3082 e 3083

CONDIÇÕES GERAIS
VIDA INTEIRA

MAG SEGUROS

GRUPO MONGERAL AEGON

ÍNDICE

CONDIÇÕES GERAIS

1) OBJETIVO DO SEGURO 5
2) DEFINIÇÕES 5
3) COBERTURA DO SEGURO 6
4) RISCOS EXCLUÍDOS 7
5) ÂMBITO GEOGRÁFICO DA COBERTURA 7
6) CARÊNCIAS 7
7) ACEITAÇÃO DO SEGURO 8
8) VIGÊNCIA DA COBERTURA INDIVIDUAL 8
9) VIGÊNCIA DO SEGURO 8
10) CAPITAL SEGURADO 8
11) ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA 8
12) APLICABILIDADE DE MORA 9
13) PAGAMENTO DE PRÊMIO 9
14) CONDIÇÕES PARA MANUTENÇÃO E CANCELAMENTO DAS COBERTURAS 10
15) PERDA DA GARANTIA NOS CASOS PREVISTOS EM LEI 11
16) ACIONAMENTO DO SEGURO 11
17) BENEFICIÁRIOS 12
18) DISPOSIÇÕES GERAIS 12
19) PRESCRIÇÃO 12
20) FORO 12

CONDIÇÕES ESPECIAIS – COBERTURA DE MORTE

1) OBJETIVO DA COBERTURA 13
2) CAPITAL SEGURADO 13
3) ACIONAMENTO DO SEGURO 13
4) BENEFICIÁRIO 14
5) DISPOSIÇÕES GERAIS 14

CONDIÇÕES ESPECIAIS – COBERTURA DE ADIANTAMENTO POR DOENÇA TERMINAL

1) OBJETIVO DA COBERTURA 15
2) CAPITAL SEGURADO 16
3) ACIONAMENTO DO SEGURO 16
4) BENEFICIÁRIO 16

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

SEGURO DE VIDA INDIVIDUAL
PROCESSO SUSEP Nº. 15414.604647/2025-87

CONDIÇÕES GERAIS

1) OBJETIVO DO SEGURO

1.1 Este seguro tem por objetivo garantir o pagamento de uma indenização aos beneficiários do segurado na ocorrência de um dos eventos cobertos pelas coberturas contratadas, **exceto se decorrentes de riscos excluídos, desde que respeitadas as condições contratuais.**

1.1.1 Devido à natureza do regime financeiro de repartição simples, este plano 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

2.1 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 consequência direta a morte do segurado.

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

- suicídio, ou a sua tentativa;
- 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.**

b) Apólice: documento emitido pela seguradora formalizando a aceitação da cobertura solicitada pelo proponente.

c) Beneficiário: pessoa física ou jurídica designada para receber os valores dos capitais segurados, 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) Coberturas: são as obrigações que a seguradora assume perante o segurado quando da ocorrência de um evento coberto.

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

h) Condições Especiais: conjunto de cláusulas que especificam as diferentes modalidades de cobertura que possam ser contratadas dentro de um mesmo plano de seguro;

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) **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;

k) **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.

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

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

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

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

p) **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.

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

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

s) **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;

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

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

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

w) **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;

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

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

z) **Segurado Principal:** segurado que mantém o vínculo com a seguradora;

aa) **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;

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

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

3) COBERTURA DO SEGURO

3.1 O seguro terá cobertura, descrita abaixo:

a) **Morte (M):** É a garantia do pagamento de uma indenização ao(s) beneficiário(s), caso o segurado venha a falecer por causas naturais ou acidentais, durante a vigência deste seguro.

b) **Adiantamento por Doença Terminal (ADT):** Corresponde à antecipação do pagamento de um percentual da indenização relativa à cobertura de morte caso seja verificado o estado terminal da doença do segurado, para auxiliá-lo no tratamento.

3.2 Poderá ser feita, pelo segurado principal, de forma facultativa, a inclusão do cônjuge, tendo este o equivalente a 100% do capital segurado do segurado principal.

3.2.1 São equiparados aos cônjuges, as(os) companheiras(os) dos segurados principais, desde que haja concordância com a anotação feita na carteira profissional. Os segurados principais pertencentes a categorias profissionais para as quais não são expedidas carteiras profissionais poderão incluir no seguro as(os) companheiras(os), quando estas estiverem registradas de acordo com regulamentação própria.

