MONGERAL AEGON SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A
(CNPJ: 33.608.308/0001-73)

SEGURO DE PESSOAS EM GRUPO
(15414.003038/2012-91)

CONDIÇÕES GERAIS – TAXA MÉDIA

1) OBJETIVO DO SEGURO

Art. 1º. Este seguro tem por objetivo garantir o pagamento de uma indenização ao segurado ou aos seus beneficiários na ocorrência de um dos eventos cobertos pelas coberturas contratadas, exceto se decorrentes de riscos excluídos, desde que respeitadas às 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 parágrafo 2° do art. 7°, 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, a invalidez permanente total ou parcial, a incapacidade temporária do segurado, ou que torne necessário tratamento médico, observando-se que:

a.1) Incluem-se nesse conceito:

- suicídio, ou a sua tentativa, que será equiparado, para fins de indenização, a acidente pessoal, observada legislação em vigor;
- os acidentes decorrentes de ação da temperatura do ambiente ou influência atmosférica, quando a elas o segurado ficar sujeito em decorrência de acidente coberto;
- os acidentes decorrentes de escapamento acidental de gases e vapores;
- os acidentes decorrentes de 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) excluem-se desse conceito:

- 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 causado em decorrência de acidente coberto;
- 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 micro traumas cumulativos, ou que tenham relação de causa e efeito com os mesmos, assim como as lesões classificadas como: Lesão por Esforços Repetitivos – LER, Doenças Osteomusculares Relacionadas ao Trabalho – DORT, Lesão por Trauma Continuado ou Contínuo – LTC, ou similares que venham a ser 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 “invalidezacidentária”, nasquaiso evento causador dalesãonãoseenquadre integralmente na caracterização de invalidez por acidente pessoal, conforme definido neste item.

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

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 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 sociedade seguradora;

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

h) Coberturas de Risco: coberturas de seguro de pessoas cujo evento gerador não seja a sobrevivência do segurado a uma data pré-determinada;

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

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

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

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

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

n) Doenças ou Lesões Preexistentes: 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;

o) Estipulante/Subestipulante: pessoa jurídica que propõe a contratação de plano coletivo, ficando investida de poderes de representação do segurado, nos termos da legislação e regulação em vigor;

p) Excedente Técnico: saldo positivo obtido pela sociedade seguradora na apuração do resultado operacional de uma apólice coletiva em determinado período;

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

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

s) Franquia Dedutível: 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;

t) Franquia Simples: 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 não é deduzida por evento, isto é, caso o evento gerador tenha duração superior a franquia, a seguradora indenizará o período completo correspondente ao evento gerador;

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

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

w) 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, exceto casos previamente autorizados pela seguradora;

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

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

z) 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.

aa) Migração de Apólices: substituição de apólice coletiva por nova apólice emitida por outra sociedade seguradora em período não coincidente com o término da respectiva vigência;

bb) Nota Técnica Atuarial: documento elaborado por atuário, que contém a estruturação técnica do plano de seguro, mantendo estreita relação com as condições contratuais;

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

dd) 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;

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

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

gg) Proponente: o interessado em contratar a cobertura;

hh) 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;

ii) 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;

jj) Riscos Excluídos: são aqueles riscos, previstos nas condições gerais ou nas condições especiais, que não serão cobertos pelo plano;

kk) Segurado: pessoa física sobre a qual se estabelecerá o seguro;

ll) Segurado Principal: é o segurado que mantém vínculo com o estipulante ou subestipulante;

mm) Segurados Dependentes: são os filhos, enteados ou menores considerados dependentes do segurado principal, de acordo com o regulamento do imposto de renda e o cônjuge, quando incluídos no seguro;

nn) 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;

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

3) COBERTURAS DO SEGURO

Art. 3º. Poderão ser contratadas as seguintes coberturas:

I. 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.

II. Morte Acidental(MAC): É a garantia do pagamento de uma indenização ao(s) beneficiário(s), caso o segurado venha a falecer por acidente pessoal coberto ocorrido durante a vigência deste seguro.

III. Morte Acidental - Vítima de Crime (MACVC): É a garantia do pagamento de uma indenização ao(s) beneficiário(s), caso o segurado venha a falecer vítima de crime praticado por terceiro contra a sua pessoa.

IV. 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.

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

VI. Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente com Majoração (IPAM): 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, com a majoração de alguns itens constantes da cobertura de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente (IPA).

VII. Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente - Vítima de Crime (IPAVC): 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 crime praticado por terceiro contra a sua pessoa.

VIII. Invalidez Funcional Permanente Total por Doença – Antecipação (IFPDA): É a garantia do pagamento de uma indenização ao próprio segurado em caso de invalidez funcional permanente total, por doença, que cause a perda da existência independente do segurado, correspondente à antecipação do capital segurado da cobertura de Morte.

IX. Invalidez Funcional Permanente Total por Doença (IFPD): É a garantia do pagamento de uma indenização ao próprio segurado em caso de invalidez funcional permanente total, por doença, que cause a perda da existência independente do segurado.

