualquer momento, a fim de elucidar quaisquer dúvidas relativas à ocorrência do evento.

10.2. A perícia será efetuada por médico designado pela Seguradora, arcando esta com os custos relativos a seus honorários, sem quaisquer ônus para o Segurado.

11. Junta Médica

11.1. No caso de divergências sobre a causa, natureza ou avaliação do estado de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente, a Seguradora proporá ao Segurado, por meio de correspondência escrita dentro do prazo de 15 (quinze) dias a contar da data da contestação, a constituição de junta médica.

11.2. A junta médica será constituída por 3 (três) membros, sendo um nomeado pela Seguradora, outro pelo Segurado e um terceiro, desempatador, escolhido pelos dois nomeados.

11.3. Cada uma das partes pagará os honorários do médico que tiver designado e os do terceiro serão pagos em partes iguais pelo Segurado e pela Seguradora.

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

12. Cancelamento Do Seguro

12.1. Desde que efetivamente comprovada, por ser a Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente uma antecipação da cobertura básica, seu pagamento extinguirá, imediata e automaticamente, a cobertura para o caso de morte, bem como o presente seguro, desde que fique constatada a invalidez permanente total do Segurado. Nessa hipótese, os prêmios eventualmente pagos após a data do requerimento de pagamento do capital segurado serão devolvidos com atualização monetária.

12.2. Caso não seja comprovada a Invalidez Permanente Total por Acidente ou a indenização seja relativa à invalidez parcial, o seguro continuará em vigor, observadas as demais condições contratuais, sem qualquer devolução de prêmios.

13. Despesas de Comprovação

13.1. As despesas efetuadas com a legitimação da Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente serão de responsabilidade do próprio Segurado, salvo aquelas efetuadas diretamente pela Seguradora, com a finalidade de esclarecer circunstâncias sobre o quadro clínico incapacitante. As providências que a Seguradora tomar visando esclarecer as circunstâncias do sinistro não constituirão ato de reconhecimento da obrigação de pagar o capital segurado.

14. Disposição Final

14.1. Aplicam-se a este Seguro as Condições Gerais do Seguro de Vida Prestamista Usebens não modificadas por estas condições especiais.

**DA COBERTURA ADICIONAL DE ANTECIPAÇÃO POR INVALIDEZ FUNCIONAL
PERMANENTE TOTAL POR DOENÇA**

1. Objetivo do Seguro

1.1. Garante o pagamento antecipado do capital segurado, desde que contratado, da cobertura básica ao Estipulante, em caso de Invalidez Funcional Permanente Total por Doença, durante a vigência do seguro e conseqüente de doença que cause a perda de sua existência independente, sob critérios devidamente especificados no item 4 - Riscos Cobertos - destas condições, excetuando-se os riscos excluídos, seguro este cujo capital segurado será limitado no contrato e indicado no certificado individual.

1.2. Elegibilidade: Serão elegíveis as pessoas físicas que possuam vínculo com o Estipulante.

2. Glossário / Definições Legais

2.1. Alienação Mental: distúrbio mental ou neuromental em que haja alteração completa da personalidade, comprometendo em definitivo o pensamento lógico (juízo de valor), a realidade (juízo crítico) e a memória, destruindo a capacidade de realizar atos eficientes, objetivos e propositais e tornando o segurado total e permanentemente impossibilitado para a vida civil.

2.2. Aparelho Locomotor: conjunto de estruturas destinadas ao deslocamento do corpo humano.

2.3. Atividade Laborativa: qualquer ação ou trabalho através do qual o segurado obtenha renda.

2.4. Auxílio: a ajuda através de recurso humano e/ou de utilização de estruturas ou equipamentos de apoio físico.

2.5. Cardiopatia Grave: doença relacionada às afecções do coração considerada grave.

2.6. Cognição: conjunto de processos mentais usados no pensamento, na memória, na percepção, na classificação, no reconhecimento, etc.

2.7. Conectividade com a Vida: capacidade do ser humano de se relacionar com o meio externo que o cerca.

2.8. Consumpção: definhamento progressivo e lento do organismo humano produzido por doença.

2.9. Dados Antropométricos: peso e a altura do segurado.

- 2.10. Declaração Médica:** documento elaborado na forma de relatório ou similar, onde o médico assistente ou algum outro médico escolhido exprime sua opinião sobre o estado de saúde do segurado e respectivos fatos médicos correlatos.
- 2.11. Deficiência Visual:** qualquer prejuízo da capacidade de visão abaixo do considerado normal.
- 2.12. Doença em Estágio Terminal:** aquela em estágio sem qualquer alternativa terapêutica e sem perspectiva de reversibilidade, em que o paciente é considerado definitivamente fora dos limites de sobrevivência, conforme atestado pelo médico assistente.
- 2.13. Estado Conexo:** o relacionamento consciente e normal do segurado com o meio externo.
- 2.14. Etiologia:** causa de cada doença.
- 2.15. Fator de Risco e Morbidade:** aquilo que favorece ou facilita o aparecimento ou a manutenção de uma doença, ou que com ela interage.
- 2.16. Hígido:** saudável.
- 2.17. Médico Assistente:** médico que está assistindo ao segurado ou que já lhe tenha prestado assistência continuada.
- 2.18. Prognóstico:** juízo médico baseado no diagnóstico e nas possibilidades terapêuticas acerca da duração, evolução e termo de uma doença.
- 2.19. Quadro Clínico:** conjunto das manifestações mórbidas objetivas e subjetivas apresentadas por um doente.
- 2.20. Recidiva:** reaparecimento de uma doença algum tempo depois de um acometimento.
- 2.21. Refratariedade Terapêutica:** incapacidade do organismo humano de responder positivamente ao tratamento instituído.
- 2.22. Relações Existenciais:** aquelas que capacitam a autonomia existencial do ser humano em suas relações de conectividade com a vida.
- 2.23. Sentido de Orientação:** faculdade do indivíduo de se identificar e se relacionar livremente, sem qualquer auxílio, com o meio ambiente bem como nele se deslocar.
- 2.24. Transferência Corporal:** capacidade do segurado de se deslocar de um local para outro sem qualquer auxílio.

3. Da Cobertura

- 3.1.** A perda da existência independente será caracterizada pela ocorrência de quadro clínico incapacitante, decorrente de doença, que inviabilize de forma irreversível o pleno exercício das

relações autonômicas do Segurado. Esse quadro clínico incapacitante deverá ser comprovado através de parâmetros e documentos devidamente especificados no item 9 - Liquidação de Sinistros.

4. Riscos Cobertos

4.1. Considera-se “risco coberto” a ocorrência, comprovada de acordo com os critérios vigentes à época da regulação do sinistro e atestadas por um médico legalmente habilitado, de um dos seguintes quadros clínicos incapacitantes, provenientes exclusivamente de doenças:

- a) doenças cardiovasculares crônicas enquadradas sob o conceito de “cardiopatia grave”;
- b) doenças neoplásicas malignas ativas sem prognósticos evolutivo e terapêutico favoráveis, que não mais estejam inseridas em planos de tratamento direcionados à cura e/ou ao seu controle clínico;
- c) doenças crônicas de caráter progressivo, apresentando disfunções e/ou insuficiências orgânicas avançadas, com repercussões em órgãos vitais (consumpção), sem prognóstico terapêutico favorável e que não mais estejam inseridas em planos de tratamento direcionados à cura e/ou ao seu controle clínico;
- d) alienação mental total e permanente, com perda das funções cognitivas superiores (cognição), **única e exclusivamente em decorrência de doença;**
- e) doenças manifestas no sistema nervoso com seqüelas encefálicas e/ou medulares que acarretem repercussões deficitárias na totalidade de algum órgão vital e/ou no sentido de orientação e/ou das funções de dois membros, em grau máximo;
- f) doenças do aparelho locomotor, de caráter degenerativo, com total e definitivo impedimento da capacidade de transferência corporal;
- g) deficiência visual decorrente de:
 - cegueira na qual a acuidade visual for igual ou menor que 0,05 no melhor olho, com a melhor correção óptica;
 - baixa visão, que significa acuidade visual entre 0,3 e 0,05 no melhor olho, com a melhor correção óptica;
 - casos nos quais o somatório da medida do campo visual em ambos os olhos for igual ou menor que 60°;
 - ocorrência simultânea de quaisquer das condições anteriores.

h) doença evoluída sob o estágio clínico que possa ser considerado como terminal (doença em estágio terminal), desde que atestado por um médico legalmente habilitado;

i) os seguintes estados mórbidos decorrentes de doença:

- perda completa e definitiva da totalidade das funções de dois membros;
- perda completa e definitiva da totalidade das funções das duas mãos ou de dois pés;
- perda completa e definitiva da totalidade das funções de uma das mãos associada à de um dos pés.

4.2. Outros quadros clínicos incapacitantes serão reconhecidos como riscos cobertos desde que, avaliados por meio de “Instrumento de Avaliação de Invalidez Funcional” (anexo), atinjam a marca mínima exigida de 60 (sessenta) pontos, em um total de 80 (oitenta) pontos previstos como possíveis.

4.3. O “Instrumento de Avaliação de Invalidez Funcional” é composto por dois documentos. O primeiro documento é a *Tabela de Relações Existenciais, Condições Médicas e Estruturais e Estados Conexos* e avalia, por meio de escalas com 3 (três) graduações cada, as condições médicas e de conectividade com a vida (atributos).

4.4. O 1º (primeiro) grau de cada atributo descreve situações que caracterizam independência do segurado na realização de tarefas, ainda que com alguma dificuldade ou desconforto. O quadro clínico será classificado neste grau apenas quando todas as situações ali previstas forem reconhecidas.

4.5. Para a classificação no 2º (segundo) ou no 3º (terceiro) grau, basta que ocorra uma das situações ali descritas.

4.6. Todos os atributos constantes no primeiro documento serão obrigatoriamente avaliados e pontuados.

4.7. O segundo documento é a *Tabela de Dados Antropométricos, Fatores de Riscos e de Morbidade*, que valoriza cada uma das situações ali previstas.

4.8. Os itens da tabela deverão ser pontuados sempre que houver o reconhecimento da situação descrita.

5. Riscos Excluídos

5.1. Além dos riscos excluídos mencionados nas condições gerais, consideram-se também como riscos excluídos, ainda que redundando em quadro clínico incapacitante que inviabilize de forma irreversível o pleno exercício das funções autonômicas do segurado, com perda da sua existência independente, especificados a seguir:

- a) perda, redução ou impotência funcional definitiva, total ou parcial de um ou mais membros, órgãos e/ou sistemas orgânicos corporais em decorrência direta e/ou indireta de lesão física e/ou psíquica causada por acidente pessoal;
- b) quadros clínicos decorrentes de doenças profissionais, entendidas como sendo aquelas onde a causa determinante seja o exercício peculiar a alguma atividade profissional;
- c) doença cuja evolução natural tenha sido agravada por traumatismo.

6. Carência

6.1. Não haverá carência.

7. Capital Segurado

7.1. O capital segurado será determinado pelo Estipulante no contrato.

7.2. Reconhecida a Invalidez Funcional Permanente Total por Doença pela Seguradora, o pagamento do capital segurado será realizado sob forma de parcela única.

7.3. Considera-se como data do evento, para efeito de determinação de capital segurado, quando da liquidação do sinistro, a data indicada na declaração médica.

8. Prêmio

8.1. A Seguradora cobrará prêmio adicional ao Seguro total contratado pelo Segurado, conforme estabelecido nas condições contratuais do plano.

9. Liquidação De Sinistros

9.1. A data da Invalidez Funcional Permanente Total por Doença será a indicada na Declaração Médica devidamente preenchida e assinada por médico assistente.

9.2. A data da Invalidez Funcional Permanente Total por Doença será consignada por médico que esteja assistindo ao Segurado e, na ausência deste, por profissional médico que já tenha lhe prestado algum atendimento, ou, ainda, será estabelecida por meio da verificação de evidências documentais apuradas em registros lavrados por profissionais médicos em qualquer tempo.

9.3. Tendo em mãos o formulário Aviso de Sinistro integralmente preenchido e assinado pelo médico assistente e por si, o Segurado deverá comunicar à seguradora suas condições de saúde, retratando o quadro clínico incapacitante.

9.4. Do Aviso de Sinistro deve constar Declaração Médica indicando a data da Invalidez Funcional Permanente Total por Doença.

9.5. Da Declaração Médica deverão constar informações e registros médicos que comprovem o momento temporal exato do atingimento de um estágio de doença que se enquadre em quadro clínico incapacitante definido no item 4 - Riscos Cobertos.

9.6. Ao Aviso de Sinistro devem ser anexados:

a) cópia autenticada do RG, CPF e comprovante de residência do segurado;

b) relatório do médico-assistente do Segurado contendo:

- **Indicação do início da doença, qualificado pela data em que esta tiver sido oficialmente diagnosticada;**

- **Detalhamento do quadro clínico incapacitante irreversível decorrente de disfunções e/ou insuficiências permanentes em algum sistema orgânico ou segmento corporal que ocasione e justifique a inviabilidade do pleno exercício das relações autonômicas do Segurado.**

c) documentos médicos que tenham embasado o diagnóstico inicial (comprobatórios do início da doença), incluindo laudos e resultados de exames, e que confirmem a evolução do quadro clínico incapacitante irreversível, nas condições previstas no item anterior.

d) cópia dos comprovantes de pagamento.

- e) documento oficial informando o valor do bem e saldo devedor (original);
- f) cópia autenticada do cartão do CNPJ do Estipulante;
- g) cópia autenticada do Estatuto/Contrato Social e respectivas alterações;
- h) cópias autenticadas dos CPF's dos administradores constantes no referido Estatuto/Contrato Social;
- i) **Autorização para crédito em conta, no caso de eventual pagamento.**

9.7. Protocolado o Aviso de Sinistro, a Seguradora terá o prazo de 30 (trinta) dias para se manifestar sobre o reconhecimento da invalidez e o pagamento do respectivo capital segurado.

9.7.1. Considera-se como data do evento, para efeito de determinação de capital segurado, quando da liquidação do sinistro, a data indicada na declaração médica.

9.7.2. Se o pagamento da indenização devida ocorrer após o prazo de 30 (trinta) dias estipulado para a liquidação do sinistro, contados da entrega da documentação constante no subitem 9.6, aplicar-se-á, a partir da data do sinistro, correção monetária pelo IPCA/IBGE (Índice de Preços ao Consumidor Amplo do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística) ou, na falta deste, pelo IPC/FIPE (Índice de Preços ao Consumidor da Fundação Instituto de Pesquisas Econômicas), considerando-se a variação apurada entre o último índice publicado antes da data da exigibilidade da obrigação pecuniária e aquele publicado imediatamente anterior à data de sua efetiva liquidação, acrescida da aplicação de juros moratórios de 1% (um por cento) ao mês, contados a partir do primeiro dia posterior ao término do prazo fixado nestas condições gerais.

9.8. Será facultado à Seguradora, em caso de dúvida fundada e justificável, a adoção de medidas que visem à plena elucidação do sinistro, podendo, inclusive, solicitar documentos que julgue necessários para a apuração do sinistro. **Neste caso, a contagem do prazo para liquidação do sinistro será suspensa e voltará a correr na data em que ocorrer a entrega da documentação solicitada.**

9.10. As providências ou atos que a Seguradora praticar após o evento não implicarão, por si só, no reconhecimento da obrigação de pagar qualquer sinistro. Quando o evento ocorrido não tiver cobertura, a Seguradora comunicará a seu(s) Beneficiário(s) ou representante(s) legal(is) os motivos

do não-pagamento da indenização, o que poderá ser feito por intermédio do corretor ou agente captador do seguro.