3.3 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

4.1 Estão expressamente excluídos da cobertura deste seguro os eventos ocorridos em consequência:

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

b) de atos ou operações de guerra, declarada ou não, de 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, do conhecimento do segurado e não declaradas na proposta de contratação;

d) de atos ilícitos dolosos praticados pelo segurado, pelo beneficiário ou pelo representante legal, de um ou de outro;

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

f) epidemias, gripe aviária, envenenamento por absorção de substância tóxica, exceto escapamento acidental de gases e vapores, de caráter coletivo ou qualquer outra causa física que atinja maciçamente a população, desde que declaradas pelos órgãos competentes.

4.2 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

5.1 A cobertura do seguro prevista nestas condições aplica-se para eventos cobertos ocorridos em qualquer parte do globo terrestre.

6) CARÊNCIAS

6.1 Para os segurados que preencherem a declaração pessoal de saúde quando da subscrição do plano, não será adotado período de carência. Caso contrário, será adotado um período de carência de 24 (vinte e quatro) meses, contado a partir do início de vigência do plano, período este em que o(s) beneficiário(s) fazem jus a um percentual do capital segurado, da seguinte forma:

Período decorrido do início de vigência do plano	Percentual do Capital Segurado
Até 6 meses	5%
De 7 até 12 meses	10%
De 13 até 18 meses	15%
De 19 até 24 meses	20%
A partir de 25 meses	100%

6.1.1 Não haverá período de carência em caso de evento gerador decorrente de acidente pessoal, exceto no caso de suicídio, ou sua tentativa, que deverá observar carência de 24 (vinte e quatro) meses.

6.1.2 O pagamento antecipado dos prêmios não reduz o período de carência do plano.

6.1.3 Para efeito da contagem disposta no item 6.1, deverá ser observado o item 14.1.3.

7) ACEITAÇÃO DO SEGURO

7.1 Poderão ser incluídos no seguro os proponentes com idade mínima de 16 anos e máxima de 85 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.

7.1.1 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.

7.1.2 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.

7.1.3 Caso não haja manifestação de recusa desta proposta pela MAG Seguros no prazo antes referido, a aceitação da proposta se dará automaticamente.

7.1.4 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.

7.1.5 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.

7.2 A cada segurado incluído no seguro será enviada uma apólice, emitida pela seguradora, contendo as particularidades do seguro.

8) VIGÊNCIA DA COBERTURA INDIVIDUAL

8.1 O início de vigência da cobertura individual será às 00 (zero) horas do dia de pagamento do respectivo prêmio.

8.1.1 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

9.1 O prazo de vigência deste seguro é vitalício.

10) CAPITAL SEGURADO

10.1 Para efeito de determinação do capital segurado, na liquidação dos sinistros, será considerado como data do evento gerador a data do falecimento;

11) ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA

11.1 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.

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

11.2 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.

11.3 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.

12) APLICABILIDADE DE MORA

12.1 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. 28, sendo efetuada a partir do primeiro dia posterior ao término do referido prazo.

12.1.1 Para este plano não será adotada multa.

13) PAGAMENTO DE PRÊMIO

13.1 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.

13.1.1 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.

13.2 Os prêmios serão pagos pelo segurado por um dos meios de cobrança disponibilizados pela seguradora.

13.2.1 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.

13.2.2 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.

13.3 Além da atualização monetária abordada no item 11, 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 plano, na forma da lei.

13.3.1 O acréscimo, em decorrência da mudança de idade, será realizado nas datas previstas nos itens 11.1 e 11.2, conforme a forma de pagamento escolhida pelo segurado.

13.3.2 O novo prêmio do seguro será o resultado da multiplicação do prêmio atualizado monetariamente pelo fator de reajuste, conforme idade atingida na tabela abaixo. Esta condição será aplicada para todos os segurados que aderirem ao seguro:

Idade	Fator de reajuste	Idade	Fator de reajuste	Idade	Fator de reajuste
16 anos	-	44 anos	1,0988	72 anos	1,0831
17 anos	1,0517	45 anos	1,0997	73 anos	1,0786
18 anos	1,0430	46 anos	1,1142	74 anos	1,0768
19 anos	1,0299	47 anos	1,1266	75 anos	1,0771
20 anos	1,0455	48 anos	1,1226	76 anos	1,0792
21 anos	1,0393	49 anos	1,1251	77 anos	1,0823
22 anos	1,0330	50 anos	1,1246	78 anos	1,0859

