2396 a 2399, 2683, 2691 a 2693

CONDIÇÕES GERAIS

DIT

MAG SEGUROS

GRUPO MONGERAL AEGON

ÍNDICE

CONDIÇÕES GERAIS

1) OBJETIVO DO SEGURO 5

2) DEFINIÇÕES 5

3) COBERTURAS DO SEGURO 7

4) RISCOS EXCLUÍDOS 10

5) ÂMBITO GEOGRÁFICO DA COBERTURA 12

6) CARÊNCIA, FRANQUIA E LIMITE MÁXIMO DE DIÁRIAS 12

7) ACEITAÇÃO DO SEGURO 13

8) VIGÊNCIA DA COBERTURA INDIVIDUAL 13

9) VIGÊNCIA E RENOVAÇÃO DO SEGURO 14

10) CAPITAL SEGURADO 14

11) ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA 14

12) APLICABILIDADE DE MORA 15

13) PAGAMENTO DE PRÊMIO 15

14) CONDIÇÕES PARA MANUTENÇÃO E CANCELAMENTO DAS COBERTURAS 16

15) CESSAÇÃO DA COBERTURA INDIVIDUAL 17

16) PERDA DA GARANTIA NOS CASOS PREVISTOS EM LEI 17

17) LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS 18

18) BENEFICIÁRIOS 21

19) OBRIGAÇÕES DO ESTIPULANTE 21

20) DISPOSIÇÕES GERAIS 22

21) FORO 22

22) PRESCRIÇÃO 22

MONGERAL Aegon Seguros e Previdência S/A
(CNPJ: 33.608.308/0001-73)

SEGURO DE PESSOAS EM GRUPO - MORTE, ACIDENTES PESSOAIS E DIT COM LER, DORT e HÉRNIAS
PROCESSO SUSEP N°. 15414.600178/2021-01

CONDIÇÕES GERAIS

1) OBJETIVO DO SEGURO

Art. 1º. Este seguro tem por objetivo garantir o pagamento de uma indenização ao próprio segurado ou aos seus beneficiários, na ocorrência de um dos eventos cobertos pelas garantias contratadas, **exceto se decorrentes de riscos excluídos, desde que respeitadas as condições contratuais.**

Parágrafo único. Devido à natureza do regime financeiro de repartição simples, este seguro não permite concessão de resgate ou devolução de quaisquer prêmios pagos, uma vez que cada prêmio é destinado a custear o risco de pagamento das indenizações no período.

2) DEFINIÇÕES

Art. 2º. Para efeito destas condições gerais, considera-se:

a) Acidente Pessoal: 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 que torne necessário tratamento médico, observando-se que:

a.1) Incluem-se, ainda, no conceito de acidente pessoal as lesões decorrentes de:

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

a.2) Não se incluem no conceito de acidente pessoal:

- **as doenças (incluídas as profissionais), quaisquer que sejam as suas causas, ainda que provocadas, desencadeadas ou agravadas, direta ou indiretamente por acidente, ressalvadas as infecções, estados septicêmicos e embolias, resultantes de ferimento visível;**
- **as intercorrências ou complicações consequentes da realização de exames, tratamentos clínicos ou cirúrgicos, quando não decorrentes de acidente coberto;**
- **as lesões decorrentes, dependentes, predispostas ou facilitadas por esforços repetitivos ou microtraumas cumulativos, ou que tenham relação de causa e efeito com os mesmos, assim como as lesões classificadas como: Lesão por Esforços Repetitivos – LER, Doenças Osteo-musculares Relacionadas ao Trabalho – DORT, Lesão por Trauma Continuado ou Contínuo – LTC, ou similares que venham a ser aceitas pela classe médico-científica, bem como as suas consequências pós-tratamentos, inclusive cirúrgicos, em qualquer tempo; e**
- **as situações reconhecidas por instituições oficiais de previdência ou assemelhadas, como "invalidez acidentária", nas quais o evento causador da lesão não se enquadre integralmente na caracterização de invalidez por acidente pessoal.**

b) Apólice: documento emitido pela seguradora formalizando a aceitação da cobertura solicitada pelo estipulante;

c) **Beneficiário:** pessoa física designada para receber o valor da indenização, na hipótese de ocorrência do sinistro;

d) **Capital Segurado:** valor máximo para a cobertura contratada a ser pago pela sociedade seguradora na ocorrência do sinistro;

e) **Carregamento:** importância destinada a atender às despesas administrativas e de comercialização;

f) **Certificado Individual:** documento destinado ao segurado, emitido pela seguradora quando da aceitação do proponente, da renovação do seguro ou da alteração de valores de capital segurado ou prêmio;

g) **Coberturas:** são as obrigações que a seguradora assume perante o segurado quando da ocorrência de um evento coberto;

h) **Condições Contratuais:** conjunto de disposições que regem a contratação, incluindo as constantes da proposta de contratação, das condições gerais, da apólice, do contrato, da proposta de adesão e do certificado individual;

i) **Condições Gerais:** conjunto de cláusulas que regem um mesmo plano de seguro, estabelecendo obrigações e direitos, da seguradora, dos segurados e dos beneficiários;

j) **Contrato:** instrumento jurídico firmado entre o estipulante e a sociedade seguradora, que estabelecem as peculiaridades da contratação do plano coletivo, e fixam os direitos e obrigações do estipulante, da sociedade seguradora, dos segurados, e dos beneficiários;

k) **Doenças ou Lesões Preexistentes e suas Conseqüências:** são as doenças ou lesões, inclusive as congênitas, contraídas pelo segurado anteriormente à data de sua adesão ao seguro, caracterizando-se pela existência de quaisquer alterações evidentes do seu estado de saúde, e que eram de seu prévio conhecimento na data da contratação de seguro e não foram declaradas na proposta de adesão;

l) **Estipulante:** é a pessoa jurídica que contrata a apólice coletiva de seguro, investida dos poderes de representação dos segurados, nos termos da legislação e da regulamentação em vigor;

m) **Evento Coberto:** é o acontecimento futuro, possível e incerto, passível de ser indenizado pelas coberturas contempladas nestas condições gerais;

n) **Franquia:** é o período, em dias, contado a partir da data do evento coberto, durante o qual o segurado não terá direito ao recebimento da indenização. A franquia é deduzida por evento;

o) **Formulário de Aviso de Sinistro:** é o documento pelo qual é feita a comunicação de um sinistro à seguradora;

p) **Grupo Segurado:** é a totalidade do grupo segurável efetivamente aceita e incluída na apólice coletiva;

q) **Grupo Segurável:** é a totalidade das pessoas físicas vinculadas ao estipulante que reúne as condições para inclusão na apólice coletiva;

r) **Hospital:** é o estabelecimento legalmente habilitado, constituído e licenciado no Brasil ou no exterior, devidamente instalado e equipado para tratamento médico, clínico e/ou cirúrgico de seus pacientes. **Não se entende como estabelecimento hospitalar, clínicas, creches, casas de repouso ou casas de convalescença para idosos, ou local que funcione como centro de tratamento para dependentes do uso de drogas e/ou álcool;**

s) **Incapacidade Temporária:** é o afastamento **temporário** do segurado das atividades relativas a sua profissão ou ocupação por incapacidade decorrente de doença ou acidente pessoal coberto, e comprovada por determinação médica;

t) **Indenização:** valor que a seguradora deverá pagar ao beneficiário quando da ocorrência de um evento coberto contratado;

u) **Início de Vigência:** é a data a partir da qual as coberturas de risco propostas serão garantidas pela sociedade seguradora;