9.11. O Segurado se compromete a se submeter à avaliação médica com exame clínico, sempre que a Seguradora julgar necessário para esclarecimento de condições relacionadas ao quadro clínico.

10. Do Não Reconhecimento da Invalidez Funcional Permanente Total Por Doença

10.1. A aposentadoria por invalidez concedida por instituições oficiais de Previdência Social, assim como por órgãos do poder público e por outras instituições público-privadas, não caracteriza, por si só, quadro clínico incapacitante que comprove a Invalidez Funcional Permanente Total por Doença.

10.2. A Seguradora reserva-se o direito de não reconhecer como Invalidez Funcional Permanente Total por Doença os quadros clínicos certificados por perícias e/ou juntas médicas que se baseiem na caracterização da incapacidade de natureza profissional como medida para oficialização de afastamentos laborativos, assim como quaisquer outros resultados que sejam subsidiados por elementos médicos característicos apenas de graus de incapacidade parcial.

11. Perícia Médica

11.1. A Seguradora reserva-se o direito de efetuar perícia médica a qualquer momento, a fim de elucidar quaisquer dúvidas relativas à ocorrência do evento.

11.2. A perícia será efetuada por médico designado pela Seguradora, arcando esta com os custos relativos a seus honorários, sem quaisquer ônus para o Segurado.

12. Junta Médica

12.1. No caso de divergências sobre a causa, natureza ou avaliação do estado de Invalidez Funcional Permanente Total por Doença, a Seguradora proporá ao Segurado, por meio de correspondência escrita dentro do prazo de 15 (quinze) dias a contar da data da contestação, a constituição de junta médica.

12.2. A junta médica será constituída por 3 (três) membros, sendo um nomeado pela Seguradora, outro pelo Segurado e um terceiro, desempatador, escolhido pelos dois nomeados.

12.3. Cada uma das partes pagará os honorários do médico que tiver designado e os do terceiro serão pagos em partes iguais pelo Segurado e pela Seguradora.

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

13. Cancelamento Do Seguro

13.1. Desde que efetivamente comprovada, por ser a Invalidez Funcional Permanente Total por Doença uma antecipação da cobertura básica, seu pagamento extinguirá, imediata e automaticamente, a cobertura para o caso de morte, bem como o presente seguro. Nessa hipótese, os prêmios eventualmente pagos após a data do requerimento de pagamento do capital segurado serão devolvidos com atualização monetária.

13.2. Caso não seja comprovada a Invalidez Funcional Permanente Total por Doença, o seguro continuará em vigor, observadas as demais condições contratuais, sem qualquer devolução de prêmios.

14. Despesas de Comprovação

14.1. As despesas efetuadas com a legitimação da Invalidez Funcional Permanente Total por Doença serão de responsabilidade do próprio Segurado, salvo aquelas efetuadas diretamente pela Seguradora, com a finalidade de esclarecer circunstâncias sobre o quadro clínico incapacitante. As providências que a Seguradora tomar visando esclarecer as circunstâncias do sinistro não constituirão ato de reconhecimento da obrigação de pagar o capital segurado.

15. Disposição Final

15.1. Aplicam-se a este Seguro as Condições Gerais do Seguro de Vida Prestamista Usebens não modificadas por estas condições especiais.

16. Anexos

16.1. Instrumento de Avaliação de Invalidez Funcional - Tabelas de Relações Existenciais, Condições Médicas e Estruturais e de Estados Conexos:

ATRIBUTOS (DESVANTAGENS)	ESCALAS (GRADUAÇÃO)	VALORAÇÃO (PONTOS)
RELAÇÕES DO SEGURADO COM O COTIDIANO	<p>1º GRAU: O Segurado mantém suas relações interpessoais com capacidade de compreensão e comunicação; deambula livremente; sai à rua sem supervisão; está capacitado a dirigir veículos automotores; mantém suas atividades da vida civil, preservando o pensamento, a memória e o juízo de valor?</p>	00
	<p>2º GRAU: O Segurado apresenta desorientação; necessita de assistência à locomoção e/ou para sair à rua; comunica-se com dificuldade; realiza parcialmente as atividades do cotidiano; possui restrições médicas de ordem relativa ou prejuízo intelectual e/ou déficit cognitivo?</p>	10
	<p>3º GRAU: O Segurado apresenta-se retido ao lar; tem perda na mobilidade ou na fala; não realiza atividades do cotidiano; possui restrições médicas impeditivas de ordem totalitária ou apresenta algum grau de alienação mental?</p>	20

ATRIBUTOS (DESVANTAGENS)	ESCALAS (GRADUAÇÃO)	VALORAÇÃO (PONTOS)
CONDIÇÕES CLÍNICAS E ESTRUTURAIS	<p>1º GRAU: O Segurado apresenta-se hígido; capaz de livre movimentação; não apresenta evidência de disfunção e/ou insuficiência de órgãos, aparelhos ou sistemas, possuindo visão em grau que lhe permita desempenhar suas tarefas normais?</p>	00
	<p>2º GRAU: O Segurado apresenta disfunção(ões) e/ou insuficiência(s) comprovada(s) como repercussões secundárias de doenças agudas ou crônicas, em estágio que o obrigue a depender de suporte médico constante (assistido) e desempenhar</p>	10

DO SEGURADO	suas tarefas normais diárias com alguma restrição?	
	3º GRAU: O Segurado apresenta quadro clínico anormal, evolutivamente avançado, descompensado ou instável, cursando com disfunções e/ou insuficiências em órgãos vitais, que se encontre em estágio que demande suporte médico mantido (controlado), que acarrete restrição ampla a esforços físicos e que comprometa a vida cotidiana, mesmo que com interação de assistência e/ou auxílio técnico?	20

ATRIBUTOS (DESVANTAGENS)	ESCALAS (GRADUAÇÃO)	VALORAÇÃO (PONTOS)
CONNECTIVIDADE DO SEGURADO COM A VIDA	1º GRAU: O Segurado realiza, sem assistência, as atividades de vestir-se e despir-se; dirigir-se ao banheiro; lavar o rosto; escovar os dentes; pentear-se; barbear-se; banhar-se; enxugar-se; mantendo os atos de higiene íntima e de asseio pessoal, sendo capaz de manter a autosuficiência alimentar com condições de suprir suas necessidades de preparo, serviço, consumo e ingestão de alimentos?	00
	2º GRAU: O Segurado necessita de assistência e/ou auxílio técnico eventuais para trocar de roupa; entrar e sair do chuveiro; para realizar atos de higiene e de asseio pessoal; para manter suas necessidades alimentares (misturar ou cortar o alimento, descascar frutas, abrir embalagens, consumir alimentos com uso de copo, prato e talheres)?	10
	3º GRAU: O Segurado necessita de assistência mantida a atividades de higiene e asseio pessoal diários; assim como àquelas relacionadas à sua alimentação, não sendo capaz de cumprir sozinho para com suas atividades fisiológicas e de subsistência alimentar diárias?	20

16.2. Tabela de Dados Antropométricos, Fatores de Risco e de Morbidade:

DADOS ANTROPOMÉTRICOS, RISCOS INTERAGENTES E AGRAVOS MÓRBIDOS	VALORAÇÃO (PONTOS)
A idade do Segurado interfere na análise da morbidade do caso e/ou há Índice de	

Massa Corporal superior a 40 (quarenta)?	02
Há risco de sangramentos, rupturas e/ou quaisquer outras ocorrências iminentes que possam agravar a morbidade do caso?	02
Há curso de recidiva e/ou progressão em doença tratada e/ou agravo mantido associado ou não a disfunção imune?	04
Existem mais de 2 (dois) fatores agravantes de risco e/ou há repercussão vital decorrente da associação de duas ou mais doenças crônicas em atividade?	04
Certifica-se existir risco de morte súbita, tratamento paliativo e/ou de suporte à sobrevivência e/ou refratariedade terapêutica?	08

DA COBERTURA ADICIONAL DE RENDA POR PERDA DE EMPREGO

1. Objetivo do Seguro

1.1. Garante ao Estipulante o pagamento de um número determinado no Certificado Individual de Seguro de rendas (parcelas) durante todo o período do financiamento contraído pelo Segurado junto ao Estipulante, a partir do dia da ocorrência do evento, respeitando os limites contratados, em caso de rescisão do contrato de trabalho por decisão única e exclusiva do Empregador, desde que não motivado por justa causa, conforme estabelece a Consolidação das Leis do Trabalho.

1.2. Considera-se como dia da ocorrência do evento a data da comunicação do desligamento do Segurado.

1.3. Elegibilidade: Serão elegíveis todas as pessoas físicas que possuam vínculo com o Estipulante, e que possuam vínculo empregatício, com carteira de trabalho assinada em conformidade com a Consolidação das Leis do Trabalho, comprovando um período mínimo de 12 (doze) meses de trabalho ininterrupto para um mesmo empregador, com uma jornada de trabalho mínima de 30 (trinta) horas semanais na data do evento.

2. Riscos Excluídos

2.1. Além dos riscos excluídos mencionados nas condições gerais, estarão excluídos da Cobertura Adicional de Perda de Emprego os eventos ocorridos em consequência de:

- a) renúncia ou pedido de demissão voluntária do trabalho;
- b) demissão por justa causa do trabalhador Segurado;
- c) jubilação, pensão ou aposentadoria do trabalhador segurado;
- d) programas de demissão voluntária (PDV), incentivados pelo Empregador do Segurado;
- e) estágios e contratos de trabalho temporário em geral;
- f) falência;
- g) campanhas de demissões em massa. Considera-se “demissão em massa” o caso de empresas que demitam mais de 10% (dez por cento) de seu quadro de pessoal no mesmo mês;
- h) demissões decorrentes do encerramento das atividades do empregador.

2.1.1. Funcionários que tenham cargo de eleição pública e que não forem regidos pela Consolidação das Leis do Trabalho, incluindo-se assessores e outros de nomeação em Diário Oficial.

3. Capital Segurado

3.1. Os limites de capital segurado serão determinados pelo Estipulante conforme condições contratuais acordadas entre as partes, e corresponderão ao valor do compromisso financeiro assumido pelo Segurado junto ao Estipulante.

3.2. O capital segurado para esta Cobertura será definido na Apólice. As indenizações previstas por esta Cobertura são cumulativas com qualquer outra garantia da apólice. O pagamento do capital segurado será concedido na forma de rendas mensais, desde que o Segurado permaneça na condição de desempregado durante a percepção do recebimento do capital segurado.

3.3. Considera-se como data do evento, para efeito de determinação de capital segurado, quando da liquidação do sinistro, a data do evento coberto.

4. Prêmio

4.1. A seguradora cobrará prêmio adicional ao seguro total contratado pelo segurado, conforme estabelecido nas condições contratuais do plano.

5. Carência e Franquia

5.1 Caso haja carência, esta será estabelecida nas Condições Particulares e constará na Proposta de Adesão e/ou no Certificado Individual. A carência será contada a partir das 24 (vinte e quatro) horas do início de vigência do seguro. Não haverá prorrogação de vigência resultante da aplicação da carência.

5.2. Poderá ser aplicada uma franquia em dias por evento, ou seja, o Segurado só estará coberto por este seguro caso permaneça internado por tempo maior do que a franquia estipulada.

5.3. Caso haja a franquia, esta será estabelecida nas Condições Particulares e constará na Proposta de Adesão e/ou no Certificado Individual.

6. Cessação da Cobertura Adicional

6.1. Esta cobertura adicional cessará:

- simultânea e obrigatoriamente quando ocorrer o cancelamento ou a não renovação da apólice à qual está vinculada;
- a pedido do Estipulante do seguro, ou a critério da Seguradora, por escrito, com prazo mínimo de 60 (sessenta) dias de antecedência contados do aniversário da apólice, bem como a anuência prévia e expressa dos segurados que representem, no mínimo, $\frac{3}{4}$ (três quartos) do Grupo Segurado.

7. Liquidação de Sinistros

7.1. Em caso de sinistro coberto por este Seguro, o Segurado, o(s) Beneficiário(s) ou o(s) representante(s) legal(is) deverá(ão) comunicá-lo à Seguradora por meio de "AVISO DE SINISTRO" e provar sua ocorrência por meio da entrega dos documentos à Seguradora contendo no mínimo nome completo do Segurado, número do certificado, DDD e telefone para contato, nome(s) da(s) pessoa(s) para contato, cópias autenticadas do RG ou outro documento de identificação, do CPF e do comprovante de residência do Segurado, acrescidos dos documentos relacionados abaixo:

- a) cópia autenticada das seguintes páginas da carteira de trabalho: página da foto, página da qualificação civil, página da admissão e dispensa e página posterior em branco;**
- b) cópia autenticada do termo de rescisão de contrato de trabalho devidamente homologado com a discriminação das verbas rescisórias.**
- c) cópia dos comprovantes de pagamento.**
- d) documento oficial informando o valor do bem, o saldo devedor (original) e o valor das parcelas do financiamento;**
- e) cópia autenticada do cartão do CNPJ do Estipulante;**
- f) cópia autenticada do Estatuto/Contrato Social e respectivas alterações;**
- g) cópias autenticadas dos CPF's dos administradores constantes no referido Estatuto/Contrato Social;**

h) Autorização para crédito em conta, no caso de eventual pagamento.

7.2. A periodicidade em que as informações deverão ser atualizadas pelo Segurado será determinada em condições contratuais e tem a finalidade de comprovar o estado de desemprego, para continuidade do processo de indenização.

7.3. As despesas efetuadas com a comprovação do evento coberto e os documentos de habilitação do sinistro correrão por conta do(s) Beneficiário(s) ou representante(s) legal(is), salvo aquelas efetuadas diretamente pela Seguradora.

7.4. A partir da entrega de toda a documentação exigível por parte do(s) beneficiário(s), a seguradora terá o prazo de 30 (trinta) dias para regular o sinistro.

7.4.1. Considera-se como data do evento, para efeito de determinação de capital segurado, quando da liquidação do sinistro, a data do evento coberto.

7.4.2. Se o pagamento da indenização devida ocorrer após o prazo de 30 (trinta) dias estipulado para a liquidação do sinistro, contados da entrega da documentação constante no subitem 7.1, aplicar-se-á, a partir da data do sinistro, correção monetária pelo IPCA/IBGE (Índice de Preços ao Consumidor Amplo do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística) ou, na falta deste, pelo IPC/FIPE (Índice de Preços ao Consumidor da Fundação Instituto de Pesquisas Econômicas), considerando-se a variação apurada entre o último índice publicado antes da data da exigibilidade da obrigação pecuniária e aquele publicado imediatamente anterior à data de sua efetiva liquidação, acrescida da aplicação de juros moratórios de 1% (um por cento) ao mês, contados a partir do primeiro dia posterior ao término do prazo fixado nestas condições gerais.

7.5. O valor a ser indenizado ao segurado, ao(s) Beneficiário(s) ou representante(s) legal(is) será igual ao valor do compromisso financeiro contratado, conforme condições contratuais.

8. Beneficiários

8.1. É(são) a(s) pessoa(s) que, em decorrência de sinistro coberto, fará(ão) jus ao recebimento do valor do Capital Segurado.

