2278, 2279 e 2507

CONDIÇÕES GERAIS
INVALIDEZ

MAG SEGUROS

GRUPO MONGERAL AEGON

ÍNDICE

CONDIÇÕES GERAIS

1) OBJETIVO DO SEGURO 5

2) DEFINIÇÕES 5

3) COBERTURAS DO SEGURO 8

4) RISCOS EXCLUÍDOS 11

5) ÂMBITO GEOGRÁFICO DA COBERTURA 12

6) CARÊNCIAS 12

7) ACEITAÇÃO DO SEGURO 12

8) VIGÊNCIA DA COBERTURA 13

9) VIGÊNCIA DO SEGURO 13

10) CAPITAL SEGURADO 13

11) ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA 13

12) APLICABILIDADE DE MORA 14

13) PAGAMENTO DE PRÊMIO 14

14) CONDIÇÕES PARA MANUTENÇÃO E CANCELAMENTO DAS COBERTURAS 15

15) PERDA DA GARANTIA NOS CASOS PREVISTOS EM LEI 16

16)ACIONAMENTO DO SEGURO 16

17) BENEFICIÁRIOS 18

18) DISPOSIÇÕES GERAIS 18

19) FORO 18

MONGERAL S/A Seguros e Previdência
(CNPJ: 33.608.308.0001/73)

SEGURO DE PESSOAS INDIVIDUAL INVALIDEZ
PROCESSO SUSEP N°. 15414.604898/2020-57

CONDIÇÕES GERAIS

1) OBJETIVO DO SEGURO

Art. 1º. Este seguro tem por objetivo garantir o pagamento de uma indenização ao segurado na ocorrência de um dos eventos cobertos pelas coberturas 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 plano não permite concessão de resgate ou devolução de quaisquer prêmios pagos, exceção feita ao disposto no art. 16, 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, tendo como conseqüência direta a morte ou a invalidez permanente total do segurado;

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

- suicídio, ou a sua tentativa, que será equiparado, para fins de indenização, a acidente pessoal, observada a 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
- 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; e**
- **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 proponente;

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

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

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

f) **Condições Contratuais:** conjunto de disposições que regem a contratação, incluindo as constantes da proposta de contratação, das condições gerais e da apólice;

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

h) **Consignante:** pessoa jurídica responsável, exclusivamente, pela efetivação de descontos em folha de pagamento e pelo respectivo repasse em favor da seguradora, correspondentes aos prêmios devidos pelos segurados;

i) **Doenças ou Lesões Preexistentes e suas Consequências:** são as doenças ou lesões, inclusive as congênitas, contraídas pelo segurado anteriormente à data de sua adesão ao seguro, caracterizando-se pela existência de sinais, sintomas e 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 contratação;

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

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

l) **Indenização:** valor que a seguradora deverá pagar ao segurado ou a seus beneficiários quando da ocorrência de um evento coberto contratado;

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

n) **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;

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

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

q) **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 segurado ou os beneficiários não terão direito à percepção dos capitais segurados contratados;

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

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

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

u) **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;

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

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

x) **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;

y) **Sinistro:** a ocorrência do risco coberto, durante o período de vigência do plano de seguro; e

z) **Vigência da Cobertura:** é o período no qual a apólice de seguro está em vigor.

Art. 3º. Segue, para a invalidez funcional permanente total por doença (IFPD) o glossário de termos utilizados nestas condições gerais:

a) Agravo Mórbido: piora de uma doença;

b) 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;

c) Aparelho Locomotor: conjunto de estruturas destinadas ao deslocamento do corpo humano;

d) Atividade Laborativa: qualquer ação ou trabalho através do qual o segurado obtenha renda;

e) Auxílio: a ajuda através de recurso humano e ou de utilização de estruturas ou equipamentos de apoio físico;

f) Ato Médico: procedimento técnico-profissional praticado por médico legalmente habilitado e regido por Resolução específica do Conselho Federal de Medicina;

g) Cardiopatia Grave: doença do coração assim classificada segundo os critérios constantes do "Consenso Nacional de Cardiopatia Grave";

h) Cognição: conjunto de processos mentais usados no pensamento, na memória, na percepção, na classificação, no reconhecimento etc;

i) Conectividade com a Vida: capacidade do ser humano de se relacionar como o meio externo que o cerca;

j) Consumpção: definhamento progressivo e lento do organismo humano produzido por doença;