Idade	Fator de reajuste	Idade	Fator de reajuste	Idade	Fator de reajuste
23 anos	1,0318	51 anos	1,1008	79 anos	1,0874
24 anos	1,0265	52 anos	1,1064	80 anos	1,0869
25 anos	1,0106	53 anos	1,1063	81 anos	1,2056
26 anos	1,0157	54 anos	1,1057	82 anos	1,0827
27 anos	1,0149	55 anos	1,1052	83 anos	1,0790
28 anos	1,0203	56 anos	1,1280	84 anos	1,0762
29 anos	1,0243	57 anos	1,1269	85 anos	1,0742
30 anos	1,0360	58 anos	1,1264	86 anos	1,0725
31 anos	1,0150	59 anos	1,1186	87 anos	1,0712
32 anos	1,0347	60 anos	1,1249	88 anos	1,0709
33 anos	1,0379	61 anos	1,1189	89 anos	1,0717
34 anos	1,0418	62 anos	1,1163	90 anos	1,0738
35 anos	1,0528	63 anos	1,1044	91 anos	1,0773
36 anos	1,0272	64 anos	1,1042	92 anos	1,0820
37 anos	1,0131	65 anos	1,1045	93 anos	1,0879
38 anos	1,0859	66 anos	1,1052	94 anos	1,0946
39 anos	1,0939	67 anos	1,0950	95 anos	1,1092
40 anos	1,0995	68 anos	1,0957	96 anos	1,1404
41 anos	1,0882	69 anos	1,0943	97 anos	1,2193
42 anos	1,0858	70 anos	1,0916	98 anos	1,3680
43 anos	1,0988	71 anos	1,0876	99 anos	1,4964

14) CONDIÇÕES PARA MANUTENÇÃO E CANCELAMENTO DAS COBERTURAS

14.1 **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.**

14.1.1 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.

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

14.1.3 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.

14.2 **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 da suspensão da cobertura, conforme citado nesta cláusula, e após a notificação prévia ao segurado, não cabendo qualquer restituição de prêmios anteriormente pagos.**

14.2.1 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.

14.2.2 A falta de pagamento de 3 (três) parcelas não consecutivas, para a periodicidade de pagamento mensal, também acarretará o cancelamento do seguro, não cabendo qualquer restituição de prêmios anteriormente pagos, independente de notificação e/ou interpelação judicial ou extrajudicial.

14.2.3 A seguradora notificará o segurado com antecedência de pelo menos 10 (dez) dias antes do término do prazo previsto nos itens 14.2 e 14.2.1, advertindo-o quanto à necessidade de quitação dos prêmios em atraso, sob pena de cancelamento do seguro.

14.3 A cobertura de cada segurado dependente cessará em caso de morte do segurado principal.

14.4 O seguro será cancelado ainda com a solicitação do segurado.

14.5 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.

14.6 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.

14.7 O seguro não poderá ser cancelado pela seguradora sob alegação de alteração da natureza dos riscos.

15) PERDA DA GARANTIA NOS CASOS PREVISTOS EM LEI

15.1 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.

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

15.1.2 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.

15.1.3 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.

15.1.4 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.

15.1.5 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

16.1 Os documentos para liquidação de sinistros de cada uma das coberturas constam das respectivas condições especiais.

16.2 A partir da entrega de toda documentação exigida pela seguradora, esta terá o prazo de até 30 (trinta) dias para liquidação do sinistro.

16.3 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.

16.3.1 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 às exigências.

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

16.3.3 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.

16.4 A indenização devida e não paga, no prazo disposto no item 16.2, será atualizada monetariamente da data do evento gerador até a data do efetivo pagamento pelo índice estabelecido nessas condições gerais.

16.4.1 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 item 12.1.

17) BENEFICIÁRIOS

17.1 O(s) beneficiário(s) de cada uma das coberturas constam das respectivas condições especiais.

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

17.1.2 Uma pessoa jurídica só poderá ser beneficiária de um contrato de seguro de pessoas se comprovado o legítimo interesse para a mesma figurar nessa condição.