8.2. O primeiro Beneficiário será sempre o Estipulante, no valor correspondente à eventual dívida do Segurado existente à época do sinistro, limitado ao valor do Capital Segurado.

8.3. Caso haja saldo remanescente entre a indenização realizada junto ao Estipulante e o valor do Capital Segurado, este valor será pago ao(s) segundo(s) Beneficiário(s) indicado(s) pelo Segurado, nos termos da Cláusula 20 das Condições Gerais.

8.4. No contrato firmado entre Segurado e Estipulante, deverá constar a condição dos Beneficiários determinada neste item das Condições Especiais.

9. Disposição Final

9.1. Aplicam-se a este Seguro as Condições Gerais do Seguro de Vida Prestamista Usebens não modificadas por estas condições especiais.

**DA COBERTURA ADICIONAL DE RENDA POR INCAPACIDADE TEMPORÁRIA POR
DOENÇA OU ACIDENTE**

1. Objetivo do Seguro

1.1. Esta cobertura tem por objetivo garantir, dentro dos limites estabelecidos e observadas as demais condições contratuais, o pagamento de um número determinado no Certificado Individual de Seguro de rendas (parcelas) mensais, durante todo o período do financiamento contraído pelo Segurado junto ao Estipulante, a partir do dia da ocorrência do evento, caso o Segurado venha ficar impossibilitado contínua e ininterruptamente de exercer sua profissão ou ocupação, durante o período em que se encontrar sob tratamento médico.

1.2. Considera-se como dia da ocorrência do evento a data indicada na declaração médica.

1.3. Elegibilidade: Serão elegíveis as pessoas físicas que desenvolvam atividades profissionais como autônomos, empresários e os profissionais liberais, devidamente regulamentados, que possuam vínculo com o Estipulante, que possam comprovar a atividade remunerada regular.

2. Riscos Excluídos

2.1. Além dos riscos excluídos mencionados nas condições gerais, estarão excluídos da Cobertura Adicional de Renda por Incapacidade Temporária por Doença ou Acidente os eventos ocorridos em consequência de:

- a) incapacidades, doenças, acidentes, lesões traumáticas e cirurgias comprovadamente anteriores à celebração do seguro, para as quais o Segurado tenha procurado ou recebido atendimento médico-hospitalar de qualquer natureza, mesmo que os afastamentos sejam decorrentes de agravamento, seqüela ou reaparecimento destas, ou de seus sintomas e sinais, ou ainda, das complicações crônicas ou degenerantes delas consequentes;
- b) ato reconhecidamente perigoso, que não seja motivado por necessidade justificada;
- c) prática pelo Segurado de atos ilícitos dolosos ou contrários à lei;
- d) hospitalização para a realização de exames de rotina;
- e) tratamento para esterilização, fertilização e mudança de sexo;

- f) cirurgias plásticas, exceto aquelas com finalidade comprovadamente restauradora de função diretamente afetada por eventos cobertos pelo seguro;
- g) tratamento para obesidade em suas várias modalidades;
- h) procedimentos não previstos no Código Brasileiro de Ética Médica e os não reconhecidos pelo Serviço Nacional de Fiscalização de Medicina e Farmácia;
- i) distúrbios ou doenças psiquiátricas, bem como quaisquer eventos ou conseqüências deles decorrentes;
- j) afastamentos decorrentes de um mesmo evento que já tenha sido indenizado pela apólice de seguro vigente; e
- k) lesões causadas por esforços repetitivos (LER) e distúrbios osteomusculares relacionados ao trabalho (DORT).

2.1.1. Também estarão excluídos da cobertura adicional de Renda por Incapacidade Temporária por Doença ou Acidente os profissionais da economia informal que não sejam profissionais liberais e/ou autônomos regulamentados, ou seja, aqueles que não têm como comprovar uma atividade remunerada regular.

3. Capital Segurado

3.1. Os limites de capital segurado serão determinados pelo Estipulante conforme condições contratuais acordadas entre as partes, e corresponderão ao valor do compromisso financeiro assumido pelo Segurado junto ao Estipulante.

3.2. O Capital Segurado para esta Cobertura será definido na Apólice. As indenizações objeto desta cobertura são cumulativas com qualquer outra garantia da apólice. Quando o Segurado ficar incapacitado temporariamente de exercer suas atividades profissionais por solicitação médica, em decorrência de doença ou acidente pessoal coberto, a indenização será concedida na forma de renda mensal, desde que o Segurado permaneça na condição de incapacitado durante a percepção do recebimento do capital segurado.

3.3. Estando o sinistro coberto, o pagamento da primeira renda será efetuado até o 30º (trigésimo) dia útil da entrega da documentação completa à Seguradora e os demais pagamentos, prevalecendo

a condição de incapacidade temporária, serão realizados a cada 30 (trinta) dias do último, observado o número de rendas contratadas.

3.4. Considera-se como data do evento, para efeito de determinação de capital segurado, quando da liquidação do sinistro, a data indicada na declaração médica.

4. Prêmio

4.1. A Seguradora cobrará prêmio adicional ao seguro total contratado pelo segurado, conforme estabelecido nas condições contratuais do plano.

5. Carência e Franquia

5.1. Caso haja carência, esta será estabelecida nas Condições Particulares e constará na Proposta de Adesão e/ou no Certificado Individual. A carência será contada a partir das 24 (vinte e quatro) horas do início de vigência do seguro. Não haverá prorrogação de vigência resultante da aplicação da carência.

5.2. Para afastamentos decorrentes de acidentes, não haverá carência.

5.3. Poderá ser aplicada uma franquia em dias por evento, ou seja, o Segurado só estará coberto por este seguro caso permaneça afastado por tempo maior do que a franquia estipulada.

5.4. Caso haja a franquia, esta será estabelecida nas Condições Particulares e constará na Proposta de Adesão e/ou no Certificado Individual.

6. Perícia Médica

6.1. A Seguradora reserva-se o direito de efetuar perícia médica a qualquer momento, a fim de elucidar quaisquer dúvidas relativas à ocorrência do evento.

6.2. A perícia será efetuada por médico designado pela Seguradora, arcando esta com os custos relativos a seus honorários, sem quaisquer ônus para o Segurado.

7. Junta Médica

7.1. No caso de divergências sobre a causa, natureza ou avaliação do estado de Incapacidade Temporária por Doença ou Acidente, a Seguradora proporá ao Segurado, por meio de correspondência escrita dentro do prazo de 15 (quinze) dias a contar da data da contestação, a constituição de junta médica.

7.2. A junta médica será constituída por 3 (três) membros, sendo um nomeado pela Seguradora, outro pelo Segurado e um terceiro, desempataador, escolhido pelos dois nomeados.

7.3. Cada uma das partes pagará os honorários do médico que tiver designado e os do terceiro serão pagos em partes iguais pelo Segurado e pela Seguradora.

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

8. Cessação da Cobertura Adicional

8.1. Esta cobertura adicional cessará:

- simultânea e obrigatoriamente quando ocorrer o cancelamento ou a não renovação da apólice à qual está vinculada;
- a pedido do Estipulante do seguro, ou a critério da Seguradora, por escrito, com prazo mínimo de 60 (sessenta) dias de antecedência contados do aniversário da apólice, bem como a anuência prévia e expressa dos segurados que representem, no mínimo, $\frac{3}{4}$ (três quartos) do Grupo Segurado.

9. Liquidação de Sinistros

9.1. Em caso de sinistro coberto por este Seguro, o Segurado, o(s) Beneficiário(s) ou o(s) representante(s) legal(is) deverá(ão) comunicá-lo à Seguradora por meio de "AVISO DE SINISTRO" e provar sua ocorrência por meio da entrega dos documentos à Seguradora contendo no mínimo nome completo do Segurado, número do certificado, DDD e telefone para contato,

nome(s) da(s) pessoa(s) para contato, cópias autenticadas do RG ou outro documento de identificação, do CPF e do comprovante de residência do Segurado, acrescidos dos documentos relacionados abaixo:

a) relatório médico original detalhando o atendimento, diagnóstico e tratamento aplicado, bem como o tempo previsto de incapacidade, emitido pelo profissional legalmente habilitado (médico) que atendeu o segurado na data do evento;

b) exames realizados que comprovem a Perda de Renda por Incapacidade Física Temporária (original ou cópia simples);

c) cópia autenticada do documento que comprove a atividade autônoma, podendo ser:

- última declaração do Imposto de Renda;

- recibo de pagamento autônomo;

- carnê-leão, acrescido do documento que comprove a atividade desempenhada;

- comprovante dos últimos 3 (três) meses anteriores à data do evento, do pagamento de INSS, acrescido do documento que comprove a atividade desempenhada;

- inscrição na Prefeitura, acrescido do último comprovante de pagamento da taxa de fiscalização de estabelecimento, pago antes da ocorrência do sinistro;

- cópia simples do Boletim de Ocorrência Policial (BO), quando aplicável;

d) cópia dos comprovantes de pagamento.

e) documento oficial informando o valor do bem, o saldo devedor (original) e o valor das parcelas do financiamento;

f) cópia autenticada do cartão do CNPJ do Estipulante;

g) cópia autenticada do Estatuto/Contrato Social e respectivas alterações;

h) cópias autenticadas dos CPF's dos administradores constantes no referido Estatuto/Contrato Social;

i) Autorização para crédito em conta, no caso de eventual pagamento.

9.2. As despesas efetuadas com a comprovação do evento coberto e os documentos de habilitação do sinistro correrão por conta do(s) Beneficiário(s) ou representante(s) legal(is), salvo aquelas efetuadas diretamente pela Seguradora.

9.3. A partir da entrega de toda a documentação exigível por parte do(s) Beneficiário(s), a Seguradora terá o prazo de 30 (trinta) dias para regular o sinistro.

9.3.1. Considera-se como data do evento, para efeito de determinação de capital segurado, quando da liquidação do sinistro, a data indicada na declaração médica.

9.3.2. Se o pagamento da indenização devida ocorrer após o prazo de 30 (trinta) dias estipulado para a liquidação do sinistro, contados da entrega da documentação constante no subitem 9.1, aplicar-se-á, a partir da data do sinistro, correção monetária pelo IPCA/IBGE (Índice de Preços ao Consumidor Amplo do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística) ou, na falta deste, pelo IPC/FIPE (Índice de Preços ao Consumidor da Fundação Instituto de Pesquisas Econômicas), considerando-se a variação apurada entre o último índice publicado antes da data da exigibilidade da obrigação pecuniária e aquele publicado imediatamente anterior à data de sua efetiva liquidação, acrescida da aplicação de juros moratórios de 1% (um por cento) ao mês, contados a partir do primeiro dia posterior ao término do prazo fixado nestas condições gerais.

9.4. O valor a ser indenizado ao segurado, ao(s) Beneficiário(s) ou representante(s) legal(is) será igual ao valor do compromisso financeiro contratado, conforme condições contratuais.

10. Beneficiários

10.1. É(são) a(s) pessoa(s) que, em decorrência de sinistro coberto, fará(ão) jus ao recebimento do valor do Capital Segurado.

10.2. O primeiro Beneficiário será sempre o Estipulante, no valor correspondente à eventual dívida do Segurado existente à época do sinistro, limitado ao valor do Capital Segurado.

10.3. Caso haja saldo remanescente entre a indenização realizada junto ao Estipulante e o valor do Capital Segurado, este valor será pago ao(s) segundo(s) Beneficiário(s) indicado(s) pelo Segurado, nos termos da Cláusula 20 das Condições Gerais.

10.4. No contrato firmado entre Segurado e Estipulante, deverá constar a condição dos Beneficiários determinada neste item das Condições Especiais.

11. Disposição Final

11.1. Aplicam-se a este Seguro as Condições Gerais do Seguro de Vida Prestamista Usebens não modificadas por estas condições especiais.

**DA COBERTURA ADICIONAL DE DIÁRIA DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR POR DOENÇA
OU ACIDENTE**

1. Objetivo do Seguro

1.1. Obedecidas as condições e os limites estabelecidos, assim como o prêmio correspondente, esta cobertura tem por objetivo garantir ao Segurado o pagamento do benefício diário fixo, para cada evento, referente a cada dia de hospitalização do Segurado, decorrente de doenças ou acidentes previstos e cobertos por este seguro.

1.2. Beneficiário: o Beneficiário desta cobertura será o próprio Segurado ou seu representante legal, em caso de impossibilidade.

2. Da Cobertura

2.1. Esta cobertura garante ao Segurado o pagamento de um valor diário fixo, referente a cada dia de internação hospitalar, em instituição hospitalar coberta, desde que esta hospitalização seja decorrente de doença ou acidente pessoal devidamente cobertos, respeitados os demais itens destas Condições Especiais.

2.2. A cobertura inicia-se no 1º (primeiro) dia da caracterização do evento hospitalização e termina no dia da alta médica hospitalar do segurado, respeitando o limite máximo de indenização.

2.3. Caracteriza-se como evento hospitalização a internação em uma Instituição Hospitalar coberta, pelo período mínimo de **12 (doze)** horas, devidamente comprovada para fins legais com registro de pelo menos 1 (uma) diária hospitalar.

2.4. O limite máximo de indenização desta cobertura será de até **365 (trezentas e sessenta e cinco)** diárias por evento, definido no Certificado de Seguro, sendo que nas reinternações, as diárias serão cumulativas para este efeito.

2.5. Considera-se reinternação a internação que se inicia no período de vigência deste seguro, respeitado o limite máximo de indenização, e que resulte de causas que sejam iguais ou relacionadas com o mesmo evento, e para a qual já se tenha pago indenização por este seguro.

2.6. As internações resultantes de um mesmo evento, mas que estejam separadas entre si por período igual ou superior a 12 (doze) meses não serão consideradas como uma mesma internação.

2.7. Para as internações que comprovadamente ocorrerem em uma Unidade de Terapia Intensiva (UTI), o pagamento do valor diário fixo poderá ser pago em dobro, durante o período da internação.

3. Riscos Excluídos

3.1. Além dos riscos excluídos previstos nas Condições Gerais do Seguro, estarão excluídos da cobertura de Diária de Internação Hospitalar por Doença ou Acidente os eventos ocorridos em consequência de:

I - Incapacidades, acidentes, lesões traumáticas e cirurgias comprovadamente anteriores à celebração do seguro, para as quais o segurado tenha procurado ou recebido atendimento médico-hospitalar de qualquer natureza, mesmo que os afastamentos sejam decorrentes de agravamento, seqüela ou reaparecimento destas, ou de seus sintomas e sinais, ou ainda, das complicações crônicas ou degenerantes dela consequentes;

II - Hospitalização para a realização de exames de rotina, check-ups, investigação diagnóstica ou qualquer outro exame sem que haja abalo na saúde normal;

III - Hospitalização decorrente de doenças congênitas;

IV - Hospitalização quando o Segurado não estiver sob cuidados de médicos legalmente habilitados;

V - Períodos de convalescença enquanto o Segurado estiver sob cuidados médicos fora de Instituição Hospitalar, ainda que o mesmo seja assistido em tempo integral por equipe médica;

VI - Distúrbios ou doenças psiquiátricas, bem como quaisquer eventos ou consequências deles decorrentes, inclusive as que exijam psicanálise, sonoterapia ou psicoterapia, stress, independentemente de suas causas, inclusive depressão;

VII - Lesões causadas por esforços repetitivos (L.E.R.) e distúrbios osteomusculares

relacionados ao trabalho (D.O.R.T.);

VIII - Hospitalizações decorrentes de infecção pelo vírus HIV ou suas variações, incluindo a Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS) e todos os complexos de doenças a ela relacionadas.