k) Dados Antropométricos: no caso da cobertura de invalidez funcional permanente e total por doença, o peso e a altura do segurado;

l) Deambular: ato de andar livremente com o uso do aparelho locomotor;

m) 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;

n) Deficiência Visual: qualquer prejuízo da capacidade de visão abaixo do considerado normal;

o) Disfunção Imunológica: incapacidade do organismo de produzir elementos de defesa contra agentes estranhos causadores de doença;

p) Doença Crônica: doença com período de evolução que ultrapassa a fase inicial, persistindo ativa por tempo indeterminado;

q) Doença Crônica em Atividade: doença crônica que se mantém ativa apesar do tratamento;

r) Doença Crônica de Caráter Progressivo: doença crônica que se mantém evolutiva em curso de piora, apesar do tratamento;

s) Doença em Estágio Terminal: aquela em estágio sem qualquer alternativa terapêutica e sem perspectiva de reversibilidade, sendo o paciente considerado definitivamente fora dos limites de sobrevivência, conforme atestado pelo médico assistente;

t) Doença Neoplásica Maligna Ativa: crescimento celular desordenado, provocado por alterações genéticas no metabolismo e nos processos de vida básicos das células que controlam seu crescimento e multiplicação; São os chamados cânceres ou tumores malignos em atividade;

u) Doença Profissional: aquela onde a causa determinante seja o exercício peculiar a alguma atividade profissional;

v) Estados Conexos: representa o relacionamento consciente e normal do segurado com o meio externo;

w) Etiologia: causa de cada doença;

x) Fatores de Risco e Morbidade: aquilo que favorece ou facilita o aparecimento ou a manutenção de uma doença, ou que com ela interage;

y) Hígido: saudável;

z) **Médico Assistente:** médico que está assistindo ao segurado ou que já lhe tenha prestado assistência continuada. 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.

aa) **Prognóstico:** juízo médico baseado no diagnóstico e nas possibilidades terapêuticas acerca da duração, evolução e termo de uma doença;

ab) **Quadro Clínico:** conjunto das manifestações mórbidas objetivas e subjetivas apresentadas por um doente;

ac) **Recidiva:** reaparecimento de uma doença algum tempo depois de um acometimento;

ad) **Refratariedade Terapêutica:** incapacidade do organismo humano em responder positivamente ao tratamento instituído;

ae) **Relações Existenciais:** aquelas que capacitam a autonomia existencial do ser humano em suas relações de conectividade com a vida;

af) **Sentido de Orientação:** faculdade do indivíduo se identificar, relacionar e se deslocar livremente, sem qualquer auxílio, como o meio ambiente externo que o cerca;

ag) **Seqüela:** qualquer lesão anatômica ou funcional que permaneça depois de encerrada a evolução clínica de uma doença; e

ah) **Transferência Corporal:** capacidade do segurado se deslocar de um local para outro, sem qualquer auxílio.

3) COBERTURAS DO SEGURO

Art. 4º. O seguro terá as seguintes coberturas descritas abaixo:

a) Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente; e

b) Invalidez Funcional Permanente Total por Doença.

Parágrafo único. A cobertura de invalidez funcional permanente total por doença não poderá ser subscrita isoladamente.

3.1) DESCRIÇÃO DAS COBERTURAS

I. **Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente (IPA):** 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. 5°. 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", 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 do uso 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(mandíbula)	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(cúbitos)	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	09
	Perda total do uso de um dos dedos indicadores	15
	Perda total do uso de um dos dedos mínimos ou um dos dedos médios	12
	Perda total do uso de um dos dedos anulares	09
	Perda total do uso de qualquer falange, excluídas as do polegar: 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 tíbios peroneiros	25
	Fratura não consolidada da rótula (patela)	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 primeiro dedo	10
	Amputação de qualquer outro dedo	03
	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:	15 10 06 s/indenização

§ 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% (cinqüenta 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. A perda de dentes e os danos estéticos não dão direito à indenização por invalidez permanente.

II. **Invalidez Funcional Permanente Total por Doença (IFPD):** É a garantia do pagamento de uma indenização em caso de invalidez funcional permanente total, por doença, que cause a perda da existência independente do segurado, ocorrida durante a vigência do seguro.

Art. 6º. 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. Este quadro clínico incapacitante deverá ser comprovado através de parâmetros e documentos devidamente especificados no art. 35.