v) **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 consangüíneos ou afins, mesmo que habilitados a exercer a prática da medicina;**

w) **Nota Técnica Atuarial:** documento que contém a descrição e o equacionamento técnico do seguro e que deverá ser protocolizado na SUSEP previamente à comercialização;

x) **Período de Cobertura:** aquele durante o qual o segurado ou os beneficiários, quando for o caso, farão jus aos capitais segurados contratados;

y) **Prazo de Carência:** período, contado a partir da data de início de vigência do seguro ou do aumento do capital segurado, durante o qual, na ocorrência do sinistro, o beneficiário ou o segurado não terá direito à percepção dos capitais segurados contratados;

z) **Prêmio:** valor correspondente a cada um dos pagamentos destinados ao custeio do seguro;

aa) **Prêmio Puro:** valor correspondente ao prêmio pago, excluindo-se o carregamento e os impostos;

ab) **Proponente:** o interessado em contratar a cobertura;

ac) **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;

ad) **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 as coberturas, manifestando pleno conhecimento das condições contratuais;

ae) **Riscos Excluídos:** são aqueles riscos, previstos nas condições gerais, que não serão cobertos pelo seguro;

af) **Segurado:** pessoa física sobre a qual se procederá a avaliação do risco e se estabelecerá o seguro;

ag) **Seguradora:** é a companhia de seguros, devidamente constituída e legalmente autorizada a operar no país, que assume os riscos inerentes às coberturas contratadas, nos termos destas condições gerais;

ah) **Seguro Contributário:** seguro no qual o pagamento do prêmio é de responsabilidade exclusiva do segurado; e

ai) **Sinistro:** a ocorrência do risco coberto, durante o período de vigência do plano de seguro.

3) COBERTURAS DO SEGURO

Art. 3º. Este seguro divide-se em **dois módulos: (§1º) Módulo I**, contemplando duas coberturas de seguro e **(§2º) Módulo II**, contemplando três coberturas de seguro. O segurado fará a escolha de módulo, a seu critério, no momento da contratação. As coberturas contidas dentro de cada módulo não poderão ser contratadas isoladamente.

§ 1º. O Módulo I é composto das seguintes coberturas:

a) **Morte (M); e**
b) **Diária por Incapacidade Temporária (DIT).**

§ 2º. O Módulo II é composto das seguintes coberturas:

a) **Morte Acidental (MAC);**
b) **Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente Majorada (IPAM); e**
c) **Diária por Incapacidade Temporária (DIT).**

3.1) DESCRIÇÃO DAS COBERTURAS

I. **Morte:** É a garantia do pagamento de uma indenização aos beneficiários, caso o segurado venha a falecer por causas naturais ou acidentais, durante a vigência deste seguro.

II. **Morte Acidental:** É a garantia do pagamento de uma indenização aos beneficiários, caso o segurado venha a falecer por acidente pessoal coberto ocorrido durante a vigência deste seguro.

III. **Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente Majorada:** É a garantia do pagamento de uma indenização ao próprio segurado, relativa à perda, redução ou à impotência funcional definitiva, total ou parcial, de um membro ou órgão em virtude de lesão física, causada por acidente coberto, ocorrido durante a vigência deste seguro.

Art. 4°. Após conclusão do tratamento, ou esgotados os recursos terapêuticos disponíveis para recuperação, e constatada e avaliada a invalidez permanente quando da alta médica definitiva, a seguradora deve pagar uma indenização, de acordo com os percentuais estabelecidos na "Tabela para Cálculo da Indenização em caso de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente Majorada", descrita a seguir:

Invalidez Permanente	TABELA PARA O CÁLCULO DA INDENIZAÇÃO EM CASO DE INVALIDEZ PERMANENTE	% Sobre a Importância Segurada
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	100
	Perda total do uso de uma das mãos	100
	Perda total do uso de ambos os pés	100
	Alienação mental total e incurável	100
	Perda total de ambos os rins	100
	Perda total da visão de um olho	100
	Perda total do uso de um dos polegares, inclusive o metacarpiano	100
PARCIAL DIVERSAS	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
	Perda total de um rim	15
	Amputação total do nariz	25
	Amputação total de uma orelha	8
	Amputação total de ambas as orelhas	12
	Perda do baço	15
	Perda de um ovário	6
	Perda de dois ovários	20
	Perda de um testículo	6
	Perda de dois testículos	12
	Amputação traumática do pênis	40
	Mastectomia total de um seio	10
	Mastectomia total de dois seios	20
PARCIAL MEMBROS SUPERIORES	Fratura não consolidada de um dos úmeros	50
	Fratura não consolidada de um dos segmentos rádioulnares	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, exclusive o metacarpiano	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 anulares	9
	Perda total do uso de qualquer falange, excluídas as do polegar: indenização equivalente a 1/3 do valor do dedo respectivo	

PARCIAL MEMBROS INFERIORES	Perda total do uso de um dos membros inferiores	70
	Perda total do uso de um dos pés	50
	Fratura não consolidada de um fêmur	50
	Fratura não consolidada de um dos segmentos tíbioperoneiros	25
	Fratura não consolidada da rótula	20
	Fratura não consolidada de um pé	20
	Anquilose total de um dos joelhos	20
	Anquilose total de um dos tornozelos	20
	Anquilose total de um quadril	20
	Perda parcial de um dos pés, isto é, perda de todos os dedos e de uma parte do mesmo pé	25
	Amputação do 1º (primeiro) dedo	10
	Amputação de qualquer outro dedo	3
	Perda total do uso de uma falange do 1º dedo, indenização equivalente a 1/2 e dos demais dedos, equivalente a 1/3 do respectivo dedo	
	Encurtamento de um dos membros inferiores - de 5 (cinco) centímetros ou mais - de 4 (quatro) centímetros - de 3 (três) centímetros - menos de 3 (três) centímetros: sem indenização	 15 10 6

§ 1º. Não ficando abolidas por completo as funções do membro ou órgão lesado, a indenização por perda parcial é calculada pela aplicação, à percentagem prevista no seguro para sua perda total, do grau de redução funcional apresentado.

§ 2º. Na falta de indicação exata do grau de redução funcional apresentado, e sendo o referido grau classificado apenas como máximo, médio ou mínimo, a indenização será calculada, na base das percentagens de 75% (setenta e cinco por cento), 50% (cinquenta por cento) e 25% (vinte e cinco por cento), respectivamente.

§ 3º. Nos casos não especificados na tabela, a indenização é estabelecida tomando-se por base a diminuição permanente da capacidade física do segurado, independentemente de sua profissão ou atividade.

§ 4º. Quando do mesmo acidente resultar invalidez de mais de um membro ou órgão, a indenização deve ser calculada somando-se as percentagens respectivas, cujo total não pode exceder a 100% (cem por cento).

§ 5º. Havendo duas ou mais lesões em um mesmo membro ou órgão, a soma das percentagens correspondentes não pode exceder à da indenização prevista para sua perda total.

§ 6º. Para efeito de indenização, a perda ou maior redução funcional de um membro ou órgão já defeituoso antes do acidente, deve ser deduzida do grau de invalidez definitiva.

§ 7º. O capital segurado no caso de invalidez parcial será automaticamente reintegrado após cada sinistro, sem cobrança de prêmio adicional.

§ 8º. As indenizações por morte acidental e invalidez permanente total ou parcial por acidente majorada não se acumulam. Se depois de paga indenização por invalidez permanente por acidente, verificar-se a morte do segurado em consequência do mesmo acidente, a importância já paga por invalidez permanente deve ser deduzida do valor do capital segurado por morte.