3.2. Estão excluídas desta cobertura as internações em Instituições não cobertas do tipo abaixo relacionadas:

I - Instituições para atendimento de deficientes mentais, ou seja, uma instituição primordialmente dedicada ao tratamento de enfermidades psiquiátricas, incluindo subnormalidades, ou ainda o departamento psiquiátrico de um hospital;

II - Local para idosos, casas de descanso, asilos e assemelhados;

III - Instituições de saúde hidroterápica ou clínica de métodos curativos naturais; unidade especial de hospital usada primordialmente como um lugar para viciados em drogas ou álcool, ou como uma instituição de saúde para convalescentes ou para reabilitação; clínicas de emagrecimento, rejuvenescimento ou SPA;

IV - Home Care (internação domiciliar).

4. Capital Segurado

4.1. O capital segurado poderá ser escolhido pelo Proponente, conforme as opções vigentes na data da contratação deste seguro e estabelecidas na Proposta de Seguro, e representará o valor a ser pago por cada diária de internação hospitalar por acidente.

4.2. Para efeitos de apuração do valor da indenização, será considerado o valor do Capital Segurado vigente na data da ocorrência do sinistro.

4.3. A data da ocorrência do sinistro para a cobertura do seguro será a data da comprovação médica da internação hospitalar.

4.4. O valor do capital segurado deverá ser estabelecido sob a forma de diária, independentemente das despesas efetuadas pelo segurado.

4.5. O capital segurado não poderá ultrapassar o máximo de 1/365 do Limite Contratual Máximo da Seguradora.

4.6. Caso o Segurado realize a contratação de mais de um seguro regido por estas Condições Gerais, a soma dos Capitais Segurados referentes ao mesmo Segurado não poderá ultrapassar 1/365 (um trezentos e sessenta e cinco avos) do Limite Contratual Máximo da Seguradora.

4.7. Todos os valores deverão ser expressos em moeda corrente nacional, estando vedada a utilização de qualquer outra unidade monetária.

5. Prêmio

5.1. A Seguradora cobrará prêmio adicional ao seguro total contratado pelo segurado, conforme estabelecido nas condições contratuais do plano.

6. Carência

6.1. Caso haja carência, será estabelecida no contrato e constará na Proposta de Adesão e/ou no Certificado Individual.

6.2. O prazo de carência, exceto no caso de suicídio ou sua tentativa, não poderá exceder metade do prazo de vigência previsto pelo Certificado de Seguro.

6.3. Não há carência para os eventos decorrentes de Acidente Pessoal.

7. Franquia

7.1. Poderá ser aplicada uma franquia em dias por evento, ou seja, o Segurado só estará coberto por este seguro caso permaneça internado por tempo maior do que a franquia estipulada.

7.2. Caso haja a franquia, esta será estabelecida nas Condições Particulares e constará na Proposta de Adesão e/ou no Certificado Individual.

8. Cessação da Cobertura Adicional

8.1. Esta cobertura adicional cessará:

- simultânea e obrigatoriamente quando ocorrer o cancelamento ou a não renovação da apólice à qual está vinculada;
- a pedido do Estipulante do seguro, ou a critério da Seguradora, por escrito, com prazo mínimo de 60 (sessenta) dias de antecedência contados do aniversário da apólice, bem como a anuência prévia e expressa dos segurados que representem, no mínimo, $\frac{3}{4}$ (três quartos) do Grupo Segurado.

9. Liquidação de Sinistros

9.1. Os documentos básicos, necessários para a Regulação e Liquidação de Sinistros, que deverão ser encaminhados pelo Segurado para à Seguradora são os seguintes:

- I - Autorização para Crédito de Indenização em Conta Corrente (formulário fornecido pela Seguradora);
- II - Cópia do RG ou Certidão de Nascimento, CPF e Comprovante de Residência do Segurado;
- III - Relatório médico original detalhando o atendimento, diagnóstico e tratamento aplicado, bem como o tempo previsto de incapacidade, emitido pelo profissional legalmente habilitado (médico) que atendeu o segurado na data do evento;
- IV - Documento que comprove a hospitalização do segurado (Declaração do Hospital), desde que este seja um documento comprobatório para fins legais, contendo nome do segurado, data da internação e da alta médica, diagnóstico detalhado, descrição do procedimento, tratamento ou cirurgias realizadas, identificação do médico assistente;
- V - Prontuário médico hospitalar completo, fornecido pela Instituição Hospitalar;
- VI - Exames realizados que comprovem necessidade da Internação Hospitalar, original ou cópia autenticada;
- VII - Cópia do Boletim de ocorrência policial ou Certidão de Ocorrência Policial, quando necessário;
- VIII - Cópia da Carteira Nacional de Habilitação, se o Segurado era o condutor do veículo na ocasião do acidente;
- IX - No caso de internação hospitalar por período superior a 15 (quinze) dias, anexar relatório médico justificativo e com o período estimado de permanência, a cada 15 (quinze) dias de internação.

9.2. A Seguradora poderá solicitar, no caso de dúvida fundada e justificável, outros documentos e/ou informações e esclarecimentos complementares, além dos documentos básicos listados no item anterior, conforme previsto nas Condições Gerais.

9.3. As despesas efetuadas com a comprovação do sinistro e com os respectivos documentos solicitados correrão por conta do Segurado, salvo as diretamente realizadas pela Seguradora.

9.4. Fica estabelecido o prazo de 30 (trinta) dias para o pagamento da Indenização devida pelo presente seguro, contado a partir do recebimento de toda a documentação básica de que trata esta cláusula, que comprove a ocorrência de Sinistro e os prejuízos indenizáveis.

9.5. Na hipótese de vir a ser feito pedido de documentos e informações ou esclarecimentos complementares ao Segurado, conforme permitido por esta cláusula, o prazo de que trata o parágrafo anterior ficará suspenso e somente voltará a correr a partir do dia útil subsequente àquele em que forem completamente atendidas as exigências pelo Segurado.

10. Perícia Médica

10.1. A Seguradora reserva-se o direito de efetuar perícia médica a qualquer momento, a fim de elucidar quaisquer dúvidas relativas à ocorrência do evento.

10.2. A perícia será efetuada por médico designado pela Seguradora, arcando esta com os custos relativos a seus honorários, sem quaisquer ônus para o Segurado.

11. Despesas de Comprovação

11.1. As despesas efetuadas com a legitimação da Diária de Internação Hospitalar por Doença ou Acidente serão de responsabilidade do próprio Segurado, salvo aquelas efetuadas diretamente pela Seguradora, com a finalidade de esclarecer circunstâncias sobre o sinistro. As providências que a Seguradora tomar visando esclarecer as circunstâncias do sinistro não constituirão ato de reconhecimento da obrigação de pagar o capital segurado.

12. Disposição Final

12.1. Aplicam-se a este Seguro as Condições Gerais do Seguro de Vida Prestamista Usebens não modificadas por estas condições especiais.

DA COBERTURA ADICIONAL DIÁRIA DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR POR ACIDENTE

1. Objetivo do Seguro

1.1. Obedecidas as condições e os limites estabelecidos, assim como o prêmio correspondente, esta cobertura tem por objetivo garantir ao Segurado o pagamento do benefício diário fixo, para cada evento, referente a cada dia de hospitalização do Segurado, decorrente de acidentes previstos e cobertos por este seguro.

1.2. Beneficiário: o Beneficiário desta cobertura será o próprio Segurado ou seu representante legal, em caso de impossibilidade.

2. Da Cobertura

2.1. Esta cobertura garante ao Segurado o pagamento de um valor diário fixo, referente a cada dia de internação hospitalar, em instituição hospitalar coberta, desde que esta hospitalização seja decorrente de acidente pessoal devidamente coberto, respeitados os demais itens destas Condições Especiais.

2.2. A cobertura inicia-se no 1º (primeiro) dia da caracterização do evento hospitalização e termina no dia da alta médica hospitalar do segurado, respeitando o limite máximo de indenização.

2.3. Caracteriza-se como evento hospitalização a internação em uma Instituição Hospitalar coberta, pelo período mínimo de **12 (doze)** horas, devidamente comprovada para fins legais com registro de pelo menos 1 (uma) diária hospitalar.

2.4. O limite máximo de indenização desta cobertura será de até **365 (trezentas e sessenta e cinco)** diárias por evento, definido no Certificado de Seguro, sendo que nas reinternações, as diárias serão cumulativas para este efeito.

2.5. Considera-se reinternação a internação que se inicia no período de vigência deste seguro, respeitado o limite máximo de indenização, e que resulte de causas que sejam iguais ou relacionadas com o mesmo evento, e para a qual já se tenha pago indenização por este seguro.

2.6. As internações resultantes de um mesmo evento, mas que estejam separadas entre si por período igual ou superior a 12 (doze) meses não serão consideradas como uma mesma internação.

2.7. Para as internações que comprovadamente ocorrerem em uma Unidade de Terapia Intensiva (UTI), o pagamento do valor diário fixo poderá ser pago em dobro, durante o período da internação.

3. Riscos Excluídos

3.1. Além dos riscos excluídos previstos nas Condições Gerais do Seguro, estarão excluídos da cobertura de Diária por Internação Hospitalar por Acidente os eventos ocorridos em consequência de:

I - Incapacidades, acidentes, lesões traumáticas e cirurgias comprovadamente anteriores à celebração do seguro, para as quais o segurado tenha procurado ou recebido atendimento médico-hospitalar de qualquer natureza, mesmo que os afastamentos sejam decorrentes de agravamento, seqüela ou reaparecimento destas, ou de seus sintomas e sinais, ou ainda, das complicações crônicas ou degenerantes dela consequentes;

II - Hospitalização para a realização de exames de rotina, check-ups, investigação diagnóstica ou qualquer outro exame sem que haja abalo na saúde normal;

III - Hospitalização decorrente de doenças;

IV - Hospitalização quando o Segurado não estiver sob cuidados de médicos legalmente habilitados;

V - Períodos de convalescença enquanto o Segurado estiver sob cuidados médicos fora de Instituição Hospitalar, ainda que o mesmo seja assistido em tempo integral por equipe médica;

VI - Distúrbios ou doenças psiquiátricas, bem como quaisquer eventos ou consequências deles decorrentes, inclusive as que exijam psicanálise, sonoterapia ou psicoterapia, stress, independentemente de suas causas, inclusive depressão;

VII - Lesões causadas por esforços repetitivos (L.E.R.) e distúrbios osteomusculares

relacionados ao trabalho (D.O.R.T.);

VIII - Hospitalizações decorrentes de infecção pelo vírus HIV ou suas variações, incluindo a Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS) e todos os complexos de doenças a ela relacionadas.

3.2. Estão excluídas desta cobertura as internações em Instituições não cobertas do tipo abaixo relacionadas:

I - Instituições para atendimento de deficientes mentais, ou seja, uma instituição primordialmente dedicada ao tratamento de enfermidades psiquiátricas, incluindo subnormalidades, ou ainda o departamento psiquiátrico de um hospital;

II - Local para idosos, casas de descanso, asilos e assemelhados;

III - Instituições de saúde hidroterápica ou clínica de métodos curativos naturais; unidade especial de hospital usada primordialmente como um lugar para viciados em drogas ou álcool, ou como uma instituição de saúde para convalescentes ou para reabilitação; clínicas de emagrecimento, rejuvenescimento ou SPA;

IV - Home Care (internação domiciliar).

4. Capital Segurado

4.1. O capital segurado poderá ser escolhido pelo Proponente, conforme as opções vigentes na data da contratação deste seguro e estabelecidas na Proposta de Seguro, e representará o valor a ser pago por cada diária de internação hospitalar por acidente.

4.2. Para efeitos de apuração do valor da indenização, será considerado o valor do Capital Segurado vigente na data da ocorrência do sinistro.

4.3. A data da ocorrência do sinistro para a cobertura do seguro será a data da comprovação médica da internação hospitalar.

4.4. O valor do capital segurado deverá ser estabelecido sob a forma de diária, independentemente das despesas efetuadas pelo segurado.

4.5. O capital segurado não poderá ultrapassar o máximo de 1/365 do Limite Contratual Máximo da Seguradora.

4.6. Caso o Segurado realize a contratação de mais de um seguro regido por estas Condições Gerais, a soma dos Capitais Segurados referentes ao mesmo Segurado não poderá ultrapassar 1/365 (um trezentos e sessenta e cinco avos) do Limite Contratual Máximo da Seguradora.

4.7. Todos os valores deverão ser expressos em moeda corrente nacional, estando vedada a utilização de qualquer outra unidade monetária.

5. Prêmio

5.1. A Seguradora cobrará prêmio adicional ao seguro total contratado pelo segurado, conforme estabelecido nas condições contratuais do plano.

6. Carência

6.1. Não há carência para os eventos decorrentes de Acidente Pessoal.

7. Franquia

7.1. Poderá ser aplicada uma franquia em dias por evento, ou seja, o Segurado só estará coberto por este seguro caso permaneça internado por tempo maior do que a franquia estipulada.

7.2. Caso haja a franquia, esta será estabelecida nas Condições Particulares e constará na Proposta de Adesão e/ou no Certificado Individual.

8. Cessação da Cobertura Adicional

8.1. Esta cobertura adicional cessará:

- simultânea e obrigatoriamente quando ocorrer o cancelamento ou a não renovação da apólice à qual está vinculada;

- a pedido do Estipulante do seguro, ou a critério da Seguradora, por escrito, com prazo mínimo de 60 (sessenta) dias de antecedência contados do aniversário da apólice, bem como a anuência prévia e expressa dos segurados que representem, no mínimo, $\frac{3}{4}$ (três quartos) do Grupo Segurado.

9. Liquidação de Sinistros

9.1. Os documentos básicos, necessários para a Regulação e Liquidação de Sinistros, que deverão ser encaminhados pelo Segurado para à Seguradora são os seguintes:

I - Autorização para Crédito de Indenização em Conta Corrente (formulário fornecido pela Seguradora);

II - Cópia do RG ou Certidão de Nascimento, CPF e Comprovante de Residência do Segurado;

III - Relatório médico original detalhando o atendimento, diagnóstico e tratamento aplicado, bem como o tempo previsto de incapacidade, emitido pelo profissional legalmente habilitado (médico) que atendeu o segurado na data do evento;

IV - Documento que comprove a hospitalização do segurado (Declaração do Hospital), desde que este seja um documento comprobatório para fins legais, contendo nome do segurado, data da internação e da alta médica, diagnóstico detalhado, descrição do procedimento, tratamento ou cirurgias realizadas, identificação do médico assistente;

V - Prontuário médico hospitalar completo, fornecido pela Instituição Hospitalar;

VI - Exames realizados que comprovem necessidade da Internação Hospitalar, original ou cópia autenticada;

VII - Cópia do Boletim de ocorrência policial ou Certidão de Ocorrência Policial, quando necessário;

VIII - Cópia da Carteira Nacional de Habilitação, se o Segurado era o condutor do veículo na ocasião do acidente;

IX - No caso de internação hospitalar por período superior a 15 (quinze) dias, anexar relatório médico justificativo e com o período estimado de permanência, a cada 15 (quinze) dias de internação.