X. Auxílio Funeral Complementar (AFC): Corresponde ao reembolso das despesas havidas com o funeral do segurado ou a prestação do serviço de assistência funeral, até o limite do capital segurado contratado.

XI. Auxílio Funeral Dedutível (AFD): Corresponde ao reembolso das despesas havidas com o funeral do segurado ou a prestação do serviço de assistência funeral, até o limite do capital segurado contratado. O valor pago a título de auxílio funeral será descontado quando do pagamento da cobertura de Morte.

XII. 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;

XIII. Rescisão Contratual e Realocação de Pessoal por Morte (RCM): É a garantia de pagamento de uma indenização ao Estipulante ou Subestipulante, conforme definido em contrato, até o limite de capital segurado contratado, referente às despesas com rescisão e realocação em decorrência da morte do segurado;

XIV. Auxílio Alimentação (AALI): Corresponde ao pagamento de uma indenização, caso o segurado venha a falecer por causas naturais ou acidentais, para auxiliar na alimentação da família;

XV. Doença Congênita dos Filhos (DCF): É a garantia do pagamento de uma indenização ao segurado, caso seu filho venha a nascer com alguma doença congênita;

XVI. Despesas Médico-Hospitalares e Odontológicas por Acidente (DMHO): garante o reembolso, limitado ao capital segurado, de despesas médicas, hospitalares e odontológicas efetuadas pelo segurado para seu tratamento, sob orientação médica, iniciado nos 30 (trinta) primeiros dias contados da data do acidente pessoal coberto;

XVII. Diárias por Incapacidade Temporária (DIT): É a garantia do pagamento ao segurado de diárias, no caso deste ficar impossibilitado contínua e ininterruptamente 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.

XVIII. Diária de Incapacidade Temporária por Acidente (DITA): É a garantia do pagamento ao segurado de diárias, no caso deste ficar impossibilitado contínua e ininterruptamente de exercer sua profissão ou ocupação, decorrente de 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.

XIX. Doenças Graves (DG): É a garantia do pagamento de uma indenização ao beneficiário em decorrência de diagnóstico definitivo de doenças graves previstas nas condições especiais.

XX. Doenças Graves Especial: É a garantia do pagamento de uma indenização ao beneficiário em decorrência de diagnóstico definitivo de doenças graves previstas nas condições especiais.

XXI. Transplante de Órgãos (TO): É a garantia do pagamento de uma indenização ao beneficiário caso este venha a se submeter a algum dos transplantes de órgãos definidos nas condições especiais.

XXII. Diária por Internação Hospitalar (DIH): É a garantia de pagamento de uma diária segurada, de acordo com o valor contratado, para cada dia de internação hospitalar, em consequência de doença ou acidente pessoal cobertos, respeitados o período de carência e a franquia definidas, e observado o limite de diárias e as condições contratuais do seguro.

XXIII. Diária por Internação Hospitalar por Acidente (DIHA): É a garantia de pagamento de uma diária segurada, de acordo com o valor contratado, para cada dia de internação hospitalar, em consequência de acidente pessoal coberto, respeitados o período de carência e a franquia definidas, e observado o limite de diárias e as condições contratuais do seguro.

XXIV. Invalidez Permanente Total por Doença Profissional – Adiantamento (IPDP): É a garantia do pagamento de uma indenização ao próprio segurado em caso de sua invalidez laborativa total e permanente por doença, observadas as disposições contidas nas condições gerais e especiais, porém restritivas àquelas ocorridas em consequência exclusivamente de doença adquirida em função da atividade profissional exercida, correspondente à antecipação do capital segurado da cobertura de Morte.

XXV. Fratura Óssea: É a garantia do pagamento de uma indenização ao próprio segurado, caso o mesmo, em virtude de um acidente pessoal coberto ocorrido durante a vigência do seguro, sofra fratura óssea.

XXVI. Diária por Internação Hospitalar Especial: É a garantia de pagamento de uma diária segurada, de acordo com o valor contratado, para cada dia de internação hospitalar, em consequência de doença ou acidente pessoal cobertos, respeitados o período de carência e a franquia definidas, e observado o limite de diárias e as condições contratuais do seguro.

XXVII. Diária por Internação Hospitalar Especial - UTI: É a garantia de pagamento de uma diária segurada, de acordo com o valor contratado, para cada dia de internação hospitalar na UTI, em consequência de doença ou acidente pessoal cobertos, respeitados o período de carência e a franquia definidas, e observado o limite de diárias e as condições contratuais do seguro.

XXVIII. Diárias por Incapacidade Temporária - Especial (DIT): É a garantia do pagamento ao segurado de diárias, no caso deste ficar impossibilitado contínua e ininterruptamente 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.

XXIX. Cirurgias: É a garantia do pagamento ao segurado de uma indenização, na realização de um procedimento cirúrgico invasivo coberto pelo plano de seguro contratado, em consequência de acidente pessoal ou doença, exceto se decorrente de riscos excluídos, desde que respeitadas as condições contratuais do seguro.

XXX. Cirurgias Essencial: É a garantia do pagamento ao beneficiário de uma indenização, na realização de um procedimento cirúrgico invasivo coberto pelo plano de seguro contratado, em consequência de acidente pessoal ou doença, exceto se decorrente de riscos excluídos, desde que respeitadas as condições contratuais do seguro.