§ 9º. A perda de dentes e os danos estéticos não dão direito à indenização por invalidez permanente.

IV. Diária por Incapacidade Temporária: É a garantia do pagamento ao segurado de diárias, no caso deste ficar impossibilitado contínua e ininterruptamente, **por período temporário**, de exercer sua profissão ou ocupação, decorrente de doença ou acidente pessoal coberto, durante o período em que se encontrar em tratamento, sob orientação médica, ocorrido exclusivamente no período de vigência do seguro, respeitados o período de carência e a franquia definidas, e observado o limite de diárias e as condições contratuais do seguro.

Neste produto para a cobertura de Diária por Incapacidade Temporária, haverá cobertura também para LER, DORT e Hérnias, observados os períodos de carência e franquia descritos nas Condições Gerais.

Art. 5°. O número de diárias a ser indenizado será determinado em função da necessidade comprovada de afastamento temporário do segurado de suas atividades profissionais, acompanhada de relatório do médico assistente do segurado, observados o limite máximo de diárias, o período de carência e a franquia determinadas para o plano.

§ 1º. A seguradora poderá indicar perícia médica para os casos onde não haja determinação da quantidade de diárias necessárias para retorno às atividades profissionais ou em caso de discordância da quantidade apontada pelo médico assistente do segurado.

§ 2º. No caso de discordância, a seguradora proporá ao segurado, por meio de correspondência escrita, dentro do prazo de 15 dias, a contar da data de contestação, a constituição de junta médica, conforme descrito no art. 42.

§ 3º. Pelo mesmo evento, o número de diárias indenizadas não pode superar a quantidade de diárias contratadas por evento coberto.

§ 4º. A reintegração do capital segurado relativo à garantia de diária por incapacidade temporária é automática após cada evento coberto, sem cobrança de prêmio adicional.

§ 5º. A indenização a ser paga será calculada tomando-se por base o valor da diária por incapacidade temporária, multiplicando-se pelo número de dias de afastamento, descontando o período de franquia.

§ 6º. As indenizações de invalidez permanente total ou parcial por acidente majorada e diária por incapacidade temporária se acumulam. Se, depois de paga uma indenização de diária por incapacidade temporária, verificar-se a invalidez permanente total ou parcial do segurado, a seguradora pagará a indenização devida para a cobertura de invalidez permanente. A partir da caracterização da invalidez total ou parcial por acidente majorada, devidamente comprovada, o pagamento das diárias será imediatamente cancelado.

§ 7º. No **módulo I**, as indenizações de morte e diária por incapacidade temporária se acumulam. Se, depois de paga uma indenização de diária por incapacidade temporária, verificar-se a morte do segurado, a seguradora pagará a indenização devida para a cobertura de morte.

§ 8º. No **módulo II**, as indenizações de morte acidental e diária por incapacidade temporária se acumulam. Se, depois de paga uma indenização de diária por incapacidade temporária, verificar-se a morte acidental do segurado, a seguradora pagará a indenização devida para a cobertura de morte acidental.

§ 9º. As indenizações de diária por incapacidade temporária não se acumulam. No caso de ocorrência simultânea de mais de um afastamento por incapacidade temporária, a indenização a ser paga será a do evento que resulte no maior tempo de afastamento, não havendo acúmulo ou superposição de indenizações.

§ 10º. Caso o segurado esteja recebendo diárias e sua incapacidade temporária evolua para uma invalidez total e permanente por doença devidamente comprovada, o pagamento das diárias será imediatamente cancelado.

Art. 6°. Fica expressamente estabelecido que este seguro não cobre e não indenizará quaisquer despesas relacionadas à contenção de doenças ou lesões, bem como gastos com prevenção, manutenção e preservação da saúde. Tais despesas como exames de rotina, consultas médicas, vacinas, tratamentos, acompanhamento psicológico são de responsabilidade exclusiva do segurado e não se enquadram nas coberturas previstas na apólice.

4) RISCOS EXCLUÍDOS

Art. 7°. Estão expressamente excluídos de todas as coberturas 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 guerra química ou bacteriológica, de guerra civil, de guerrilha, de revolução, agitação, motim, revolta, sedição, sublevação ou outras perturbações da ordem pública e delas decorrentes, salvo se tratar de prestação de serviço militar ou de ato 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) prática, por parte do segurado, dos beneficiários ou pelo representante de um e de outro, de atos ilícitos dolosos ou por culpa grave, equiparável ao dolo, ou atos contrários à lei, inclusive a direção de veículos automotores terrestres, aquáticos, aéreos e similares, sem a devida habilitação legal;

e) de acidentes ocorridos em consequência direta ou indireta de furacões, ciclones, terremotos, maremotos, erupções vulcânicas e outros fenômenos da natureza de caráter extraordinário;

f) ato reconhecidamente perigoso que não seja motivado por necessidade justificada, exceto quando do exercício de serviço militar, da prática de atos de humanidade em auxílio de outrem, utilização de meio de transporte mais arriscado ou da prática de esporte;

g) gravidez e suas intercorrências, bem como parto ou aborto, exceto se decorrentes de acidente pessoal coberto;

h) tratamento para esterilização, fertilização e mudança de sexo e suas consequências;

i) epidemias e/ou pandemias declaradas por órgão competente; e

j) mutilação voluntária e premeditada ou sua tentativa, exceto em caso de suicídio ou sua tentativa após os primeiros dois anos de vigência inicial do contrato, ou da sua recondução depois de suspenso.

Art. 8°. Além dos riscos mencionados acima, consideram-se também como Riscos Excluídos, para a cobertura de diária por incapacidade temporária, os abaixo especificados:

a) cirurgias plásticas, exceto aquelas com finalidade comprovadamente restauradoras de função diretamente afetada por acidente pessoal coberto pelo seguro ocorridos durante a vigência desta garantia;

b) hospitalizações para check-up;

c) tratamentos para obesidade em suas várias modalidades;

d) tratamentos para esterilização, fertilização e mudança de sexo

e) procedimentos não previstos no Código Brasileiro de Ética Médica e não reconhecidos pelo serviço Nacional de Fiscalização de Medicina e Farmácia;

f) infecções oportunistas e toda e qualquer doença provocada pela Síndrome da Deficiência Imunológica Adquirida (AIDS) e/ou Hepatites B e/ou Hepatite C;

g) lesões traumáticas comprovadamente anteriores à celebração deste contrato, para os 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 conseqüentes;

h) anomalias ou malformações congênitas com manifestação em qualquer época;

i) luxações recidivantes que tenham ocorrido após um primeiro acometimento e instabilidades crônicas (agudizadas ou não) de qualquer articulação;

j) distúrbios ou doenças psiquiátricas e mentais, bem como quaisquer eventos deles decorrentes, inclusive psicanálise, sonoterapia, psicoterapia em suas diversas modalidades, terapia ocupacional, psicologia, avaliação e/ou terapia;

k) tratamentos clínicos ou cirúrgicos com finalidade estética ou cosmética e para senilidade, rejuvenescimento, repouso, convalescença, emagrecimento estético, geriátricos e suas consequências;

l) doenças parasitárias e infecciosas transmitidas por picadas de insetos; e

m) doenças transmitidas por contato com animais, tais como leptospirose, toxoplasmose e outras doenças infecto parasitárias.

Art. 9°. 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, o estado de invalidez permanente.