9.2. A Seguradora poderá solicitar, no caso de dúvida fundada e justificável, outros documentos e/ou informações e esclarecimentos complementares, além dos documentos básicos listados no item anterior, conforme previsto nas Condições Gerais.

9.3. As despesas efetuadas com a comprovação do sinistro e com os respectivos documentos solicitados correrão por conta do Segurado, salvo as diretamente realizadas pela Seguradora.

9.4. Fica estabelecido o prazo de 30 (trinta) dias para o pagamento da Indenização devida pelo presente seguro, contado a partir do recebimento de toda a documentação básica de que trata esta cláusula, que comprove a ocorrência de Sinistro e os prejuízos indenizáveis.

9.5. Na hipótese de vir a ser feito pedido de documentos e informações ou esclarecimentos complementares ao Segurado, conforme permitido por esta cláusula, o prazo de que trata o parágrafo anterior ficará suspenso e somente voltará a correr a partir do dia útil subsequente àquele em que forem completamente atendidas as exigências pelo Segurado.

10. Perícia Médica

10.1. A Seguradora reserva-se o direito de efetuar perícia médica a qualquer momento, a fim de elucidar quaisquer dúvidas relativas à ocorrência do evento.

10.2. A perícia será efetuada por médico designado pela Seguradora, arcando esta com os custos relativos a seus honorários, sem quaisquer ônus para o Segurado.

11. Despesas de Comprovação

11.1. As despesas efetuadas com a legitimação da Diária de Internação Hospitalar por Acidente serão de responsabilidade do próprio Segurado, salvo aquelas efetuadas diretamente pela Seguradora, com a finalidade de esclarecer circunstâncias sobre o sinistro. As providências que a Seguradora tomar visando esclarecer as circunstâncias do sinistro não constituirão ato de reconhecimento da obrigação de pagar o capital segurado.

12. Disposição Final

12.1. Aplicam-se a este Seguro as Condições Gerais do Seguro de Vida Prestamista Usebens não modificadas por estas condições especiais.

**DA COBERTURA ADICIONAL DE DESPESAS MÉDICAS HOSPITALARES E
ODONTOLÓGICAS POR ACIDENTE**

1. Objetivo do Seguro

1.1. Garante o reembolso, limitado ao capital segurado, de despesas médicas, hospitalares e odontológicas efetuadas pelo Segurado para seu tratamento, sob orientação médica, iniciado nos 30 (trinta) primeiros dias contados da data do acidente pessoal coberto, obedecidas as condições e os limites contratados, salvo se decorrentes de riscos excluídos.

1.2. Cabe ao Segurado a livre escolha dos prestadores de serviços médicos, hospitalares e odontológicos, desde que legalmente habilitados. No entanto, desde que preservada a livre escolha do Segurado, pode a Seguradora estabelecer acordos ou convênios com prestadores de serviços médico-hospitalares e odontológicos para facilitar a prestação de assistência ao Segurado.

1.3. Elegibilidade: Serão elegíveis as pessoas físicas que possuam vínculo com o Estipulante.

2. Riscos Excluídos

2.1. **Configuram Riscos Excluídos da Cobertura de Despesas Médico-Hospitalares e Odontológicas por Acidente e, por isso, não geram ao Segurado direito à Indenização, os Eventos previstos na Cláusula 3 das Condições Gerais do Seguro.**

2.2. **Não estão abrangidas, na cobertura de Despesas Médico-Hospitalares e Odontológicas por Acidente, as despesas decorrentes de:**

- a) estado de convalescença (após a alta médica) e as despesas com acompanhantes;**
- b) aparelhos que se referem à órteses de qualquer natureza e a prótese de caráter permanente, salvo as próteses pela perda de dentes naturais.**

3. Capital Segurado

3.1. O capital segurado poderá ser escolhido pelo Proponente, conforme as opções vigentes na data da contratação deste seguro e estabelecidas na Proposta de Seguro, e representará o valor a ser

reembolsado em caso de despesas médico-hospitalares e odontológicas decorrentes de acidente coberto.

3.2. Para efeitos de apuração do valor da indenização, será considerado o valor do Capital Segurado vigente na data da ocorrência do sinistro.

3.3. A data da ocorrência do sinistro para a cobertura do seguro será a data do evento coberto.

4. Prêmio

4.1. A seguradora cobrará prêmio adicional ao seguro total contratado pelo segurado, conforme estabelecido nas condições contratuais do plano.

5. Carência

5.1. Não há carência para os eventos decorrentes de Acidente Pessoal.

6. Cessaçã da Cobertura Adicional

6.1. Esta cobertura adicional cessará:

- simultânea e obrigatoriamente quando ocorrer o cancelamento ou a não renovação da apólice à qual está vinculada;
- a pedido do Estipulante do Seguro, ou a critério da Seguradora, por escrito, com prazo mínimo de 60 (sessenta) dias de antecedência contados do aniversário da apólice, bem como a anuência prévia e expressa dos segurados que representem, no mínimo, $\frac{3}{4}$ (três quartos) do Grupo Segurado.

7. Liquidação de Sinistros

7.1. Os documentos básicos, necessários para a Regulação e Liquidação de Sinistros, que deverão ser encaminhados pelo Segurado para à Seguradora são os seguintes:

I - Autorização para Crédito de Indenização em Conta Corrente (formulário fornecido pela Seguradora);

- II - Cópia do RG ou Certidão de Nascimento, CPF e Comprovante de Residência do Segurado;
- III - Relatório médico original detalhando o atendimento, diagnóstico e tratamento aplicado, emitido pelo profissional legalmente habilitado (médico) que atendeu o segurado na data do evento;
- IV - Documento que comprove a hospitalização do segurado (Declaração do Hospital), desde que este seja um documento comprobatório para fins legais, contendo nome do segurado, data da internação e da alta médica, diagnóstico detalhado, descrição do procedimento, tratamento ou cirurgias realizadas, identificação do médico assistente;
- V - Prontuário médico hospitalar completo, fornecido pela Instituição Hospitalar;
- VI - Exames realizados que comprovem necessidade da Internação Hospitalar, original ou cópia autenticada;
- VII - Cópia do Boletim de ocorrência policial ou Certidão de Ocorrência Policial, quando necessário;
- VIII - Cópia da Carteira Nacional de Habilitação, se o Segurado era o condutor do veículo na ocasião do acidente;
- IX - Notas Fiscais originais das despesas médicas discriminando cada um dos procedimentos realizados;
- X - cópia autenticada do Receituário Médico.

7.2. Protocolado o Aviso de Sinistro, a Seguradora terá o prazo de 30 (trinta) dias para se manifestar sobre o reconhecimento da invalidez e o pagamento do respectivo capital segurado.

7.2.1. Considera-se como data do evento, para efeito de determinação de capital segurado, quando da liquidação do sinistro, a data do acidente.

7.2.2. Se o pagamento da indenização devida ocorrer após o prazo de 30 (trinta) dias estipulado para a liquidação do sinistro, contados da entrega da documentação constante no subitem 7.1, aplicar-se-á, a partir da data do sinistro, correção monetária pelo IPCA/IBGE (Índice de Preços ao Consumidor Amplo do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística) ou, na falta deste, pelo IPC/FIPE (Índice de Preços ao Consumidor da Fundação Instituto de Pesquisas Econômicas), considerando-se a variação apurada entre o último índice publicado antes da data da exigibilidade da obrigação pecuniária e aquele publicado imediatamente anterior à data de sua efetiva liquidação, acrescida da aplicação de juros moratórios de 1% (um por cento) ao mês, contados a partir do primeiro dia posterior ao término do prazo fixado nestas condições gerais.

7.3. Será facultado à Seguradora, em caso de dúvida fundada e justificável, a adoção de medidas que visem à plena elucidação do sinistro, podendo, inclusive, solicitar documentos que julgue necessários para a apuração do sinistro. **Neste caso, a contagem do prazo para liquidação do sinistro será suspensa e voltará a correr na data em que ocorrer a entrega da documentação solicitada.**

7.4. As providências ou atos que a Seguradora praticar após o evento não implicarão, por si só, no reconhecimento da obrigação de pagar qualquer sinistro. Quando o evento ocorrido não tiver cobertura, a Seguradora comunicará a seu(s) Beneficiário(s) ou representante(s) legal(is) os motivos do não-pagamento da indenização, o que poderá ser feito por intermédio do corretor ou agente captador do seguro.

7.5. O Segurado se compromete a se submeter à avaliação médica com exame clínico, sempre que a Seguradora julgar necessário para esclarecimento de condições relacionadas ao quadro clínico.

7.6. As despesas efetuadas no exterior devem ser ressarcidas com base no câmbio oficial de venda da data do efetivo pagamento realizado pelo Segurado, respeitando-se o limite de cobertura estabelecido, atualizados monetariamente pela Seguradora e com aplicação de juros de mora, se for o caso, quando da liquidação do sinistro.

8. Despesas de Comprovação

8.1. As despesas efetuadas com a legitimação das Despesas Médicas Hospitalares e Odontológicas por Acidente serão de responsabilidade do próprio Segurado, salvo aquelas efetuadas diretamente pela Seguradora, com a finalidade de esclarecer circunstâncias sobre o quadro clínico incapacitante. As providências que a Seguradora tomar visando esclarecer as circunstâncias do sinistro não constituirão ato de reconhecimento da obrigação de pagar o capital segurado.

9. Disposição Final

9.1. Aplicam-se a este Seguro as Condições Gerais do Seguro de Vida Prestamista Usebens não modificadas por estas condições especiais.

**DA COBERTURA ADICIONAL DE DIÁRIA DE INCAPACIDADE TEMPORÁRIA POR
DOENÇA OU ACIDENTE**

1. Objetivo do Seguro

1.1. Obedecidas as condições e os limites estabelecidos, assim como o prêmio correspondente, esta cobertura tem por objetivo garantir ao Segurado o pagamento de benefício diário de incapacidade temporária decorrente de doenças ou acidentes do Segurado, profissional liberal ou autônomo, previstos e cobertos por este seguro.

1.2. Beneficiário: o Beneficiário desta cobertura será o próprio Segurado ou seu representante legal, em caso de impossibilidade.

2. Da Cobertura

2.1. Está coberta a incapacidade temporária do Segurado, por motivo de acidente pessoal ou doença, ocorridos durante a vigência do risco individual, após o período de carência, se houver, que provoque o afastamento de suas atividades remuneradas, determinado por médico e atestado por exames complementares.

2.2. Esta cobertura é aplicável exclusivamente a Segurados sem vínculo empregatício, cuja renda advinha de atividade autônoma que possa ser devidamente comprovada, não se aplicando a Segurados com registro em Carteira de Trabalho.

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

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

2.5. Para fins da cobertura de diárias de incapacidade por acidente, toma-se por conceito de acidente pessoal o constante do Glossário/Definições Legais previstas nas Condições Gerais deste Seguro.

2.6. O limite máximo de indenização desta cobertura será de até **365 (trezentas e sessenta e cinco)** diárias por evento, definido no Certificado de Seguro, sendo que nas reinternações, as diárias serão cumulativas para este efeito.

3. Riscos Excluídos

3.1. Além dos riscos excluídos previstos nas Condições Gerais do Seguro, estarão excluídos da cobertura de Diária de Incapacidade Temporária por Doença ou Acidente os eventos ocorridos em consequência de:

I - Dorsalgias, radiculopatias, ciática e outras neurites;

II - Entesopatia;

III - Entorses, distensões, contusões;

IV - Fraturas de elementos dentários.

4. Capital Segurado

4.1. O capital segurado poderá ser escolhido pelo Proponente, conforme as opções vigentes na data da contratação deste seguro e estabelecidas na Proposta de Seguro, e representará o valor a ser pago por cada diária de incapacidade temporária do Segurado.

4.2. Para efeitos de apuração do valor da indenização, será considerado o valor do Capital Segurado vigente na data da ocorrência do sinistro.

4.3. A data da ocorrência do sinistro para a cobertura do seguro será a data do acidente pessoal ou do diagnóstico da doença que provocou a incapacidade temporária do Segurado.

4.4. O valor do capital segurado deverá ser estabelecido sob a forma de diária, independentemente das despesas efetuadas pelo segurado.

4.5. O capital segurado não poderá ultrapassar o máximo de 1/365 do Limite Contratual Máximo da Seguradora.

4.6. Caso o Segurado realize a contratação de mais de um seguro regido por estas Condições Gerais, a soma dos Capitais Segurados referentes ao mesmo Segurado não poderá ultrapassar 1/365 (um trezentos e sessenta e cinco avos) do Limite Contratual Máximo da Seguradora.

4.7. Todos os valores deverão ser expressos em moeda corrente nacional, estando vedada a utilização de qualquer outra unidade monetária.

5. Prêmio

5.1. A Seguradora cobrará prêmio adicional ao seguro total contratado pelo segurado, conforme estabelecido nas condições contratuais do plano.

6. Carência

6.1. A carência para incapacidade temporária por motivo de doença será estabelecida na apólice, contados a partir da data de início do risco individual, do aumento do Capital Segurado, na parte que se refere a esse aumento ou da recondução do seguro, se suspenso, não havendo cobertura para doenças iniciadas antes ou durante o referido período.

6.2. Não haverá carência para os eventos decorrentes de Acidente Pessoal.

7. Franquia

7.1. Poderá ser aplicada uma franquia em dias por evento, ou seja, o Segurado só estará coberto por este seguro caso permaneça incapacitado por tempo maior do que a franquia estipulada.

7.2. Caso haja a franquia, esta será estabelecida nas Condições Particulares e constará na Proposta de Adesão e/ou no Certificado Individual.

8. Cessação da Cobertura Adicional

8.1. Esta cobertura adicional cessará:

- simultânea e obrigatoriamente quando ocorrer o cancelamento ou a não renovação da apólice à qual está vinculada;
- a pedido do Estipulante do seguro, ou a critério da Seguradora, por escrito, com prazo mínimo de 60 (sessenta) dias de antecedência contados do aniversário da apólice, bem como a anuência prévia e expressa dos segurados que representem, no mínimo, $\frac{3}{4}$ (três quartos) do Grupo Segurado.

9. Liquidação de Sinistros

9.1. Os documentos básicos, necessários para a Regulação e Liquidação de Sinistros, que deverão ser encaminhados pelo Segurado para à Seguradora são os seguintes:

I - Autorização para Crédito de Indenização em Conta Corrente (formulário fornecido pela Seguradora);

II - Cópia do RG ou Certidão de Nascimento, CPF e Comprovante de Residência do Segurado;

III - Cópia autenticada do documento que comprove a atividade autônoma, podendo ser:

- última declaração do Imposto de Renda;

- comprovante de inscrição em Órgão ou Entidade Profissional (ex: CRM, OAB, CRC, CRO, CREA, etc.)