Art. 7º. Considera-se como risco coberto a ocorrência comprovada - segundo critérios vigentes à época da regulação do sinistro e adotados pela classe médica especializada - de um dos seguintes quadros clínicos incapacitantes, provenientes **exclusivamente de doença**:

a) Doenças cardiovasculares crônicas enquadradas sob o conceito de "cardiopatia grave";

b) Doenças neoplásicas malignas ativas, sem prognóstico evolutivo e terapêutico favoráveis, que não mais estejam inseridas em planos de tratamento direcionados à cura e ou ao 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 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 doença:

- Cegueira, na qual a acuidade visual é 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 a somatória da medida do campo visual em ambos os olhos for igual ou menor que 60°; ou
- Ocorrência simultânea de quaisquer das condições anteriores

h) Doença evoluída sob um estágio clínico que possa ser considerado como terminal (doença em estágio terminal), desde que atestado por profissional legalmente habilitado.

i) Estados mórbidos, decorrentes de doença, a seguir relacionados:
- Perda completa e definitiva da totalidade das funções de dois membros; ou
- Perda completa e definitiva da totalidade das funções das duas mãos ou de dois pés; ou
- Perda completa e definitiva da totalidade das funções de uma das mãos associada à de um dos pés.

Art. 8º. Outros quadros clínicos incapacitantes serão reconhecidos como riscos cobertos desde que, avaliados através de instrumento de avaliação de invalidez funcional - IAIF (Anexo às Condições Gerais) atinjam a marca mínima exigida de 60 (sessenta) pontos, em um total de 80 (oitenta) pontos previstos como possíveis.

Art. 9º. O IAIF é composto por dois documentos. O primeiro (Tabela de Relações Existenciais, Condições Médicas e Estruturais e de Estados Conexos) avalia, através de escalas, compreendendo 3 graduações cada, as condições médicas e de conectividade com a vida (Atributos).

** 1º. O 1° 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.

§ 2º. Para a classificação no 2° ou no 3° Grau, basta que ocorra uma das situações ali descritas.

§ 3º. Todos os Atributos constantes no primeiro documento serão, obrigatoriamente, avaliados e pontuados.

§ 4º. O segundo documento (Tabela de Dados Antropométricos, Fatores de Risco e de Morbidade) valoriza cada uma das situações ali previstas.

§ 5º. Os itens da tabela deverão ser pontuados sempre que haja o reconhecimento da situação descrita.

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. 10. 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 contratação;
d) de atos ilícitos dolosos praticados pelo segurado ou pelo representante 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) as perturbações e intoxicações alimentares de qualquer espécie, bem como as intoxicações decorrentes da ação de produtos químicos, salvo quando prescritos por médico, em decorrência de acidente pessoal.

Art. 11. Além dos riscos mencionados acima, 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, para a cobertura de invalidez funcional permanente total por doença (IFPD), os abaixo especificados:

a) a perda, a redução ou a impotência funcional definitiva, total ou parcial, de um ou mais membros, **órgãos e ou sistemas orgânicos corporais, em decorrência, direta e ou indiretamente, de lesão física e ou psíquica causada por acidente pessoal; e**

b) a doença cuja evolução natural tenha sido agravada por traumatismo.

Art. 12. 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 e total por doença.

Art. 13. A seguradora reserva-se o direito de não considerar 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.

Art. 14. Não estão cobertos danos e perdas causados direta ou indiretamente por ato terrorista, cabendo a 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. 15. As coberturas do seguro previstas nestas condições aplicam-se para eventos cobertos ocorridos em qualquer parte do globo terrestre.

6) CARÊNCIAS

Art. 16. O período de carência será substituído pelo preenchimento obrigatório da declaração pessoal de saúde, 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 e, neste caso, serão devolvidos ao segurado ou ao(s) beneficiário(s), os prêmios puros do seguro atualizados pela variação do índice do plano, apurado entre o último índice publicado antes da data do recebimento dos prêmios e aquele publicado imediatamente anterior à data da efetiva liquidação, estando ainda sujeito à aplicação de mora, conforme disposto no art. 26.
Parágrafo único. O pagamento antecipado dos prêmios não reduz o período de carência do Plano.

7) ACEITAÇÃO DO SEGURO

Art. 17. Poderão ser incluídos no seguro os proponentes com idade mínima de 16 anos e máxima de 65 anos, mediante a assinatura e o preenchimento completo da proposta de contratação, bem como a entrega dos documentos que a seguradora julgar necessários para análise dos riscos seguráveis.