Art. 10. Não estão cobertos danos e perdas causados direta ou indiretamente por ato terrorista, cabendo à seguradora comprovar com documentação hábil, acompanhada de laudo circunstanciado que caracterize a natureza do atentado, independente de seu propósito, e desde que este tenha sido devidamente reconhecido como atentatório à ordem pública pela autoridade pública competente.

5) ÂMBITO GEOGRÁFICO DA COBERTURA

Art. 11. As coberturas de morte, morte acidental e invalidez permanente total ou parcial por acidente majorada aplicam-se para acidentes cobertos ocorridos em qualquer parte do globo terrestre. Quanto a cobertura de diária por incapacidade temporária, a validade da cobertura se aplica para incapacidade decorrente de doença ou acidente ocorridos em território brasileiro.

Parágrafo único. As coberturas de invalidez e incapacidade temporária são válidas somente para diagnóstico em território brasileiro.

6) CARÊNCIA, FRANQUIA E LIMITE MÁXIMO DE DIÁRIAS

Art. 12. O período de carência será contado a partir do início de vigência da cobertura individual ou da sua recondução depois de suspensa, e será de:

§ 1º. 150 (cento e cinquenta) dias para a cobertura de diária por incapacidade temporária, cujo evento gerador seja decorrente de:

- **lesões decorrentes, dependentes, predispostas ou facilitadas por esforços repetitivos ou microtraumas cumulativos, ou que tenham relação de causa e efeito com os mesmos, assim como as lesões classificadas como: Lesão por Esforços Repetitivos – LER, tais como tendinites, sinovites, tenossinovites, cervicobraquialgias artrites, bursites e todos os processos inflamatórios inespecíficos relacionados aos Distúrbios Osteo-musculares Relacionados ao Trabalho – DORT, Lesão por Trauma Continuado ou Contínuo – LTC, ou similares que venham a ser aceitas pela classe médico-científica, bem como as suas consequências pós-tratamentos, inclusive cirúrgicos, em qualquer tempo;**
- **qualquer tipo de hérnia e suas consequências**
- **diálise ou hemodiálise em pacientes crônicos;**
- **cirrose hepática; e**
- **doenças de características reconhecidamente progressivas, tais como fibromialgia, artritereumatóide, osteoartrose, dor miofascial, esclerose múltipla, doença de Alzheimer; Doença de Parkinson, entre outras.**
- **lombalgias lombociatalgias, ciáticas, síndrome pós-laminectomia, hérnias discais degenerativas, protusões discais degenerativas, dorsopatias, cervicobraquialgias**

§ 2º. Não haverá carência para sinistros decorrentes de acidentes pessoais, exceto no caso de suicídio ou sua tentativa, que deverá observar carência de 24 (vinte e quatro) meses ininterruptos, contados da data de adesão ao seguro, ou de sua recondução depois de suspenso.

§ 3º. O pagamento antecipado dos prêmios não reduz o período de carência do seguro.

Art. 13. Será estabelecida franquia de 7 (sete) ou 10 (dez) dias, a critério do segurado, escolhida no momento da contratação, para a cobertura de diária por incapacidade temporária. A franquia será contada a partir da data do evento coberto.

§ 1º. O segurado não estará sujeito ao cumprimento de nova franquia, caso haja incapacidade temporária em decorrência do mesmo evento gerador em até 1 (um) ano da cessação de pagamento das diárias anteriores.

§ 2º. Não será estabelecida franquia para as coberturas de morte, morte acidental e invalidez permanente total ou parcial por acidente majorada.

Art. 14. O número máximo de diárias a serem pagas, por evento coberto, para cobertura de diária por incapacidade temporária será de:

a) **90 (noventa) dias para eventos decorrentes de:**
   - **lesões decorrentes, dependentes, predispostas ou facilitadas por esforços repetitivos ou microtraumas cumulativos, ou que tenham relação de causa e efeito com os mesmos, assim como as lesões classificadas como: Lesão por Esforços Repetitivos – LER, Distúrbios Osteo-musculares Relacionados ao Trabalho – DORT, Lesão por Trauma Continuado ou Contínuo – LTC, ou similares que venham a ser aceitas pela classe médico-científica, bem como as suas consequências pós-tratamentos, inclusive cirúrgicos, em qualquer tempo;**
   - **qualquer tipo de hérnia e suas consequências;**
   - **diálise ou hemodiálise em pacientes crônicos;**
   - **cirrose hepática;**
   - **doenças de características reconhecidamente progressivas, tais como fibromialgia, artritereumatóide, osteoartrose, dor miofascial, esclerose múltipla, doença de Alzheimer; Doença de Parkinson, entre outras;**
   - **lombalgias lombociatalgias, ciáticas, síndrome póslaminectomia, hérnias discais degenerativas, protusões discais degenerativas, dorsopatias, cervicobraquialgias; e**

b) **365 (trezentos e sessenta e cinco) dias para os demais eventos cobertos de diárias de incapacidade temporária não previstos na alínea "a" do art. 13 destas Condições Gerais.**

7) ACEITAÇÃO DO SEGURO

Art. 15. Poderão ser incluídos no seguro os componentes do grupo segurável que estiverem em plena atividade de suas funções e perfeitas condições de saúde na data da respectiva contratação do seguro, com idade mínima de 16 (dezesseis) e máxima de 65 (sessenta e cinco) anos, mediante a assinatura e o preenchimento completo da proposta de adesão e da declaração pessoal de saúde, bem como a entrega dos documentos que a seguradora julgar necessários para análise dos riscos seguráveis.

§ 1º. Recebida a proposta de adesão pela seguradora, com todos os documentos exigidos para análise dos riscos, terá início um período de 25 (vinte e cinco) dias, no qual a seguradora avaliará o risco.

§ 2º. A aceitação do seguro estará sujeita à análise do risco e a Mongeral Aegon tem o prazo de até 25 dias, contados da data que vier a ser registrada pelo relógio protocolo, para manifestar-se em relação à aceitação ou recusa desta proposta. Este prazo será suspenso quando necessária a requisição de outros documentos ou dados para análise do risco. Essa eventual suspensão terminará quando forem protocolados os documentos ou dados para análise do risco. Caso não haja manifestação de recusa desta proposta pela MAG Seguros no prazo antes referido, a aceitação da proposta se dará automaticamente.

§ 3º. Em caso de recusa do risco, onde tenha sido efetuado o pagamento do prêmio, após a formalização da recusa pela seguradora, o valor pago deverá ser devolvido, no prazo máximo de 10 (dez) dias corridos, atualizado pela variação do índice do plano, apurado entre o último índice publicado antes da data do recebimento do prêmio e aquele publicado imediatamente anterior à data de sua efetiva devolução, estando ainda sujeito à aplicação de mora, conforme disposto no art. 25, estando o proponente coberto pelo seguro desde o recebimento da proposta com o adiantamento do prêmio até a data da formalização da recusa.

§ 4º. Quando das renovações, serão excluídos do seguro os segurados que completarem 70 (setenta) anos.

§ 5º Excepcionalmente, acordado entre o segurado e a MAG Seguros, poderá (ão) ser (em) excluída(s) cobertura(s) para doenças preexistentes específicas e/ou qualquer outra (s) co-relacionada(s), declaradas na declaração pessoal de saúde que integra a proposta de contratação.

Art. 16. A cada segurado incluído no seguro será enviado um certificado individual, assinado pelos representantes legais da seguradora, que conterá no mínimo os elementos contidos na legislação em vigor.

8) VIGÊNCIA DA COBERTURA INDIVIDUAL

Art. 17. Caso as propostas tenham sido recepcionadas pela seguradora, antes do pagamento do prêmio, o início de vigência da cobertura individual será às 00 (zero) horas do dia de pagamento do respectivo prêmio, sendo esta data expressamente acordada entre as partes. O fim de vigência da cobertura não poderá ultrapassar a vigência da apólice.