- recibo de pagamento autônomo;

- carnê-leão, acrescido do documento que comprove a atividade desempenhada;

- comprovante dos últimos 3 (três) meses anteriores à data do evento, do pagamento de INSS, acrescido do documento que comprove a atividade desempenhada;

- inscrição na Prefeitura, acrescido do último comprovante de pagamento da taxa de fiscalização de estabelecimento, pago antes da ocorrência do sinistro;

IV - Relatório médico original detalhando o atendimento, diagnóstico e tratamento aplicado, bem como o tempo previsto de incapacidade, emitido pelo profissional legalmente habilitado (médico) que atendeu o segurado na data do evento;

V - Documento que comprove a hospitalização do segurado (Declaração do Hospital), desde que este seja um documento comprobatório para fins legais, contendo nome do segurado, data da internação e da alta médica, diagnóstico detalhado, descrição do procedimento, tratamento ou cirurgias realizadas, identificação do médico assistente;

VI - Prontuário médico hospitalar completo, fornecido pela Instituição Hospitalar;

- VII - Cópia do Boletim de ocorrência policial ou Certidão de Ocorrência Policial, quando necessário;
- VIII - Cópia do laudo de dosagem alcoólica/toxicológica quando realizado;
- IX - Cópia da Carteira Nacional de Habilitação, se o Segurado era o condutor do veículo na ocasião do acidente;
- X - No caso de internação hospitalar por período superior a 15 (quinze) dias, anexar relatório médico justificativo e com o período estimado de permanência, a cada 15 (quinze) dias de internação.

9.2. A Seguradora poderá solicitar, no caso de dúvida fundada e justificável, outros documentos e/ou informações e esclarecimentos complementares, além dos documentos básicos listados no item anterior, conforme previsto nas Condições Gerais.

9.3. As despesas efetuadas com a comprovação do sinistro e com os respectivos documentos solicitados correrão por conta do Segurado, salvo as diretamente realizadas pela Seguradora.

9.4. Fica estabelecido o prazo de 30 (trinta) dias para o pagamento da Indenização devida pelo presente seguro, contado a partir do recebimento de toda a documentação básica de que trata esta cláusula, que comprove a ocorrência de Sinistro e os prejuízos indenizáveis.

9.5. Na hipótese de vir a ser feito pedido de documentos e informações ou esclarecimentos complementares ao Segurado, conforme permitido por esta cláusula, o prazo de que trata o parágrafo anterior ficará suspenso e somente voltará a correr a partir do dia útil subsequente àquele em que forem completamente atendidas as exigências pelo Segurado.

9.6. Quando a incapacidade temporária superar a 30 (trinta) dias, os pagamentos serão efetuados mensalmente pela Seguradora, tomando-se por base relatório médico atualizado, que deverá ser entregue pelo Segurado imediatamente após seu retorno ao médico assistente.

9.7. A critério da Seguradora, o pagamento da indenização poderá ser feito integralmente, com base nas diárias de afastamento determinadas, dentro dos limites estabelecidos e observadas as demais condições contratuais.

9.8. De posse do relatório médico atualizado, a Seguradora efetuará o pagamento das diárias correspondentes ao período em que o Segurado esteve incapacitado de exercer suas atividades profissionais, a contar do primeiro dia de afastamento, após o período de franquia contratado ou a contar do último pagamento efetuado pela Seguradora, até a alta médica ou a utilização do limite de diárias, estabelecidos na Especificação da Apólice.

9.9. Nos casos em que o período de incapacidade temporária não superar 30 (trinta) dias a Seguradora providenciará um único pagamento no valor correspondente às diárias em que o Segurado permaneceu afastado, a contar do primeiro dia de afastamento de suas atividades profissionais, após o período de franquia contratado, até a alta médica.

9.10. O segurado deve autorizar seu médico-assistente e as entidades de prestação de assistência médico-hospitalar envolvidas no seu atendimento a fornecer as informações clínicas solicitadas pelos peritos médicos da Seguradora, os quais se comprometem a zelar pela confidencialidade das mesmas, bem como autoriza submeter-se à realização de exame físico pericial por médico da seguradora.

9.11. Estando o Segurado em gozo de um benefício, não fará jus a outro, mesmo que seja em consequência de outro evento. Só será reconhecido pela Seguradora um novo evento se o mesmo vier a ocorrer após o Segurado obter alta médica definitiva do evento anterior. Não haverá acumulação de indenizações em consequência de eventos ocorridos em datas diferentes.

10. Perícia Médica

10.1. A Seguradora reserva-se o direito de efetuar perícia médica a qualquer momento, a fim de elucidar quaisquer dúvidas relativas à ocorrência do evento.

10.2. A perícia será efetuada por médico designado pela Seguradora, arcando esta com os custos relativos a seus honorários, sem quaisquer ônus para o Segurado.

11. Despesas de Comprovação

11.1. As despesas efetuadas com a legitimação da cobertura serão de responsabilidade do próprio Segurado, salvo aquelas efetuadas diretamente pela Seguradora, com a finalidade de esclarecer circunstâncias sobre o quadro clínico incapacitante. As providências que a Seguradora tomar visando esclarecer as circunstâncias do sinistro não constituirão ato de reconhecimento da obrigação de pagar o capital segurado.

12. Disposição Final

12.1. Aplicam-se a este Seguro as Condições Gerais do Seguro de Vida Prestamista Usebens não modificadas por estas condições especiais.

**DA COBERTURA ADICIONAL DE DIÁRIA DE INCAPACIDADE TEMPORÁRIA POR
ACIDENTE**

1. Objetivo do Seguro

1.1. Obedecidas as condições e os limites estabelecidos, assim como o prêmio correspondente, esta cobertura tem por objetivo garantir ao Segurado o pagamento de benefício diário de incapacidade temporária decorrente exclusivamente de acidentes do Segurado, profissional liberal ou autônomo, previstos e cobertos por este seguro.

1.2. Beneficiário: o Beneficiário desta cobertura será o próprio Segurado ou seu representante legal, em caso de impossibilidade.

2. Da Cobertura

2.1. Está coberta a incapacidade temporária do Segurado, por motivo de acidente pessoal coberto, ocorrido durante a vigência do risco individual, após o período de carência, se houver, que provoque o afastamento de suas atividades remuneradas, determinado por médico e atestado por exames complementares.

2.2. Esta cobertura é aplicável exclusivamente a Segurados sem vínculo empregatício, cuja renda advinha de atividade autônoma que possa ser devidamente comprovada, não se aplicando a Segurados com registro em Carteira de Trabalho.

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

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

2.5. Para fins da cobertura de diárias de incapacidade por acidente, toma-se por conceito de acidente pessoal o constante do Glossário/Definições Legais previstas nas Condições Gerais deste Seguro.

2.6. O limite máximo de indenização desta cobertura será de até **365 (trezentas e sessenta e cinco)** diárias por evento, definido no Certificado de Seguro, sendo que nas reinternações, as diárias serão cumulativas para este efeito.

3. Riscos Excluídos

3.1. Além dos riscos excluídos previstos nas Condições Gerais do Seguro, estarão excluídos da cobertura de Diária de Incapacidade Temporária por Acidente os eventos ocorridos em consequência de:

I - Dorsalgias, radiculopatias, ciática e outras neurites;

II - Entesopatia;

III - Entorses, distensões, contusões;

IV - Fraturas de elementos dentários.

4. Capital Segurado

4.1. O capital segurado poderá ser escolhido pelo Proponente, conforme as opções vigentes na data da contratação deste seguro e estabelecidas na Proposta de Seguro, e representará o valor a ser pago por cada diária de incapacidade temporária do Segurado.

4.2. Para efeitos de apuração do valor da indenização, será considerado o valor do Capital Segurado vigente na data da ocorrência do sinistro.

4.3. A data da ocorrência do sinistro para a cobertura do seguro será a data do acidente pessoal que provocou a incapacidade temporária do Segurado.

4.4. O valor do capital segurado deverá ser estabelecido sob a forma de diária, independentemente das despesas efetuadas pelo segurado.

4.5. O capital segurado não poderá ultrapassar o máximo de 1/365 do Limite Contratual Máximo da Seguradora.

4.6. Caso o Segurado realize a contratação de mais de um seguro regido por estas Condições Gerais, a soma dos Capitais Segurados referentes ao mesmo Segurado não poderá ultrapassar 1/365 (um trezentos e sessenta e cinco avos) do Limite Contratual Máximo da Seguradora.

4.7. Todos os valores deverão ser expressos em moeda corrente nacional, estando vedada a utilização de qualquer outra unidade monetária.

5. Prêmio

5.1. A Seguradora cobrará prêmio adicional ao seguro total contratado pelo segurado, conforme estabelecido nas condições contratuais do plano.

6. Carência

6.1. Não haverá carência para os eventos decorrentes de Acidente Pessoal.

7. Franquia

7.1. Poderá ser aplicada uma franquia em dias por evento, ou seja, o Segurado só estará coberto por este seguro caso permaneça incapacitado por tempo maior do que a franquia estipulada.

7.2. Caso haja a franquia, esta será estabelecida nas Condições Particulares e constará na Proposta de Adesão e/ou no Certificado Individual.

8. Cessação da Cobertura Adicional

8.1. Esta cobertura adicional cessará:

- simultânea e obrigatoriamente quando ocorrer o cancelamento ou a não renovação da apólice à qual está vinculada;

- a pedido do Estipulante do seguro, ou a critério da Seguradora, por escrito, com prazo mínimo de 60 (sessenta) dias de antecedência contados do aniversário da apólice, bem como a anuência prévia e expressa dos segurados que representem, no mínimo, $\frac{3}{4}$ (três quartos) do Grupo Segurado.

9. Liquidação de Sinistros

9.1. Os documentos básicos, necessários para a Regulação e Liquidação de Sinistros, que deverão ser encaminhados pelo Segurado para à Seguradora são os seguintes:

I - Autorização para Crédito de Indenização em Conta Corrente (formulário fornecido pela Seguradora);

II - Cópia do RG ou Certidão de Nascimento, CPF e Comprovante de Residência do Segurado;

III - Cópia autenticada do documento que comprove a atividade autônoma, podendo ser:

- última declaração do Imposto de Renda;

- comprovante de inscrição em Órgão ou Entidade Profissional (ex: CRM, OAB, CRC, CRO, CREA, etc.)

- recibo de pagamento autônomo;

- carnê-leão, acrescido do documento que comprove a atividade desempenhada;

- comprovante dos últimos 3 (três) meses anteriores à data do evento, do pagamento de INSS, acrescido do documento que comprove a atividade desempenhada;

- inscrição na Prefeitura, acrescido do último comprovante de pagamento da taxa de fiscalização de estabelecimento, pago antes da ocorrência do sinistro;

IV - Relatório médico original detalhando o atendimento, diagnóstico e tratamento aplicado, bem como o tempo previsto de incapacidade, emitido pelo profissional legalmente habilitado (médico) que atendeu o segurado na data do evento;

V - Documento que comprove a hospitalização do segurado (Declaração do Hospital), desde que este seja um documento comprobatório para fins legais, contendo nome do segurado, data da internação e da alta médica, diagnóstico detalhado, descrição do procedimento, tratamento ou cirurgias realizadas, identificação do médico assistente;

VI - Prontuário médico hospitalar completo, fornecido pela Instituição Hospitalar;

VII - Cópia do Boletim de ocorrência policial ou Certidão de Ocorrência Policial, quando necessário;

VIII - Cópia do laudo de dosagem alcoólica/toxicológica quando realizado;

IX - Cópia da Carteira Nacional de Habilitação, se o Segurado era o condutor do veículo na ocasião do acidente;

X - No caso de internação hospitalar por período superior a 15 (quinze) dias, anexar relatório médico justificativo e com o período estimado de permanência, a cada 15 (quinze) dias de internação.

9.2. A Seguradora poderá solicitar, no caso de dúvida fundada e justificável, outros documentos e/ou informações e esclarecimentos complementares, além dos documentos básicos listados no item anterior, conforme previsto nas Condições Gerais.

9.3. As despesas efetuadas com a comprovação do sinistro e com os respectivos documentos solicitados correrão por conta do Segurado, salvo as diretamente realizadas pela Seguradora.

9.4. Fica estabelecido o prazo de 30 (trinta) dias para o pagamento da Indenização devida pelo presente seguro, contado a partir do recebimento de toda a documentação básica de que trata esta cláusula, que comprove a ocorrência de Sinistro e os prejuízos indenizáveis.

9.5. Na hipótese de vir a ser feito pedido de documentos e informações ou esclarecimentos complementares ao Segurado, conforme permitido por esta cláusula, o prazo de que trata o parágrafo anterior ficará suspenso e somente voltará a correr a partir do dia útil subsequente àquele em que forem completamente atendidas as exigências pelo Segurado.

9.6. Quando a incapacidade temporária superar a 30 (trinta) dias, os pagamentos serão efetuados mensalmente pela Seguradora, tomando-se por base relatório médico atualizado, que deverá ser entregue pelo Segurado imediatamente após seu retorno ao médico assistente.

9.7. A critério da Seguradora, o pagamento da indenização poderá ser feito integralmente, com base nas diárias de afastamento determinadas, dentro dos limites estabelecidos e observadas as demais condições contratuais.

9.8. De posse do relatório médico atualizado, a Seguradora efetuará o pagamento das diárias correspondentes ao período em que o Segurado esteve incapacitado de exercer suas atividades profissionais, a contar do primeiro dia de afastamento, após o período de franquia contratado ou a contar do último pagamento efetuado pela Seguradora, até a alta médica ou a utilização do limite de diárias, estabelecidos na Especificação da Apólice.

9.9. Nos casos em que o período de incapacidade temporária não superar 30 (trinta) dias a Seguradora providenciará um único pagamento no valor correspondente às diárias em que o Segurado permaneceu afastado, a contar do primeiro dia de afastamento de suas atividades profissionais, após o período de franquia contratado, até a alta médica.

9.10. O segurado deve autorizar seu médico-assistente e as entidades de prestação de assistência médico-hospitalar envolvidas no seu atendimento a fornecer as informações clínicas solicitadas pelos peritos médicos da Seguradora, os quais se comprometem a zelar pela confidencialidade das mesmas, bem como autoriza submeter-se à realização de exame físico pericial por médico da seguradora.

9.11. Estando o Segurado em gozo de um benefício, não fará jus a outro, mesmo que seja em consequência de outro evento. Só será reconhecido pela Seguradora um novo evento se o mesmo vier a ocorrer após o Segurado obter alta médica definitiva do evento anterior. Não haverá acumulação de indenizações em consequência de eventos ocorridos em datas diferentes.

10. Perícia Médica

10.1. A Seguradora reserva-se o direito de efetuar perícia médica a qualquer momento, a fim de elucidar quaisquer dúvidas relativas à ocorrência do evento.

10.2. A perícia será efetuada por médico designado pela Seguradora, arcando esta com os custos relativos a seus honorários, sem quaisquer ônus para o Segurado.

11. Despesas de Comprovação

11.1. As despesas efetuadas com a legitimação da cobertura serão de responsabilidade do próprio Segurado, salvo aquelas efetuadas diretamente pela Seguradora, com a finalidade de esclarecer circunstâncias sobre o quadro clínico incapacitante. As providências que a Seguradora tomar visando esclarecer as circunstâncias do sinistro não constituirão ato de reconhecimento da obrigação de pagar o capital segurado.

12. Disposição Final

12.1. Aplicam-se a este Seguro as Condições Gerais do Seguro de Vida Prestamista Usebens não modificadas por estas condições especiais.

DA COBERTURA ADICIONAL DE CESTA BÁSICA EM CASO DE MORTE

1. Objetivo do Seguro

1.1. Garante ao Beneficiário o pagamento de um número de parcelas para aquisição de cestas básicas em caso de Morte do Segurado, por causas naturais ou acidentais, exceto se decorrente de riscos excluídos, observadas as demais condições deste seguro.