§ 1º. Recebida a proposta de contratação 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 MAG Seguros 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.

§ 4º. 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.

§ 5º. Com base nos apontamentos da Declaração Pessoal de Saúde feito pelo segurado, se acordado entre este e a MAG Seguros, para viabilizar a aceitação, os valores dos prêmios do seguro poderão ser agravados no ato da subscrição.

Art. 18. A cada segurado incluído no seguro será enviada uma apólice, assinada pelos representantes legais da seguradora, que conterá no mínimo os seguintes elementos:

a) nome da seguradora e seu CNPJ;

b) número do processo SUSEP;

c) dados cadastrais do segurado, incluindo o número da proposta;

d) data de início de vigência da cobertura;

e) capital segurado por cobertura;

f) valor do prêmio e sua periodicidade de pagamento;

g) data de emissão da apólice.

8) VIGÊNCIA DA COBERTURA

Art. 19. Caso a proposta tenha sido recepcionada 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.

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 DO SEGURO

Art. 20. O prazo de vigência deste seguro é vitalício, com exceção da cobertura de invalidez funcional permanente total por doença, da qual o segurado será excluído aos 70 anos, passando a pagar o prêmio correspondente apenas a cobertura de invalidez permanente total ou parcial por acidente.

10) CAPITAL SEGURADO

Art. 21. Para efeito de determinação do capital segurado, na liquidação dos sinistros, será considerado como data do evento gerador:

a) na cobertura de invalidez permanente total ou parcial por acidente, a data do acidente; e

b) na cobertura de invalidez funcional permanente total por doença, a data indicada pelo médico assistente na declaração médica.

Parágrafo único. A data da invalidez funcional permanente e 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, estabelecida através da verificação de evidências documentais apuradas em registros lavrados por profissionais médicos em qualquer tempo.

11) ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA

Art. 22. Nos casos de pagamento por desconto folha, o valor do prêmio e dos capitais segurados será atualizado 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. 23. Nos demais casos, onde o pagamento não se der por desconto em folha, o valor do prêmio e dos capitais segurados será atualizado anualmente, no mês de aniversário da contratação do Plano, pelo IPCA (Índice de Preços ao Consumidor Amplo) acumulado nos 12 meses que antecedem o mês anterior ao de aniversário da contratação do plano.

Art. 24. Caso o segurado tenha optado pela periodicidade anual do pagamento dos prêmios, o capital segurado será atualizado 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. 25. Além da atualização monetária, o valor do prêmio referente à cobertura de invalidez funcional permanente total por doença sofrerá acréscimo periodicamente em decorrência da mudança de faixa etária do segurado e conseqüente aumento de risco, com a finalidade de manter o equilíbrio atuarial, financeiro e econômico do plano, na forma da lei.

Parágrafo único. O acréscimo, em decorrência da mudança de faixa etária, será realizado nas datas previstas nos arts. 22 e 23, 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 no caso de contratação das duas coberturas:

Faixa Etária	Percentual de Reajuste por Idade	Faixa Etária	Percentual de Reajuste por Idade
16 a 30 anos	-	63 anos	13,64%
31 a 35 anos	24,73%	64 anos	13,68%
36 a 40 anos	48,80%	65 anos	13,69%
41 a 45 anos	53,88%	66 anos	13,75%
46 a 50 anos	54,19%	67 anos	13,74%
51 a 55 anos	79,93%	68 anos	13,76%
56 a 60 anos	85,87%	69 anos	13,78%
61 anos	46,25%	70 anos	13,79%
62 anos	13,61%		

12) APLICABILIDADE DE MORA

Art. 26. Os valores relativos às obrigações pecuniárias da seguradora serão acrescidos de multa no valor de 2% ao mês, quando o prazo de sua liquidação superar o prazo fixado no art. 36, sendo efetuada a partir do primeiro dia posterior ao término do referido prazo.

13) PAGAMENTO DE PRÊMIO

Art. 27. Os prêmios serão pagos mensalmente, trimestralmente, semestralmente ou anualmente, de acordo com o estabelecido na proposta de contratação, e sempre antecipadamente ao período de cobertura.

Parágrafo único. No caso de sinistro ou cancelamento do plano de seguro, será devolvida a parcela de prêmio proporcional aos meses correspondentes ao risco ainda a decorrer, em função do prazo a que se refere o prêmio pago. O valor a ser devolvido será atualizado pela variação positiva do índice do plano desde a data do pagamento do prêmio até a data da efetiva devolução, estando ainda sujeito à aplicação de mora, conforme disposto no art. 26.