Parágrafo único. Quando a forma de pagamento escolhida for cartão de crédito, no ato da contratação da proposta será realizada uma pré-reserva do valor do primeiro prêmio no limite do cartão. Esse valor somente será debitado do cartão de crédito após o aceite da proposta pela seguradora. A pré-reserva não caracteriza a efetivação do pagamento do seguro e, portanto, não há cobertura nesse período. O pagamento do prêmio será efetivamente realizado somente na data de aceitação da proposta pela seguradora, momento a partir do qual terá início a vigência da cobertura.

9) VIGÊNCIA E RENOVAÇÃO DO SEGURO

Art. 18. A vigência da apólice do seguro será de 1 (um) ano, sendo renovada automaticamente, uma única vez, salvo se a seguradora ou o estipulante, mediante aviso prévio de 60 (sessenta) dias comunicar por escrito o desinteresse pela mesma.

§ 1º. Será enviado novo certificado individual aos segurados em cada uma das renovações do seguro.

§ 2º. Caso a seguradora não tenha interesse em renovar a apólice, deverá comunicar aos segurados e ao estipulante mediante aviso prévio de, no mínimo, 60 (sessenta) dias que antecedam ao final de vigência da apólice.

§ 3º. Com exceção da primeira renovação, a qual poderá ser feita de forma automática, nas demais é obrigatório o consentimento expresso.

§ 4º. A renovação da apólice que não implicar em ônus, deveres adicionais ou redução de direito para os segurados poderá ser feita pelo estipulante.

§ 5º. Caso haja, na renovação, alteração da apólice que implique em ônus ou dever aos segurados, ou a redução de seus direitos, deverá haver anuência prévia e expressa de pelo menos ¾ do grupo segurado.

10) CAPITAL SEGURADO

Art. 19. Para efeito de determinação do capital segurado, na liquidação dos sinistros, será considerado como data do evento:

a) na cobertura de morte, a data do falecimento;

b) nas coberturas de morte acidental e invalidez permanente total por acidente, a data do acidente;

c) na cobertura de diária por incapacidade temporária, a data do afastamento por incapacidade, devidamente diagnosticado pelo médico assistente do segurado.

Art. 20. O valor de indenização da cobertura DIT será calculado levando em consideração a quantidade de dias de afastamento do trabalho, em relação ao capital segurado definido na proposta de contratação, que equivale a 30 dias. A quantidade de dias da franquia deverá ser descontada de acordo com o plano contratado.

11) ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA

Art. 21. Nos casos de pagamento por desconto em folha, os valores do prêmio e dos capitais segurados serão atualizados anualmente, no mês de maio, pelo IPCA (Índice de Preços ao Consumidor Amplo) acumulado nos 12 meses que antecedem ao mês de abril.

Parágrafo único. A primeira atualização observará o IPCA (Índice de Preços ao Consumidor Amplo) acumulado, proporcional ao número de meses decorridos desde a subscrição.

Art. 22. Nos demais casos, onde o pagamento não se der por desconto em folha, os valores do prêmio e dos capitais segurados serão atualizados anualmente, no mês de aniversário da contratação individual do seguro por cada segurado, pelo IPCA (Índice de Preços ao Consumidor Amplo) acumulado nos 12 meses que antecedem o mês anterior ao de aniversário da contratação do seguro.

Art. 23. Caso o segurado tenha optado pela periodicidade anual do pagamento dos prêmios, o capital segurado será atualizado desde a data da última atualização do prêmio até a data de ocorrência do evento gerador, observado o IPCA (Índice de Preços ao Consumidor Amplo) acumulado, proporcional ao número de meses decorridos desde a última atualização.

Art. 24. Além da atualização monetária, o valor dos prêmios sofrerá acréscimo periodicamente em decorrência da mudança de idade do segurado e consequente aumento de risco, com a finalidade de manter o equilíbrio atuarial, financeiro e econômico do seguro, na forma da lei, exclusivamente para as coberturas de Morte e Diárias por Incapacidade Temporária (DIT), visto que as demais utilizam uma taxa única para todas as idades.

§ 1º. O acréscimo, em decorrência da mudança de idade, será realizado nas datas previstas nos arts. 19 e 20, conforme a forma de pagamento escolhida pelo segurado, de acordo com a tabela abaixo, onde constam os percentuais de reajuste de uma faixa etária para a imediatamente anterior:

Faixa Etária	% DE REAJUSTE MORTE
16 a 30 anos	-
31 a 35 anos	21,47%
36 a 40 anos	29,74%
41 a 45 anos	50,50%
46 a 50 anos	53,42%
51 a 55 anos	56,69%
56 a 60 anos	56,11%
61 anos	30,82%
62 anos	9,31%
63 anos	9,30%
64 anos	9,30%
65 anos	9,33%
66 anos	9,42%
67 anos	9,50%
68 anos	9,57%
69 anos	9,43%

Faixa Etária	% DE REAJUSTE DIT
16 a 30 anos	-
31 a 35 anos	29,14%
36 a 40 anos	22,39%
41 a 45 anos	22,81%
46 a 50 anos	24,56%
51 a 55 anos	22,92%
56 a 60 anos	17,07%
61 a 65 anos	13,68%
66 a 70 anos	4,81%

§ 2º. O reajuste de cada **módulo** será realizado pela composição dos reajustes de suas coberturas previstas.

12) APLICABILIDADE DE MORA

Art. 25. Os valores relativos às obrigações pecuniárias da seguradora serão acrescidos de juros moratórios de 2% ao mês, quando o prazo de sua liquidação superar o prazo fixado no art. 40, sendo efetuada a partir do primeiro dia posterior ao término do referido prazo.

Parágrafo único. Para este seguro não será adotada multa.

13) PAGAMENTO DE PRÊMIO

Art. 26. O custeio do seguro será contributário.

Art. 27. Os prêmios serão pagos mensalmente, trimestralmente, semestralmente ou anualmente, de acordo com o estabelecido na proposta de adesão.

§ 1º. Os prêmios poderão ser pagos pelo segurado, em boleto bancário, pix, cartão de crédito, débito em conta corrente ou desconto em folha de pagamento, conforme definido na proposta de adesão. O segurado também poderá optar pelo pagamento da primeira parcela do seguro via pix. Neste caso, a efetivação deverá ocorrer em até 13 dias da data do aceite pela Seguradora, conforme descrito no Art. 32 deste documento.

§ 2º. Sob sua exclusiva responsabilidade perante os segurados, a seguradora poderá delegar ao estipulante o recolhimento dos prêmios, ficando este responsável por seu repasse à seguradora, conforme as condições estabelecidas na apólice. O não repasse à seguradora de prêmios recolhidos pelo estipulante não poderá prejudicar o segurado.

§ 3º. É expressamente vedado ao estipulante o recolhimento, a título de prêmio, de qualquer valor que exceda o destinado ao custeio do seguro. Quando houver o recolhimento, juntamente com o prêmio, de outros valores devidos ao estipulante, a qualquer título, é obrigatório o destaque, no documento de cobrança, do valor do prêmio discriminado referente ao seguro e aos demais valores devidos. É vedada, ainda, a cobrança de qualquer taxa de inscrição ou de intermediação.

§ 4º. Quando a forma de cobrança do prêmio for o desconto em folha, o empregador, salvo nos casos de cancelamento da apólice, somente poderá interromper o recolhimento em caso de perda do vínculo empregatício ou mediante o pedido do segurado por escrito.