1.2. O número e o valor das parcelas a serem pagas estarão definidas no Certificado Individual de Seguro.

2. Riscos Excluídos

2.1. Estão excluídos desta cobertura os Riscos Excluídos relacionados na Cláusula 3 das Condições Gerais do Seguro.

3. Capital Segurado

3.1. O capital segurado poderá ser escolhido pelo Proponente, conforme as opções vigentes na data da contratação deste seguro e estabelecidas na Proposta de Seguro.

3.2. Reconhecida a Morte do Segurado pela Seguradora, o pagamento do capital segurado será realizado sob forma de parcela única.

3.3. Considera-se como data do evento, para efeito de determinação de capital segurado, quando da liquidação do sinistro, a data do óbito do Segurado.

4. Prêmio

4.1. A seguradora cobrará prêmio adicional ao seguro total contratado pelo segurado, conforme estabelecido nas condições contratuais do plano.

5. Carência

5.1. Será aplicada uma carência de 2(dois) anos nos casos de morte ocasionada por lesão intencionalmente auto-infligida, suicídio voluntário e premeditado ou qualquer intenção e tentativa de suicídio voluntária e premeditada, independente da sanidade mental do Segurado.

6. Cessaçãõ da Cobertura Adicional

6.1. Esta cobertura adicional cessará:

- simultânea e obrigatoriamente quando ocorrer o cancelamento ou a não renovação da apólice à qual está vinculada;
- a pedido do Estipulante do Seguro, ou a critério da Seguradora, por escrito, com prazo mínimo de 60 (sessenta) dias de antecedência contados do aniversário da apólice, bem como a anuência prévia e expressa dos segurados que representem, no mínimo, $\frac{3}{4}$ (três quartos) do Grupo Segurado.

7. Liquidação De Sinistros

7.1. Ao Aviso de Sinistro devem ser anexados os documentos listados na Cláusula 13 das Condições Gerais do Seguro.

7.2. Protocolado o Aviso de Sinistro, a Seguradora terá o prazo de 30 (trinta) dias para se manifestar sobre o reconhecimento da invalidez e o pagamento do respectivo capital segurado.

7.2.1. Considera-se como data do evento, para efeito de determinação de capital segurado, quando da liquidação do sinistro, a data do óbito do Segurado.

7.2.2. Se o pagamento da indenização devida ocorrer após o prazo de 30 (trinta) dias estipulado para a liquidação do sinistro, contados da entrega da documentação constante no subitem 7.1, aplicar-se-á, a partir da data do sinistro, correção monetária pelo IPCA/IBGE (Índice de Preços ao Consumidor Amplo do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística) ou, na falta deste, pelo IPC/FIPE (Índice de Preços ao Consumidor da Fundação Instituto de Pesquisas Econômicas), considerando-se a variação apurada entre o último índice publicado antes da data da

exigibilidade da obrigação pecuniária e aquele publicado imediatamente anterior à data de sua efetiva liquidação, acrescida da aplicação de juros moratórios de 1% (um por cento) ao mês, contados a partir do primeiro dia posterior ao término do prazo fixado nestas condições gerais.

7.3. Será facultado à Seguradora, em caso de dúvida fundada e justificável, a adoção de medidas que visem à plena elucidação do sinistro, podendo, inclusive, solicitar documentos que julgue necessários para a apuração do sinistro. **Neste caso, a contagem do prazo para liquidação do sinistro será suspensa e voltará a correr na data em que ocorrer a entrega da documentação solicitada.**

7.4. As providências ou atos que a Seguradora praticar após o evento não implicarão, por si só, no reconhecimento da obrigação de pagar qualquer sinistro. Quando o evento ocorrido não tiver cobertura, a Seguradora comunicará a seu(s) Beneficiário(s) ou representante(s) legal(is) os motivos do não-pagamento da indenização, o que poderá ser feito por intermédio do corretor ou agente captador do seguro.

8. Despesas de Comprovação

8.1. As despesas efetuadas com a legitimação da cobertura serão de responsabilidade do próprio Segurado, salvo aquelas efetuadas diretamente pela Seguradora, com a finalidade de esclarecer circunstâncias sobre o quadro clínico incapacitante. As providências que a Seguradora tomar visando esclarecer as circunstâncias do sinistro não constituirão ato de reconhecimento da obrigação de pagar o capital segurado.

9. Disposição Final

9.1. Aplicam-se a este Seguro as Condições Gerais do Seguro de Vida Prestamista Usebens não modificadas por estas condições especiais.

DA COBERTURA ADICIONAL DE CESTA BÁSICA EM CASO DE MORTE ACIDENTAL

1. Objetivo do Seguro

1.1. Garante ao Beneficiário o pagamento de um número de parcelas para aquisição de cestas básicas em caso de Morte Acidental do Segurado, exceto se decorrente de riscos excluídos, observadas as demais condições deste seguro.

1.2. O número e o valor das parcelas a serem pagas estarão definidos no Certificado Individual de Seguro.

2. Riscos Excluídos

2.1. Estão excluídos desta cobertura os Riscos Excluídos relacionados na Cláusula 3 das Condições Gerais do Seguro.

3. Capital Segurado

3.1. O capital segurado poderá ser escolhido pelo Proponente, conforme as opções vigentes na data da contratação deste seguro e estabelecidas na Proposta de Seguro.

3.2. Reconhecida a Morte Acidental do Segurado pela Seguradora, o pagamento do capital segurado será realizado sob forma de parcela única.

3.3. Considera-se como data do evento, para efeito de determinação de capital segurado, quando da liquidação do sinistro, a data do acidente.

4. Prêmio

4.1. A seguradora cobrará prêmio adicional ao seguro total contratado pelo segurado, conforme estabelecido nas condições contratuais do plano.

5. Carência

5.1. Não há carência para Acidente Pessoal.

6. Cessaçãõ da Cobertura Adicional

6.1. Esta cobertura adicional cessará:

- simultânea e obrigatoriamente quando ocorrer o cancelamento ou a não renovação da apólice à qual está vinculada;
- a pedido do Estipulante do Seguro, ou a critério da Seguradora, por escrito, com prazo mínimo de 60 (sessenta) dias de antecedência contados do aniversário da apólice, bem como a anuência prévia e expressa dos segurados que representem, no mínimo, $\frac{3}{4}$ (três quartos) do Grupo Segurado.

7. Liquidação De Sinistros

7.1. Ao Aviso de Sinistro devem ser anexados os documentos listados na Cláusula 13 das Condições Gerais do Seguro.

7.2. Protocolado o Aviso de Sinistro, a Seguradora terá o prazo de 30 (trinta) dias para se manifestar sobre o reconhecimento da invalidez e o pagamento do respectivo capital segurado.

7.2.1. Considera-se como data do evento, para efeito de determinação de capital segurado, quando da liquidação do sinistro, a data do acidente.

7.2.2. Se o pagamento da indenização devida ocorrer após o prazo de 30 (trinta) dias estipulado para a liquidação do sinistro, contados da entrega da documentação constante no subitem 7.1, aplicar-se-á, a partir da data do sinistro, correção monetária pelo IPCA/IBGE (Índice de Preços ao Consumidor Amplo do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística) ou, na falta deste, pelo IPC/FIPE (Índice de Preços ao Consumidor da Fundação Instituto de Pesquisas Econômicas), considerando-se a variação apurada entre o último índice publicado antes da data da exigibilidade da obrigação pecuniária e aquele publicado imediatamente anterior à data de sua

efetiva liquidação, acrescida da aplicação de juros moratórios de 1% (um por cento) ao mês, contados a partir do primeiro dia posterior ao término do prazo fixado nestas condições gerais.

7.3. Será facultado à Seguradora, em caso de dúvida fundada e justificável, a adoção de medidas que visem à plena elucidação do sinistro, podendo, inclusive, solicitar documentos que julgue necessários para a apuração do sinistro. **Neste caso, a contagem do prazo para liquidação do sinistro será suspensa e voltará a correr na data em que ocorrer a entrega da documentação solicitada.**

7.4. As providências ou atos que a Seguradora praticar após o evento não implicarão, por si só, no reconhecimento da obrigação de pagar qualquer sinistro. Quando o evento ocorrido não tiver cobertura, a Seguradora comunicará a seu(s) Beneficiário(s) ou representante(s) legal(is) os motivos do não-pagamento da indenização, o que poderá ser feito por intermédio do corretor ou agente captador do seguro.

8. Despesas de Comprovação

8.1. As despesas efetuadas com a legitimação da cobertura serão de responsabilidade do próprio Segurado, salvo aquelas efetuadas diretamente pela Seguradora, com a finalidade de esclarecer circunstâncias sobre o quadro clínico incapacitante. As providências que a Seguradora tomar visando esclarecer as circunstâncias do sinistro não constituirão ato de reconhecimento da obrigação de pagar o capital segurado.

9. Disposição Final

9.1. Aplicam-se a este Seguro as Condições Gerais do Seguro de Vida Prestamista Usebens não modificadas por estas condições especiais.

**DA COBERTURA ADICIONAL DE CESTA BÁSICA EM CASO DE INVALIDEZ
PERMANENTE TOTAL POR ACIDENTE**

1. Objetivo do Seguro

1.1. Garante ao Segurado o pagamento de um número de parcelas para aquisição de cestas básicas em caso de Invalidez Permanente Total do Segurado, exceto se decorrente de riscos excluídos, observadas as demais condições deste seguro.

1.2. Configuram a Invalidez Permanente Total por Acidente a perda, redução ou impotência funcional, definitiva e total, de um membro ou órgão, sentido ou função do corpo humano, em virtude de lesão física decorrente de acidente pessoal coberto.

1.3. A perda de dentes e os danos estéticos, em consequência de acidente, não dão direito à indenização por invalidez permanente total por acidente.

1.3. O número e o valor das parcelas a serem pagas estarão definidos no Certificado Individual de Seguro.

1.4. Comprovada a Invalidez Permanente Total através de declaração médica, a Seguradora deve pagar ao próprio Segurado uma Indenização, de acordo com a seguinte tabela:

TABELA PARA CÁLCULO DE INDENIZAÇÃO EM CASO DE INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL POR ACIDENTE	
Discriminação	% sobre Importância
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

1.5. Para efeito da 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. Riscos Excluídos

2.1. Além dos riscos excluídos mencionados nas condições gerais, estarão excluídos da Cobertura de Invalidez Permanente Total por Acidente, ainda que redundando na perda, redução ou impotência funcional, definitiva e total, de um membro ou órgão, sentido ou função do corpo humano, os eventos ocorridos em consequência de:

- a) doenças, lesões e situações que não se enquadram no conceito de acidente pessoal, definidas no Item b, subitens b¹, b², b³ e b⁴ do Glossário/Definições Legais de Acidentes Pessoais destas Condições Gerais;**
- b) ato reconhecidamente perigoso, que não seja motivado por necessidade justificada;**
- c) prática pelo Segurado de atos ilícitos dolosos ou contrários à lei;**
- d) acidentes e suas consequências, ocorridos antes da contratação do Seguro;**
- e) autolesões, ou seja, mutilação do próprio corpo e doações ou extrações de órgão que impliquem diminuição permanente da integridade física do Segurado, salvo por exigência médica, nos dois primeiros anos de vigência da contratação;**
- f) todo e qualquer tipo de curetagem uterina.**

2.2. É vedada a exclusão de morte ou incapacidade do Segurado quando provier da utilização de meio de transporte mais arriscado, da prestação de serviço militar, da prática de esporte, ou de atos de humanidade em auxílio de outrem.

3. Capital Segurado

3.1. O capital segurado poderá ser escolhido pelo Proponente, conforme as opções vigentes na data da contratação deste seguro e estabelecidas na Proposta de Seguro.

3.2. Reconhecida a Invalidez Permanente do Segurado pela Seguradora, o pagamento do capital segurado será realizado sob forma de parcela única.

3.3. Considera-se como data do evento, para efeito de determinação de capital segurado, quando da liquidação do sinistro, a data do acidente.

4. Prêmio

4.1. A seguradora cobrará prêmio adicional ao seguro total contratado pelo segurado, conforme estabelecido nas condições contratuais do plano.

5. Carência

5.1. Não há carência para Acidente Pessoal.

6. Cessaçã da Cobertura Adicional

6.1. Esta cobertura adicional cessará:

- simultânea e obrigatoriamente quando ocorrer o cancelamento ou a não renovação da apólice à qual está vinculada;
- a pedido do Estipulante do Seguro, ou a critério da Seguradora, por escrito, com prazo mínimo de 60 (sessenta) dias de antecedência contados do aniversário da apólice, bem como a anuência prévia e expressa dos segurados que representem, no mínimo, $\frac{3}{4}$ (três quartos) do Grupo Segurado.

7. Liquidação De Sinistros

7.1. A data da Invalidez Permanente Total por Acidente será a data do acidente.

7.2. Tendo em mãos o formulário Aviso de Sinistro integralmente preenchido e assinado pelo médico assistente e por si, o Segurado deverá comunicar à seguradora suas condições de saúde, retratando o quadro clínico incapacitante.

7.3. Do Aviso de Sinistro deve constar Declaração Médica com informações e registros médicos que comprovem o atingimento de um estágio de invalidez que se enquadre em quadro clínico incapacitante definido quadro da Cláusula 1.

7.4. Ao Aviso de Sinistro devem ser anexados:

a) cópia autenticada do RG, CPF e comprovante de residência do segurado;

b) relatório do médico-assistente do Segurado contendo:

- **Indicação da data do acidente;**
- **Detalhamento do quadro clínico incapacitante irreversível decorrente de disfunções e/ou insuficiências permanentes em algum sistema orgânico ou segmento corporal que ocasione e justifique a inviabilidade do pleno exercício das relações autonômicas do Segurado;**

c) documentos médicos que tenham embasado o diagnóstico inicial (comprobatórios da invalidez), incluindo laudos e resultados de exames, e que confirmem a evolução do quadro clínico incapacitante irreversível, nas condições previstas no item anterior.

d) cópia dos comprovantes de pagamento;

e) documento oficial informando o valor do bem e saldo devedor (original);

f) cópia autenticada do cartão do CNPJ do Estipulante;

g) cópia autenticada do Estatuto/Contrato Social e respectivas alterações;

h) cópias autenticadas dos CPF's dos administradores constantes no referido Estatuto/Contrato Social;

i) Autorização para crédito em conta, no caso de eventual pagamento.

7.5. Protocolado o Aviso de Sinistro, a Seguradora terá o prazo de 30 (trinta) dias para se manifestar sobre o reconhecimento da invalidez e o pagamento do respectivo capital segurado.

7.5.1. Considera-se como data do evento, para efeito de determinação de capital segurado, quando da liquidação do sinistro, a data do acidente.

7.5.2. Se o pagamento da indenização devida ocorrer após o prazo de 30 (trinta) dias estipulado para a liquidação do sinistro, contados da entrega da documentação constante no subitem 7.4, aplicar-se-á, a partir da data do sinistro, correção monetária pelo IPCA/IBGE (Índice de Preços ao Consumidor Amplo do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística) ou, na falta deste, pelo IPC/FIPE (Índice de Preços ao Consumidor da Fundação Instituto de Pesquisas

Econômicas), considerando-se a variação apurada entre o último índice publicado antes da data da exigibilidade da obrigação pecuniária e aquele publicado imediatamente anterior à data de sua efetiva liquidação, acrescida da aplicação de juros moratórios de 1% (um por cento) ao mês, contados a partir do primeiro dia posterior ao término do prazo fixado nestas condições gerais.