18) DISPOSIÇÕES GERAIS

18.1 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

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

18.3 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.

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

18.5 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.

18.6 Qualquer alteração na apólice em vigor dependerá de anuência do segurado.

18.7 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) PRESCRIÇÃO

19.1 Os prazos prescricionais são aqueles previstos em lei.

20) FORO

20.1 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.

20.1.1 Na hipótese de inexistência de relação de hipossuficiência entre as partes, será válida a eleição de foro diverso daquele previsto no item 20.1.

CONDIÇÕES ESPECIAIS – COBERTURA DE MORTE

1) OBJETIVO DA COBERTURA

1.1 Esta cobertura garante o pagamento de uma indenização ao(s) beneficiário(s), caso o segurado venha a falecer por causas naturais ou acidentais, durante a vigência deste seguro, observados o período de carência, os riscos excluídos e as disposições contidas nas condições gerais e especiais.

1.1.1 Ocorrendo a morte do segurado após a opção do mesmo pelo adiantamento por doença terminal, do valor a pagar do capital segurado por morte será abatido o valor já adiantado.

2) CAPITAL SEGURADO

2.1 O capital segurado contratado constará da apólice do seguro.

2.2 Para efeito de determinação do capital segurado, na liquidação dos sinistros, será considerado como data do evento gerador a data do falecimento.

3) ACIONAMENTO DO SEGURO

3.1 Em caso de sinistro coberto por este seguro, o(s) beneficiário(s) deverá(ão) comunicar o sinistro à seguradora e provar satisfatoriamente sua ocorrência, através da entrega dos documentos listados abaixo:

I. EM CASO DE MORTE NATURAL:
DOCUMENTOS DO SEGURADO

a) cópia autenticada da Certidão de Óbito;

b) cópia da carteira de identidade e CPF;

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

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

DOCUMENTOS DOS BENEFICIÁRIOS

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.

II. EM CASO DE MORTE ACIDENTAL:
DOCUMENTOS DO SEGURADO

a) cópia autenticada da Certidão de Óbito;

b) cópia da carteira de identidade e CPF;

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

b) cópia autenticada do Boletim de Ocorrência Policial;

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

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

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

DOCUMENTOS DOS BENEFICIÁRIOS

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.

4) BENEFICIÁRIO

4.1 Os beneficiários serão designados pelo segurado na proposta de contratação, podendo ser substituídos a qualquer tempo, através de solicitação formal, preenchida e assinada, observado o disposto no item 17 das Condições Gerais.

4.1.1 Na falta da indicação de beneficiário(s), ou se por qualquer motivo não prevalecer a que for feita, o capital segurado será pago conforme determinar a legislação vigente à época do sinistro.

4.1.2 Em caso de falecimento de um dos beneficiários indicados no bilhete de seguro antes do óbito do segurado (premoriência), e não tenha sido indicado novo beneficiário em seu lugar, será aplicada a cláusula de reversão, com a distribuição do capital segurado destinado ao beneficiário pré-morto entre os demais beneficiários indicados, respeitada a proporcionalidade conferida pelo segurado a cada um, de forma a preservar a manifestação de vontade do segurado.

4.2 No caso de morte do cônjuge, o beneficiário será o segurado principal.

4.2.1 Na hipótese de morte simultânea (comoriência) do segurado principal e do segurado dependente, as indenizações referentes à cobertura do segurado principal e dependente deverão ser pagas aos respectivos beneficiários indicados, ou na ausência destes, conforme determinado pela legislação vigente à época do sinistro.

5) DISPOSIÇÕES GERAIS

5.1 Ratificam-se as disposições constantes nas Condições Gerais deste seguro que não tenham sido modificadas pelas Condições Especiais desta Cobertura. Em caso de conflito, prevalecerá o disposto nestas Condições Especiais.

CONDIÇÕES ESPECIAIS – COBERTURA DE ADIANTAMENTO POR DOENÇA TERMINAL

1) OBJETIVO DA COBERTURA

1.1 Esta cobertura garante o pagamento de uma indenização ao segurado, correspondente a antecipação de percentual do capital segurado vigente à época do evento gerador para a cobertura de morte, conforme sua solicitação, quando o segurado se encontrar com doença em estágio terminal, cujo evento tenha ocorrido durante a vigência deste seguro, observados os riscos excluídos e as disposições contidas nas Condições Gerais e Especiais.