§ 5º. Qualquer indenização somente passa a ser devida depois do pagamento do respectivo prêmio, que deve ser realizado até a data estabelecida na proposta de adesão. No entanto, caso esta data corresponda a um feriado bancário ou fim de semana, o pagamento poderá ser efetuado no primeiro dia útil subsequente, sem que haja suspensão das coberturas.

§ 6º. Servirão de comprovante de pagamento de prêmios o débito efetuado em conta bancária, o recibo de remessa ou de pagamento bancário, ou ainda, a comprovação do desconto em folha de pagamento.

14) CONDIÇÕES PARA MANUTENÇÃO E CANCELAMENTO DAS COBERTURAS

Art. 28. Se, após a data estabelecida para pagamento do prêmio, este não tiver sido quitado, será concedido um período de tolerância de 30 (trinta) dias, durante o qual a cobertura permanecerá vigente. Após esse prazo, se não houver o pagamento do prêmio devido, a cobertura será suspensa, não havendo direito à indenização para sinistros ocorridos durante o período de suspensão.

§ 1º. O segurado poderá ter a cobertura reabilitada no prazo máximo de 60 (sessenta) dias a contar da data de vencimento do primeiro prêmio devido e não pago, mediante quitação do prêmio do risco a decorrer e, as coberturas serão restabelecidas a partir das 24 (vinte e quatro) horas da data em que for retomado o pagamento do prêmio, respondendo a seguradora exclusivamente pelos sinistros ocorridos a partir das 24 (vinte e quatro) horas da data da efetiva quitação do prêmio em atraso.

§ 2º. Durante a vigência do contrato, a cobertura somente poderá ser suspensa por 3 (três) vezes.

§ 3º. O período em que a cobertura estiver suspensa não será considerado para efeito de cumprimento do período de carência, sendo retomada a contagem deste no momento da reabilitação da cobertura.

Art. 29. No caso do prêmio pago mensalmente, a falta de pagamento de 3 (três) parcelas, consecutivas e, depois de transcorrido o prazo de 60 (sessenta) dias, a contar da data de vencimento da primeira parcela de prêmio devida e não paga, acarretará o cancelamento do seguro, não produzindo efeitos, direitos ou obrigações, desde a data da suspensão da cobertura, conforme citado nesta cláusula, e após a notificação prévia ao segurado, não cabendo qualquer restituição de prêmios anteriormente pagos.

§ 1º. Para os prêmios pagos trimestralmente, semestralmente ou anualmente, o cancelamento do seguro ocorrerá depois de transcorrido o prazo de 90 (noventa) dias, a contar da data do vencimento de uma parcela de prêmio devida e não paga, não produzindo efeitos, direitos ou obrigações, desde a data da suspensão da cobertura, conforme citado nesta cláusula, e após a notificação prévia ao segurado, não cabendo qualquer restituição de prêmios anteriormente pagos.

§ 2º. A falta de pagamento de 3 (três) parcelas não consecutivas, para a periodicidade de pagamento mensal, também poderá acarretar o cancelamento do seguro, observadas as disposições relativas ao prazo de tolerância e à notificação prévia ao segurado, não cabendo restituição de prêmios anteriormente pagos.

§ 3º. A seguradora notificará o segurado com antecedência de pelo menos 10 (dez) dias antes do término do prazo previsto de tolerância previsto nesta cláusula, advertindo-o quanto à necessidade de quitação dos prêmios em atraso, sob pena de cancelamento do seguro.

Art. 30. No caso de pedido de cancelamento do plano de seguro cujos prêmios foram pagos trimestralmente, semestralmente ou anualmente, o segurado permanecerá coberto pelo período correspondente ao risco ainda a decorrer, em função do prazo a que se refere o prêmio já pago.

Art. 31. O contrato de seguro pode ser rescindido a qualquer tempo mediante acordo entre as partes contratantes, com a anuência prévia e expressa de segurados que representem, no mínimo, três quartos do grupo segurado.

Art. 32. Caso o segurado tenha optado em realizar o pagamento do primeiro prêmio via pix, o seguro será cancelado se não houver a efetivação do mesmo no prazo de 15 dias contados da data do aceite pela Seguradora.

15) CESSAÇÃO DA COBERTURA INDIVIDUAL

Art. 33. A cobertura individual cessa ao final do prazo de vigência da apólice, se esta não for renovada, observada a limitação constante no art. 18 destas condições gerais.

Art. 34. O segurado é obrigado a comunicar à seguradora, logo que saiba, todo incidente suscetível de agravar consideravelmente o risco coberto.

Art. 35. Contudo, a seguradora não utilizará a informação de agravamento do risco para alterar direitos e deveres ora previstos nestas Condições Gerais, incluindo a decisão de restringir a cobertura ou cobrar a diferença de prêmio.

Art. 36. Respeitando o período correspondente ao prêmio pago, as coberturas do segurado cessam, ainda:

a) automaticamente com o cancelamento da apólice;

b) quando o segurado solicitar a sua exclusão da apólice;

c) com o recebimento de 100% do capital segurado da cobertura de invalidez permanente total ou parcial por acidente majorada;

d) com a morte do segurado;

e) com o recebimento do limite de diárias de 365 dias referentes a um mesmo evento na cobertura de diária de incapacidade temporária, conforme estabelecido na alínea "b" do art.13.

16) PERDA DA GARANTIA NOS CASOS PREVISTOS EM LEI

Art. 37. O segurado deve agir de forma prudente e não praticar atos que aumentem desnecessariamente o risco coberto. A seguradora poderá avaliar a situação conforme as regras previstas nesta Condição Geral e na Lei 15.040.

§1º. O segurado deve responder de forma verdadeira e completa todas as informações pedidas pela seguradora na análise da proposta.

§2º. Se houver omissão ou informação falsa, incorreta ou inexata de forma intencional (com dolo), é perdido o direito à garantia. Nesse caso, será preciso pagar o prêmio devido e ressarcir as despesas da seguradora.

§3º. Se a omissão ou a informação falsa, incorreta ou inexata não ocorrer de forma intencional (culposa), a seguradora paga apenas uma parte da indenização, descontando proporcionalmente da indenização o prêmio que deveria ter sido pago.

§4º. Se a informação que não foi revelada tornar o risco impossível de se garantir ou se for um tipo de risco que a seguradora não aceita, o seguro será cancelado, e o segurado deverá ressarcir as despesas da seguradora.

Art. 38. O segurado deve comunicar à seguradora qualquer informação relevante que venha a conhecer e que seja essencial para avaliar corretamente o risco durante o período de análise da proposta. Essa comunicação não pode ser utilizada pela seguradora para reduzir direitos, restringir a cobertura ou cobrar prêmio adicional, exceto quando previsto nesta cláusula desta condição geral, conforme regras da lei 15040.

17) LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

Art. 39. Em caso de sinistro coberto por este seguro, o segurado ou seus beneficiários deverá comunicar o sinistro à seguradora e provar satisfatoriamente sua ocorrência, através da entrega dos documentos básicos listados abaixo:

I. EM CASO DE MORTE NATURAL:
DOCUMENTOS DO SEGURADO PRINCIPAL

a) cópia autenticada da Certidão de Óbito;

b) cópia da carteira de identidade e CPF;

c) cópia autenticada da Certidão de Nascimento ou comprovante de dependência no caso de óbito dos dependentes menores;

d) cópia autenticada da Certidão de Casamento ou da Declaração de União Estável do cônjuge, no caso de óbito do cônjuge;

e) Formulário Declaração Médica de Morte Natural, preenchido pelo médico assistente do segurado, com firma reconhecida;

f) documentos médicos, tais como prontuários, receitas e laudos médicos;

DOCUMENTOS DOS BENEFICIÁRIOS

g) Formulário de Habilitação de Beneficiários, devidamente preenchido;

h) cópia da carteira de identidade e CPF;

i) cópia do comprovante de residência de contas de concessionárias de serviços públicos (luz, gás, água, telefone fixo, etc.);

j) cópia autenticada da certidão de casamento ou de nascimento;

k) declaração de união estável, no caso de companheiro(a);

l) Termo de Tutela para beneficiários cujos pais estão ausentes;

m) Termo de Curatela para beneficiários considerados incapazes;

II. EM CASO DE MORTE ACIDENTAL:
DOCUMENTOS DO SEGURADO

a) cópia autenticada da Certidão de Óbito;

b) cópia da carteira de identidade e CPF;

c) Formulário de Aviso de Sinistro de Seguro de Acidentes Pessoais, devidamente preenchido;

d) cópia autenticada do Boletim de Ocorrência Policial;

e) cópia autenticada da Carteira Nacional de Habilitação, em caso de acidente com veículo dirigido pelo segurado;

f) cópia autenticada do Laudo de Exame Cadavérico, se houver;

g) cópia autenticada do Laudo do Exame Toxicológico e de Teor Alcoólico, quando realizado;

DOCUMENTOS DO BENEFICIÁRIO

a) Formulário de Habilitação de Beneficiários, devidamente preenchido;

b) cópia da carteira de identidade e CPF;

c) cópia do comprovante de residência de contas de concessionárias de serviços públicos (luz, gás, água, telefone fixo, etc);

d) cópia autenticada da certidão de casamento ou de nascimento;

e) declaração de união estável, no caso de companheiro(a);

f) Termo de Tutela para beneficiários cujos pais estão ausentes; e

g) Termo de Curatela para beneficiários considerados incapazes.

III EM CASO DE INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL OU PARCIAL POR ACIDENTE MAJORADA: DOCUMENTOS DO SEGURADO

a) cópia da carteira de identidade e CPF do segurado;

b) cópia do comprovante de residência de contas de concessionárias de serviços públicos (luz, gás, água, telefone fixo, etc);

c) Formulário de Aviso de Sinistro de Seguro de Acidentes Pessoais, devidamente preenchido;

d) Formulário de Habilitação de Beneficiários, devidamente preenchido;

e) Aviso de Alta Médica, devidamente preenchido;

f) Relatório do Médico Assistente, devidamente preenchido com firma reconhecida;

g) Laudo Oftalmológico, se necessário;

h) radiografias, se houver;

i) cópia autenticada do Boletim de Ocorrência Policial;

j) cópia autenticada da Carteira Nacional de Habilitação, em caso de acidente com veículo dirigido pelo segurado; e

k) cópia autenticada do Laudo do Exame Toxicológico e de Teor Alcoólico, quando realizado.

IV. DIÁRIA POR INCAPACIDADE TEMPORÁRIA: DOCUMENTOS DO SEGURADO

a) cópia da carteira de identidade e CPF do segurado;

b) cópia do comprovante de residência de contas de concessionárias de serviços públicos (luz, gás, água, telefone fixo, etc);

c) Formulário de Habilitação de Beneficiários, devidamente preenchido;

d) Laudo Emitido pelo Médico Assistente informando a causa da incapacidade temporária e justificando o afastamento/prorrogação solicitado;

e) Resultados dos exames comprobatórios da doença ou acidente (radiografias, tomografias, ressonâncias, ultra-sonografias, eletroneuromiografias, etc. – laudos e imagens);

f) Atestado Médico original comprovando o afastamento;

g) Cópia autenticada de comprovante de exercício de Atividade Profissional;

h) Laudo Oftalmológico, se necessário;

i) cópia autenticada do Boletim de Ocorrência Policial, em caso de acidente;

j) cópia autenticada da Carteira Nacional de Habilitação, em caso de acidente com veículo dirigido pelo segurado;

k) cópia autenticada do Laudo do Exame Toxicológico e de Teor Alcoólico, quando realizado, em caso de acidente;

l) Comprovante de renda mensal, que poderá ser a cópia autenticada do contra-cheque ou do Imposto de Renda ou o saldo médio bancário declarado pelo banco em papel timbrado. **Não serão aceitas declarações de contador; e**

m) quando houver internação ou atendimento em hospital ou clínica, deverá ser anexada uma declaração da entidade constando o nome do segurado, data da internação e da alta, diagnóstico detalhado e descrição do tratamento ou cirurgias realizadas, bem como identificação do(s) seu(s) médico(s) assistente(s).

Art. 40. A partir da entrega de toda a documentação básica exigível, listada no art. 39, por parte do segurado ou beneficiários, a seguradora terá o prazo de até 30 (trinta) dias para liquidação do sinistro.

Art. 41. É facultada à seguradora, em caso de dúvida fundada e justificável, a adoção de medidas que visem à plena elucidação do sinistro, podendo, inclusive, solicitar outros documentos que julgar necessários à apuração do sinistro.

§ 1º. A contagem do prazo para liquidação do sinistro será suspensa a partir da data de solicitação dos documentos e voltará a correr a partir do dia útil subsequente àquele em forem completamente atendidas as exigências.

§ 2º. Para a regulação do evento coberto, a seguradora poderá solicitar documentos complementares apenas uma vez, neste caso justificando o pedido.

§ 3º. Nos seguros em que o capital segurado exceda o correspondente a 500 (quinhentas) vezes o salário mínimo vigente, a seguradora poderá solicitar documentos complementares duas vezes, em ambos os casos será necessário justificar o pedido.

Art. 42. No caso de divergências sobre a causa, natureza ou extensão de lesões, bem como a avaliação da incapacidade relacionada ao segurado, a sociedade seguradora deverá propor ao segurado, por meio de correspondência escrita, dentro do prazo de 15 (quinze) dias, a contar da data da contestação, a constituição de junta médica.

§ 1º. A junta médica de que trata o *caput* deste artigo será constituída por 3 (três) membros, sendo um nomeado pela sociedade seguradora, outro pelo segurado e um terceiro, desempatador, escolhido pelos dois nomeados.

§ 2º. Cada uma das partes pagará os honorários do médico que tiver designado; os do terceiro (médico desempatador) serão pagos, em partes iguais, pelo segurado e pela seguradora.

§ 3º. 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.

Art. 43. Todas as despesas com a comprovação do sinistro correm por conta do segurado, com exceção dos exames solicitados pela seguradora, ou de providências determinadas pela mesma. As providências que a seguradora tomar, visando esclarecer as circunstâncias do sinistro, não constituem ato de reconhecimento da obrigação de pagamento do capital segurado.

Art. 44. O segurado, ao propor sua adesão ao seguro, autoriza a perícia médica da seguradora a ter acesso a todos os seus dados clínicos e cirúrgicos, empreender visita domiciliar ou hospitalar e requerer e proceder a exames. O assunto será tratado como de natureza confidencial e os resultados apurados, incluindo-se laudos dos exames, estarão disponíveis apenas para o segurado, seu médico e a seguradora.

§ 1º. Comprovado algum tipo de fraude, a seguradora suspenderá o pagamento da indenização, e iniciará os procedimentos legais objetivando o ressarcimento de eventuais despesas incorridas e indenizações pagas, sem prejuízo das ações cíveis e criminais cabíveis.