Art. 28. Os prêmios poderão ser pagos pelo segurado em dinheiro, pix, cheque, ordem de pagamento, documento de ordem de crédito, débito em conta corrente, cartão de crédito ou desconto em folha

de pagamento. 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. 33 deste documento.

§ 1º. Caso a data para pagamento do prêmio corresponda a um feriado bancário ou fim de semana, o pagamento poderá ser efetuado no primeiro dia útil subsequente.

§ 2º. Servirão de comprovante de pagamento de prêmios o recibo de pagamento em dinheiro ou cheque, o débito efetuado em conta bancária, o recibo de remessa ou de pagamento bancário ou postal devidamente compensado, ou ainda, a comprovação do desconto em folha de pagamento.

§ 3º. Caso a forma de pagamento seja o desconto em folha, a ausência de repasse a seguradora de prêmios recolhidos pelo consignante não poderá causar prejuízo aos segurados, no que se refere às coberturas previstas neste plano.

§ 4º. O segurado que não receber a ficha de compensação ou outro documento correspondente deverá fazer o recolhimento de seu pagamento por via postal ou por ordem de pagamento na rede bancária credenciada em favor da Seguradora até a data do vencimento, indicando seu nome, número de inscrição e endereço atualizado.

14) CONDIÇÕES PARA MANUTENÇÃO E CANCELAMENTO DAS COBERTURAS

Art. 29. 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 90 (noventa) dias, 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. 30. No caso do prêmio pago mensalmente, a falta de pagamento de 3 (três) parcelas, consecutivas, acarretará o cancelamento do seguro, 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.

§ 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 acarretará o cancelamento do seguro, observadas as disposições relativas ao prazo de tolerância e à notificação prévia ao segurado, não cabendo qualquer 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 no *caput* deste artigo e no parágrafo 1º, através de correspondência ao mesmo, advertindo-o quanto à necessidade de quitação dos prêmios em atraso, sob pena de cancelamento do seguro.

Art. 31. O seguro será cancelado ainda:

a) com a solicitação do segurado;

b) com o recebimento de 100% do capital correspondente a invalidez permanente por acidente; e

c) com o recebimento do capital correspondente a invalidez funcional permanente e total por doença.

Art. 32. O segurado é obrigado a comunicar à seguradora, logo que saiba, todo incidente suscetível de agravar consideravelmente o risco coberto. 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. 33 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 13 dias contados da data do aceite pela Seguradora.

15) PERDA DA GARANTIA NOS CASOS PREVISTOS EM LEI

Art. 39. 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 nest 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. 40. 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.

16) ACIONAMENTO DO SEGURO

Art. 35. Em caso de sinistro coberto por este seguro, o segurado deverá comunicar o sinistro à seguradora e provar satisfatoriamente sua ocorrência, através da entrega dos documentos básicos listados abaixo:

I. EM CASO DE INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL OU PARCIAL POR ACIDENTE:

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) Formulário Aviso de Alta Médica, devidamente preenchido;

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

g) Formulário 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.

II. EM CASO DE INVALIDEZ FUNCIONAL PERMANENTE TOTAL POR DOENÇA:

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) Aviso de Sinistro, integralmente preenchido e assinado pelo médico assistente e pelo Segurado, onde este deverá comunicar à Sociedade Seguradora suas condições de saúde, retratando o Quadro Clínico Incapacitante;

e) Declaração Médica, assinada pelo médico assistente, indicando a data da Invalidez Funcional Permanente e Total por Doença (data do sinistro). 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 nos arts. 7O., 8O. e 9O.;

f) Formulário Declaração Médica de Invalidez por Doença, preenchido pelo médico assistente do segurado, com firma reconhecida;

g) Formulário Laudo Oftalmológico, se necessário;

h) Relatório do médico-assistente do Segurado:

- indicando o início da doença, qualificado pela data em que esta foi efetivamente diagnosticada; e
- detalhando o 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.

i) 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;

Parágrafo único. O segurado se compromete a submeter-se a exame clínico, sempre que a seguradora julgar necessário para esclarecimento de condições relacionadas ao Quadro Clínico Incapacitante.

Art. 36. A partir da entrega de toda documentação básica exigível, listada no art. 35, por parte do segurado ou beneficiários, a seguradora terá o prazo de até 30 (trinta) dias para liquidação do sinistro.