7.6. Será facultado à Seguradora, em caso de dúvida fundada e justificável, a adoção de medidas que visem à plena elucidação do sinistro, podendo, inclusive, solicitar documentos que julgue necessários para a apuração do sinistro. Neste caso, a contagem do prazo para liquidação do sinistro será suspensa e voltará a correr na data em que ocorrer a entrega da documentação solicitada.

7.7. As providências ou atos que a Seguradora praticar após o evento não implicarão, por si só, no reconhecimento da obrigação de pagar qualquer sinistro. Quando o evento ocorrido não tiver cobertura, a Seguradora comunicará a seu(s) Beneficiário(s) ou representante(s) legal(is) os motivos do não-pagamento da indenização, o que poderá ser feito por intermédio do corretor ou agente captador do seguro.

7.8. O Segurado se compromete a se submeter à avaliação médica com exame clínico, sempre que a Seguradora julgar necessário para esclarecimento de condições relacionadas ao quadro clínico.

8. Do Não Reconhecimento da Invalidez Permanente Total Por Acidente

8.1. A aposentadoria por invalidez concedida por instituições oficiais de Previdência Social, assim como por órgãos do poder público e por outras instituições público-privadas, não caracteriza, por si só, quadro clínico incapacitante que comprove a Invalidez Permanente Total por Acidente.

8.2. A Seguradora reserva-se o direito de não reconhecer como Invalidez Permanente Total por Acidente os quadros clínicos certificados por perícias e/ou juntas médicas que se baseiem na caracterização da incapacidade de natureza profissional como medida para oficialização de afastamentos laborativos, assim como quaisquer outros resultados que sejam subsidiados por elementos médicos característicos apenas de graus de incapacidade parcial.

9. Perícia Médica

9.1. A Seguradora reserva-se o direito de efetuar perícia médica a qualquer momento, a fim de elucidar quaisquer dúvidas relativas à ocorrência do evento.

9.2. A perícia será efetuada por médico designado pela Seguradora, arcando esta com os custos relativos a seus honorários, sem quaisquer ônus para o Segurado.

10. Junta Médica

10.1. No caso de divergências sobre a causa, natureza ou avaliação do estado de Invalidez Permanente Total por Acidente, a Seguradora proporá ao Segurado, por meio de correspondência escrita dentro do prazo de 15 (quinze) dias a contar da data da contestação, a constituição de junta médica.

10.2. A junta médica será constituída por 3 (três) membros, sendo um nomeado pela Seguradora, outro pelo Segurado e um terceiro, desempataador, escolhido pelos dois nomeados.

10.3. Cada uma das partes pagará os honorários do médico que tiver designado e os do terceiro serão pagos em partes iguais pelo Segurado e pela Seguradora.

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

11. Despesas de Comprovação

11.1. As despesas efetuadas com a legitimação da Invalidez Permanente Total por Acidente serão de responsabilidade do próprio Segurado, salvo aquelas efetuadas diretamente pela Seguradora, com a finalidade de esclarecer circunstâncias sobre o quadro clínico incapacitante. As providências que a Seguradora tomar visando esclarecer as circunstâncias do sinistro não constituirão ato de reconhecimento da obrigação de pagar o capital segurado.

12. Disposição Final

12.1. Aplicam-se a este Seguro as Condições Gerais do Seguro de Vida Prestamista Usebens não modificadas por estas condições especiais.

DA COBERTURA ADICIONAL DE AUXÍLIO FUNERAL EM CASO DE MORTE

1. Objetivo do Seguro

1.1. Garante ao Beneficiário uma indenização ou reembolso das despesas com funeral quando ocorrer a morte do Segurado, por causas naturais ou acidentais, exceto se decorrente de riscos excluídos, observadas as demais Condições do Seguro.

1.2. O reembolso das despesas com funeral suportadas será efetuado até o limite do capital segurado contratado e mediante a comprovação por notas fiscais originais ou cópias autenticadas, sem rasuras.

1.3. Entende-se por “despesas com funeral”, passíveis de reembolso, as despesas com sepultamento ou cremação (quando houver o serviço disponível na região escolhida pela família do segurado), conforme limite previamente acordado, dos itens abaixo relacionados:

- Urna/caixão;
- Higienização Básica;
- Ornamentação do corpo;
- Coroa de flores da estação;
- Véu;
- Paramentos (essa);
- Velas;
- Carro Fúnebre para remoção dentro do município;
- Registro em cartório, quando autorizado pela legislação local;
- Livro de presença;
- Locação de sala para velório somente em capelas municipais ou particulares;
- Taxas de sepultamento em cemitério municipal ou em outro cemitério com valor equivalente.

1.4. Nas situações nas quais os valores dos itens forem regulamentados pela legislação municipal e houver necessidade de urnas especiais (gorda, zincada) e/ou preparação do corpo para o velório em razão da data do óbito, o capital segurado contratado poderá ser insuficiente. **A SEGURADORA NÃO SE RESPONSABILIZA PELOS VALORES QUE ULTRAPASSAR O**

CAPITAL SEGURADO CONTRATADO, SENDO OS MESMOS DE RESPONSABILIDADE EXCLUSIVA DO BENEFICIÁRIO OU DA FAMÍLIA DO SEGURADO.

2. Riscos Excluídos

2.1. Estão excluídos desta cobertura os Riscos relacionados na Cláusula 3 das Condições Gerais do Seguro.

3. Capital Segurado

3.1. O capital segurado poderá ser escolhido pelo Proponente, conforme as opções vigentes na data da contratação deste seguro e estabelecidas na Proposta de Seguro.

3.2. Reconhecida a Morte pela Seguradora, o pagamento do capital segurado será realizado sob forma de parcela única.

3.3. Considera-se como data do evento, para efeito de determinação de capital segurado, quando da liquidação do sinistro, a data do óbito do Segurado.

4. Prêmio

4.1. A Seguradora cobrará prêmio adicional ao seguro total contratado pelo segurado, conforme estabelecido nas condições contratuais do plano.

5. Carência

5.1. Será aplicada uma carência de 2(dois) anos nos casos de morte ocasionada por lesão intencionalmente auto-infligida, suicídio voluntário e premeditado ou qualquer intenção e tentativa de suicídio voluntária e premeditada, independente da sanidade mental do Segurado.

5.2. Não há carência para os eventos decorrentes de Acidente Pessoal.

6. Cessaçãõ da Cobertura Adicional

6.1. Esta cobertura adicional cessará:

- simultânea e obrigatoriamente quando ocorrer o cancelamento ou a não renovação da apólice à qual está vinculada;
- a pedido do Estipulante do seguro, ou a critério da Seguradora, por escrito, com prazo mínimo de 60 (sessenta) dias de antecedência contados do aniversário da apólice, bem como a anuência prévia e expressa dos segurados que representem, no mínimo, $\frac{3}{4}$ (três quartos) do Grupo Segurado.

7. Liquidaçãõ de Sinistros

7.1. Ao Aviso de Sinistro devem ser anexados os documentos listados na Cláusula 13 das Condições Gerais do Seguro.

7.2. Protocolado o Aviso de Sinistro, a Seguradora terá o prazo de 30 (trinta) dias para se manifestar sobre o reconhecimento da invalidez e o pagamento do respectivo capital segurado.

7.2.1. Considera-se como data do evento, para efeito de determinação de capital segurado, quando da liquidação do sinistro, a data do óbito do Segurado.

7.2.2. Se o pagamento da indenização devida ocorrer após o prazo de 30 (trinta) dias estipulado para a liquidação do sinistro, contados da entrega da documentação constante no subitem 7.1, aplicar-se-á, a partir da data do sinistro, correção monetária pelo IPCA/IBGE (Índice de Preços ao Consumidor Amplo do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística) ou, na falta deste, pelo IPC/FIPE (Índice de Preços ao Consumidor da Fundação Instituto de Pesquisas Econômicas), considerando-se a variação apurada entre o último índice publicado antes da data da exigibilidade da obrigação pecuniária e aquele publicado imediatamente anterior à data de sua efetiva liquidação, acrescida da aplicação de juros moratórios de 1% (um por cento) ao mês, contados a partir do primeiro dia posterior ao término do prazo fixado nestas condições gerais.

7.3. Será facultado à Seguradora, em caso de dúvida fundada e justificável, a adoção de medidas que visem à plena elucidação do sinistro, podendo, inclusive, solicitar documentos que julgue necessários para a apuração do sinistro. **Neste caso, a contagem do prazo para liquidação do sinistro será suspensa e voltará a correr na data em que ocorrer a entrega da documentação solicitada.**

7.4. As providências ou atos que a Seguradora praticar após o evento não implicarão, por si só, no reconhecimento da obrigação de pagar qualquer sinistro. Quando o evento ocorrido não tiver cobertura, a Seguradora comunicará a seu(s) Beneficiário(s) ou representante(s) legal(is) os motivos do não-pagamento da indenização, o que poderá ser feito por intermédio do corretor ou agente captador do seguro.

8. Despesas de Comprovação

8.1. As despesas efetuadas com a legitimação da cobertura serão de responsabilidade do próprio Segurado, salvo aquelas efetuadas diretamente pela Seguradora, com a finalidade de esclarecer circunstâncias sobre o quadro clínico incapacitante. As providências que a Seguradora tomar visando esclarecer as circunstâncias do sinistro não constituirão ato de reconhecimento da obrigação de pagar o capital segurado.

9. Disposição Final

9.1. Aplicam-se a este Seguro as Condições Gerais do Seguro de Vida Prestamista Usebens não modificadas por estas condições especiais.

DA COBERTURA ADICIONAL DE AUXÍLIO FUNERAL EM CASO DE MORTE
ACIDENTAL

1. Objetivo do Seguro

1.1. Garante ao Beneficiário uma indenização ou reembolso das despesas com funeral quando ocorrer a morte acidental do Segurado, exceto se decorrente de riscos excluídos, observadas as demais Condições do Seguro.

1.2. O reembolso das despesas com funeral suportadas será efetuado até o limite do capital segurado contratado e mediante a comprovação por notas fiscais originais ou cópias autenticadas, sem rasuras.

1.3. Entende-se por “despesas com funeral”, passíveis de reembolso, as despesas com sepultamento ou cremação (quando houver o serviço disponível na região escolhida pela família do segurado), conforme limite previamente acordado, dos itens abaixo relacionados:

- Urna/caixão;
- Higienização Básica;
- Ornamentação do corpo;
- Coroa de flores da estação;
- Véu;
- Paramentos (essa);
- Velas;
- Carro Fúnebre para remoção dentro do município;
- Registro em cartório, quando autorizado pela legislação local;
- Livro de presença;
- Locação de sala para velório somente em capelas municipais ou particulares;
- Taxas de sepultamento em cemitério municipal ou em outro cemitério com valor equivalente.

1.4. Nas situações nas quais os valores dos itens forem regulamentados pela legislação municipal e houver necessidade de urnas especiais (gorda, zincada) e/ou preparação do corpo para o velório em razão da data do óbito, o capital segurado contratado poderá ser insuficiente. A

SEGURADORA NÃO SE RESPONSABILIZA PELOS VALORES QUE ULTRAPASSAR O CAPITAL SEGURADO CONTRATADO, SENDO OS MESMOS DE RESPONSABILIDADE EXCLUSIVA DO BENEFICIÁRIO OU DA FAMÍLIA DO SEGURADO.

2. Riscos Excluídos

2.1. Estão excluídos desta cobertura os Riscos relacionados na Cláusula 3 das Condições Gerais do Seguro.

3. Capital Segurado

3.1. O capital segurado poderá ser escolhido pelo Proponente, conforme as opções vigentes na data da contratação deste seguro e estabelecidas na Proposta de Seguro.

3.2. Reconhecida a Morte Acidental pela Seguradora, o pagamento do capital segurado será realizado sob forma de parcela única.

3.3. Considera-se como data do evento, para efeito de determinação de capital segurado, quando da liquidação do sinistro, a data do acidente.

4. Prêmio

4.1. A Seguradora cobrará prêmio adicional ao seguro total contratado pelo segurado, conforme estabelecido nas condições contratuais do plano.

5. Carência

5.1. Não há carência para os eventos decorrentes de Acidente Pessoal.

6. Cessação da Cobertura Adicional

6.1. Esta cobertura adicional cessará:

- simultânea e obrigatoriamente quando ocorrer o cancelamento ou a não renovação da apólice à qual está vinculada;
- a pedido do Estipulante do seguro, ou a critério da Seguradora, por escrito, com prazo mínimo de 60 (sessenta) dias de antecedência contados do aniversário da apólice, bem como a anuência prévia e expressa dos segurados que representem, no mínimo, $\frac{3}{4}$ (três quartos) do Grupo Segurado.

7. Liquidação de Sinistros

7.1. Ao Aviso de Sinistro devem ser anexados os documentos listados na Cláusula 13 das Condições Gerais do Seguro.

7.2. Protocolado o Aviso de Sinistro, a Seguradora terá o prazo de 30 (trinta) dias para se manifestar sobre o reconhecimento da invalidez e o pagamento do respectivo capital segurado.

7.2.1. Considera-se como data do evento, para efeito de determinação de capital segurado, quando da liquidação do sinistro, a data do acidente.

7.2.2. Se o pagamento da indenização devida ocorrer após o prazo de 30 (trinta) dias estipulado para a liquidação do sinistro, contados da entrega da documentação constante no subitem 7.1, aplicar-se-á, a partir da data do sinistro, correção monetária pelo IPCA/IBGE (Índice de Preços ao Consumidor Amplo do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística) ou, na falta deste, pelo IPC/FIPE (Índice de Preços ao Consumidor da Fundação Instituto de Pesquisas Econômicas), considerando-se a variação apurada entre o último índice publicado antes da data da exigibilidade da obrigação pecuniária e aquele publicado imediatamente anterior à data de sua efetiva liquidação, acrescida da aplicação de juros moratórios de 1% (um por cento) ao mês, contados a partir do primeiro dia posterior ao término do prazo fixado nestas condições gerais.

7.3. Será facultado à Seguradora, em caso de dúvida fundada e justificável, a adoção de medidas que visem à plena elucidação do sinistro, podendo, inclusive, solicitar documentos que julgue necessários para a apuração do sinistro. **Neste caso, a contagem do prazo para liquidação do**

sinistro será suspensa e voltará a correr na data em que ocorrer a entrega da documentação solicitada.

7.4. As providências ou atos que a Seguradora praticar após o evento não implicarão, por si só, no reconhecimento da obrigação de pagar qualquer sinistro. Quando o evento ocorrido não tiver cobertura, a Seguradora comunicará a seu(s) Beneficiário(s) ou representante(s) legal(is) os motivos do não-pagamento da indenização, o que poderá ser feito por intermédio do corretor ou agente captador do seguro.

8. Despesas de Comprovação

8.1. As despesas efetuadas com a legitimação da cobertura serão de responsabilidade do próprio Segurado, salvo aquelas efetuadas diretamente pela Seguradora, com a finalidade de esclarecer circunstâncias sobre o quadro clínico incapacitante. As providências que a Seguradora tomar visando esclarecer as circunstâncias do sinistro não constituirão ato de reconhecimento da obrigação de pagar o capital segurado.

9. Disposição Final

9.1. Aplicam-se a este Seguro as Condições Gerais do Seguro de Vida Prestamista Usebens não modificadas por estas condições especiais.