§ 2º. Em caso de impossibilidade da realização da perícia, devido ao desaparecimento dos sintomas ou da condição de invalidez, a seguradora devolverá a documentação ao segurado, que ficará sem direito ao recebimento de qualquer indenização.

Art. 45. A seguradora não poderá contestar o pagamento da indenização para a cobertura contratada por alegação de doenças ou lesões preexistentes, de conhecimento do segurado e não declaradas na proposta de contratação, se na data do evento gerador já tiver decorrido o período de contestabilidade de 24 (vinte e quatro) meses, contados a partir do início de vigência da apólice ou da data de reabilitação do seguro, observado o disposto nos arts. 37 e 38.

Art. 46. A indenização devida e não paga se sujeita a atualização monetária no caso de não cumprimento do prazo disposto no art. 39 e, somente neste caso, será atualizada monetariamente da data do evento gerador até a data do efetivo pagamento pelo IPCA (Índice de Preços ao Consumidor Amplo).

§ 1º. Considerando o disposto no *caput* deste artigo, a atualização será efetuada com base na variação positiva apurada entre o último índice publicado antes da data do evento e aquele publicado imediatamente antes à data de sua efetiva liquidação, estando ainda sujeito à aplicação de mora conforme disposto no art. 25.

§ 2º. Nenhuma correção será devida no caso de cumprimento do prazo para pagamento disposto no art. 25.

§ 3º. O pagamento de valores relativos à atualização monetária e juros moratórios far-se-á independentemente de notificação ou interpelação judicial, de uma só vez, juntamente com os demais valores do contrato.

Art. 47. As coberturas de morte, morte acidental e invalidez permanente total ou parcial por acidente majorada serão pagas de forma única.

Art. 48. A cobertura de diárias por incapacidade temporária será paga de uma única vez caso sejam 30 diárias. As demais serão sempre pagas de 30 em 30 dias.

18) BENEFICIÁRIOS

Art. 49. Os beneficiários para a cobertura de morte e morte acidental serão designados pelo segurado na proposta de adesão, podendo ser substituídos a qualquer tempo, através de solicitação formal, preenchida e assinada.

§ 1º. Deve ser observado que não se pode instituir beneficiário, pessoa que for legalmente inibida de receber a doação do segurado.

§ 2º. Na falta de indicação expressa de beneficiário, ou se por qualquer motivo não prevalecer a que for feita, serão beneficiários aqueles indicados por lei.

§ 3º. No caso das coberturas de invalidez permanente total ou parcial por acidente majorada e diária por incapacidade temporária, o próprio segurado será o beneficiário.

19) OBRIGAÇÕES DO ESTIPULANTE

Art. 50. São obrigações do estipulante:

a) fornecer à seguradora todas as informações necessárias para a análise e aceitação do risco, previamente estabelecidas pela seguradora, incluindo os dados cadastrais dos proponentes;

b) manter a seguradora informada a respeito dos segurados, seus dados cadastrais, alteração no risco coberto, bem como quaisquer eventos que possam, no futuro, acarretar-lhe responsabilidade, de acordo com o definido contratualmente;

c) fornecer ao segurado, sempre que solicitado, quaisquer informações relativas ao contrato de seguro;

d) discriminar o valor do prêmio de seguro no documento de cobrança, bem como a seguradora responsável pelo risco;

e) repassar os prêmios à seguradora nos prazos estabelecidos contratualmente, caso seja responsável pelo recolhimento dos prêmios;

f) repassar aos segurados todas as comunicações ou avisos inerentes à apólice coletiva, quando for responsável por tais ações;

g) discriminar a razão social e, se for o caso, o nome fantasia da sociedade seguradora responsável pelo risco nos documentos, comunicações e materiais de comercialização e publicidade referentes ao seguro;

h) comunicar de imediato à seguradora, tão logo tome conhecimento, a ocorrência de qualquer sinistro ou expectativa de sinistro referente ao grupo que representa, quando esta comunicação estiver sob sua responsabilidade;

i) dar ciência aos segurados dos prazos e procedimentos para a liquidação de sinistros;

j) comunicar de imediato à SUSEP quaisquer procedimentos que considere irregulares quanto ao seguro contratado; e

k) fornecer à SUSEP quaisquer informações solicitadas, dentro do prazo por ela especificado.

20) DISPOSIÇÕES GERAIS

Art. 51. As condições contratuais deste seguro encontram-se registradas na Susep de acordo com o número de processo constante da Apólice/Proposta e poderão ser consultadas no endereço eletrônico www.susep.gov.br.

Art. 52. No caso de extinção ou vedação do índice de atualização de valores, a seguradora adotará como índice substitutivo o IGPM/FGV.

Art. 53. O pagamento dos tributos que incidam ou venham a incidir sobre os prêmios e/ou indenizações deverá ser efetuado por quem a legislação específica determinar.

Art. 54. Qualquer alteração na apólice que implique em ônus, dever ou redução de direitos para os segurados dependerá de anuência expressa de segurados que representem três quartos do grupo segurado.

Parágrafo único. Quando a alteração não implicar em ônus, dever ou redução de direitos para os segurados, esta pode ser realizada apenas com a anuência do estipulante.

Art. 55. A aceitação do seguro estará sujeita à análise do risco.

Art. 56. O registro deste plano na SUSEP não implica, por parte da Autarquia, incentivo ou recomendação a sua comercialização.

Art. 57. O segurado poderá consultar a situação cadastral de seu corretor de seguros, no site www.susep.gov.br, por meio do número de seu registro na SUSEP, nome completo, CNPJ ou CPF.

Art. 58. Este seguro é por prazo determinado, tendo a seguradora à faculdade de não renovar a apólice na data do vencimento, sem a devolução dos prêmios pagos, nos termos da apólice.

Art. 59. A Mongeral Aegon Seguros e Previdência S.A. se preocupa com a privacidade e a proteção dos dados pessoais de seus clientes, cumprindo todas as legislações aplicáveis, em especial, a Lei Federal nº 13.709/2018 (Lei Geral de Proteção de Dados). Caso o titular dos dados pessoais tenha interesse em obter mais informações sobre como os seus dados serão tratados pela Mag Seguros, ele poderá consultar nossa Política de Privacidade, disponível em https://mag.com.br/atendimento/ajuda/politica-de-privacidade.

21) FORO

Art. 60. As questões judiciais, entre o segurado ou beneficiário e a sociedade seguradora, serão processadas no foro do domicílio do segurado ou do beneficiário, conforme o caso.

Parágrafo único. Na hipótese de inexistência de relação de hipossuficiência entre as partes, será válida a eleição de foro diverso daquele previsto no *caput* deste artigo.

22) PRESCRIÇÃO

Art. 61. Os prazos prescricionais são aqueles previstos em lei.

Fevereiro/2026

MAG
SEGUROS

GRUPO MONGERAL AEGON

Mongeral Aegon Seguros e Previdência S.A ■ CNPJ 33.608.308/0001-73
Central de Relacionamento MAG Seguros - Capitais e Regiões Metropolitanas - 4003 3355 • Demais Localidades - 0800 881 33 55 SAC (24h) - 0800 725 77 30 • www.mag.com.br • sac@mag.com.br • www.consumidor.gov.br • Mongeral Aegon Seguros e Previdência S.A. CNPJ 33.608.308/0001-73 • Matriz: Travessa Belas Artes, 15 • CEP 20060-000 • Rio de Janeiro RJ
Sua solicitação não foi atendida? Entre em contato com a Ouvidoria - 0800 725 75 50