Art. 37. É facultada a 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 subseqüente àquele em forem completamente atendidas às 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. 38. 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 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. 39. As despesas efetuadas com a legitimação da invalidez funcional permanente e total por doença são de responsabilidade do próprio segurado, salvo aquelas realizadas 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 constituem ato de reconhecimento da obrigação de pagamento do capital segurado.

Parágrafo único. Não sendo comprovada a invalidez funcional permanente e total por doença ou a invalidez permanente total por acidente, estas coberturas permanecerão em vigor, não sendo devida qualquer devolução de prêmios.

Art. 40. A indenização devida e não paga, no prazo disposto no art. 36, será atualizada monetariamente da data do evento gerador até a data do efetivo pagamento pelo índice estabelecido nessas condições gerais.

Parágrafo único. 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 anterior à data de sua efetiva liquidação, estando ainda sujeito à aplicação de mora, conforme disposto no art. 26.

17) BENEFICIÁRIOS

Art. 41. O beneficiário será o próprio segurado.

18) DISPOSIÇÕES GERAIS

Art. 42. 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. 43. No caso de extinção ou vedação do índice de atualização de valores, a seguradora adotará como índice substitutivo o IGPM.

Art. 44. 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. 45. O registro deste seguro na SUSEP não implica, por parte da Autarquia, incentivo ou recomendação a sua comercialização.

Art. 46. 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. 47. Qualquer alteração na apólice em vigor dependerá de anuência do segurado.

Art. 48. 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 .

19) FORO

Art. 49. As questões judiciais, entre o segurado ou beneficiário e a 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.

ANEXO DA COBERTURA DE INVALIDEZ FUNCIONAL PERMANENTE E TOTAL POR DOENÇA

INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DE INVALIDEZ FUNCIONAL - IAIF

TABELA DE RELAÇÕES EXISTENCIAIS, CONDIÇÕES MÉDICAS E ESTRUTURAIS E DE ESTADOS CONEXOS

ATRIBUTOS	ESCALAS	PONTOS
Relações do segurado com o cotidiano	1º grau: o segurado mantém suas relações interpessoais com capacidade de compreensão e comunicação; deambula livremente; sai à rua sozinho e sem auxílio; está capacitado a dirigir veículos automotores; mantém suas atividades da vida civil, preservando o pensamento, a memória e o juízo de valor.	00
	2º grau: o segurado apresenta desorientação; necessita de auxílio à locomoção e ou para sair à rua; comunica-se com dificuldade; realiza parcialmente as atividades do cotidiano; possui restrições médicas de ordem relativas ou prejuízo intelectual e ou de cognição.	10
	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.	20
Condições clínicas e estruturais do segurado	1° 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.	00
	2° grau: o segurado apresenta disfunção(ões) e ou insuficiência(s) comprovadas como repercussões secundárias de doenças agudas ou crônicas, em estágio que o obrigue a depender de suporte médico constante (assistido) e desempenhar suas tarefas normais diárias com alguma restrição.	10
	3° 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 auxílio humano e ou técnico.	20
Conectividade do segurado com a vida	1° grau: o segurado realiza, sem auxílio, as atividades de vestir-se e despir-se; dirigir-se ao banheiro; lavar o rosto; escovar seus 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
	2° grau: o segurado necessita de auxílio 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 fruta, abrir uma embalagem, consumir os alimentos com uso de copo, prato e talheres).	10
	3° grau: o segurado necessita de auxílio às atividades de higiene e asseio pessoal diários, assim como aquelas relacionadas à sua alimentação, não sendo capaz de realizar sozinho suas necessidades fisiológicas e de subsistência alimentar diárias.	20

DOCUMENTO 2

TABELA DE DADOS ANTROPOMÉTRICOS, FATORES DE RISCO E DE MORBIDADE

DADOS ANTROPOMÉTRICOS, RISCOS INTERAGENTES E AGRAVOS MÓRBIDOS	PONTUAÇÃO
A idade do segurado interfere na análise da morbidade do caso e ou há IMC – Índice de Massa Corporal superior a 40.	02
Há risco de sangramentos, rupturas e ou quaisquer outras ocorrências iminentes que possam agravar a morbidade do caso.	02
Há ou houve recidiva, progressão em doença tratada e ou agravo mantido associado ou não à disfunção imunológica.	04
Existem mais de 2 fatores 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 sobrevida e ou refratariedade terapêutica.	08

Março/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