1.1.1 Considera-se doença em estágio terminal, de acordo com o item 1.3, àquela 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, devidamente habilitado, especialista na patologia caracterizada, indicando o tempo estimado de sobrevida do segurado, que para efeito desta cobertura deverá ser inferior a 6 (seis) meses.

1.1.2 Quando da ocorrência da morte do segurado, será descontado o valor pago para a cobertura de Doença Terminal atualizado monetariamente, caso este opte por adiantamento parcial da cobertura de morte. No caso de adiantamento total, o seguro será automaticamente cancelado.

1.1.3 O valor do prêmio continuará a ser cobrado pela seguradora até que ocorra o evento de morte.

1.2 Somente será garantido por esta cobertura o estado terminal diagnosticado pela primeira vez dentro do período de vigência deste seguro.

1.3 Para fins desta cobertura o adiantamento é previsto para o caso do segurado vir a apresentar estágio avançado em uma ou mais patologias a seguir:

a) **Doença Cardíaca Grave:** doenças cardíacas decorrentes de coronariopatias agudas ou crônicas, doenças das válvulas cardíacas e/ou do músculo cardíaco, devidamente comprovadas e que necessitem de cirurgia a céu aberto, assim como a doença cardíaca geradora de sintomas de insuficiência do órgão (falta de ar, dor no peito e cansaço) mesmo em repouso.

b) **Doença Pulmonar Grave:** doenças pulmonares relacionadas ao aumento permanente dos sacos aéreos (alvéolos) com perda da capacidade de expirar completamente (enfisema), obstruções pulmonares hereditárias (fibrose cística), infecções prolongadas e cicatrização permanente e espessamento do tecido pulmonar.

c) **Doença Renal Grave:** Perda súbita da capacidade renal de excreção de resíduos e de concentração de urina, com necessidade de hemodiálise regular.

d) **Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS):** conjunto de sinais e sintomas de imunodeficiência secundária, resultante da infecção pelo vírus HIV, caracterizada por uma contagem de linfócitos CD4 abaixo de 200 células por mm3 ou inferior a 14% do total de linfócitos. Manifestações clínicas incluem infecções oportunistas, neoplasias malignas, emaciação e demência.

e) **Paralisia Irreversível e Incapacitante:** perda da capacidade de contração muscular voluntária, por interrupção funcional ou orgânica em um ponto qualquer da via motora, que pode ir do córtex cerebral até o próprio músculo.

f) **Doença Neoplásica Maligna ou Câncer:** é o resultado do acúmulo de alterações genéticas ou adquiridas que transforma a célula normal em outra estrutura diferente, promovendo o crescimento progressivo e descontrolado de células malignas, com potencial para invadir tecidos ou órgãos vizinhos e disseminar-se a lugares distantes (metástases).

1.3.1 Somente haverá cobertura para a primeira doença diagnosticada ou cirurgia realizada, desde que comunicadas à seguradora, não havendo, em hipótese alguma acumulação de indenizações, mesmo que não haja correlação entre elas.

1.3.2 Se o segurado sobreviver após a previsão de 6 (seis) meses da data do diagnóstico, tendo ele recebido a indenização referente a esta cobertura, a cobertura para a Doença em estágio terminal estará extinta.

2) CAPITAL SEGURADO

2.1 Para efeito de determinação do capital segurado, na liquidação dos sinistros, será considerada como data do evento a data indicada pelo médico assistente na declaração médica que deverá vir acompanhada do histórico da patologia, do diagnóstico conclusivo e exames pertinentes.

2.1.1 A data de diagnóstico da doença terminal será consignada por médico que esteja assistindo ao segurado.

2.1.1 O percentual de antecipação será definido pelo segurado em formulário de habilitação específico.

3) ACIONAMENTO DO SEGURO

3.1 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 listados abaixo:

DOCUMENTOS DO SEGURADO

a) cópia da carteira de identidade e CPF;

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) declaração Médica, assinada pelo médico assistente, indicando a data de diagnóstico definitivo e o tempo estimado de sobrevida do segurado;

e) documentos médicos que tenham embasado o diagnóstico, incluindo laudos e resultados de exames, e que confirmem a evolução da doença.

4) BENEFICIÁRIO

4.1 O beneficiário dessa cobertura é o próprio segurado.

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