XXXI. Cirurgias Plus: É a garantia do pagamento ao beneficiário de uma indenização, na realização de um procedimento cirúrgico invasivo coberto pelo plano de seguro contratado, em consequência de acidente pessoal ou doença, exceto se decorrente de riscos excluídos, desde que respeitadas as condições contratuais do seguro.

XXXII. Cirurgias Top: É a garantia do pagamento ao beneficiário de uma indenização, na realização de um procedimento cirúrgico invasivo coberto pelo plano de seguro contratado, em consequência de acidente pessoal ou doença, exceto se decorrente de riscos excluídos, desde que respeitadas as condições contratuais do seguro.

XXXIII. Cirurgias Premium: É a garantia do pagamento ao beneficiário de uma indenização, na realização de um procedimento cirúrgico invasivo coberto pelo plano de seguro contratado, em consequência de acidente pessoal ou doença, exceto se decorrente de riscos excluídos, desde que respeitadas as condições contratuais do seguro.

XXXIV. Despesas Extras por Morte (DEM): É a garantia de pagamento de uma indenização ao(s) beneficiário(s), conforme definido em contrato, até o limite de capital segurado contratado, referente à eventuais despesas em decorrência da morte do segurado.

XXXV. Despesas Extras por Morte Acidental (DEMA): É a garantia de pagamento de uma indenização ao(s) beneficiário(s), conforme definido em contrato, até o limite de capitalsegurado contratado, referente à eventuais despesas em decorrência da morte por acidente do segurado.

XXXVI. Despesas Extras por Invalidez (DEI): É a garantia do pagamento de uma indenização ao próprio segurado, conforme definido em contrato, até o limite de capital segurado contratado, referente à eventuais despesas em decorrência da perda, ou da impotência funcional definitiva, total, de um membro ou órgão em virtude de lesão física, causada por acidente coberto, ocorrido durante a vigência deste seguro.

XXXVII. Invalidez Permanente Total Vítima de Trânsito: É a garantia do pagamento de uma indenização ao próprio segurado, relativa à perda, redução ou à impotência funcional definitiva, de um membro ou órgão em virtude de lesão física, causada por acidente no trânsito, ocorrido durante a vigência deste seguro

XXXVIII. Morte Acidental Vítima de Trânsito: É a garantia do pagamento de uma indenização ao(s) beneficiário(s), caso o segurado venha a falecer por acidente pessoal no trânsito ocorrido durante a vigência deste seguro

XXXIX. Filhos Póstumos: É a garantia ao responsável legal pelo nascituro o pagamento de uma indenização, em caso de morte do titular, seja natural ou acidental, ocorrida durante o período gestacional. Quando o titular for do sexo masculino, a indenização será devida desde que o nascimento do nascituro ocorra até 300 (trezentos) dias corridos a partir da data do óbito do titular serão considerados nascituros para fins desta cláusula, filhos nascidos vivos. Quando o recém nascido respira ou mostra qualquer outra evidência vital, tais como: batimento do coração, pulsação do cordão umbilical ou movimento efetivo dos músculos da contração voluntária.

XL. Rescisão Contratual por acidente: É a garantia de pagamento de uma indenização ao Estipulante ou Subestipulante, conforme definido em contrato, até o limite de capital segurado contratado, referente às despesas com rescisão e realocação em decorrência da relativa à perda, ou à impotência funcional definitiva, total, de um membro ou órgão em virtude de lesão física, causada por acidente;

XLI. Adaptação de Veículos e Residência por Acidente: É a garantia de pagamento das despesas havidas com a adequação da residência habitual do segurado ou em seu veículo particular, limitado ao valor do capital segurado contratado para esta garantia, caso o segurado titular do seguro venha, por determinação de um médico, necessitar desta alteração e/ou modificação, em virtude de lesão física, causada por acidente pessoal devidamente coberto, exceto se decorrente de Riscos Excluídos.

XLII. Auxílio Funeral Complementar Morte Acidental: Corresponde ao reembolso das despesas havidas com o funeral do segurado ou a prestação do serviço de assistência funeral, até o limite do capital segurado contratado, para a cobertura de morte acidental caso este venha a falecer por causas acidentais.

XLIII. Doenças Graves Essencial: É a garantia do pagamento de uma indenização ao beneficiário em caso de diagnóstico positivo de uma das doenças graves descritas nas Condições Especiais, adquiridas durante o período de cobertura e observado o período de carência e os riscos excluídos.

XLIV. Doenças Graves Plus: É a garantia do pagamento de uma indenização ao beneficiário em caso de diagnóstico positivo de uma das doenças graves descritas nas Condições Especiais, adquiridas durante o período de cobertura e observado o período de carência e os riscos excluídos.

XLV. Doenças Graves Premium: É a garantia do pagamento de uma indenização ao beneficiário em caso de diagnóstico positivo de uma das doenças graves descritas nas Condições Especiais, adquiridas durante o período de cobertura e observado o período de carência e os riscos excluídos.

§ 1º. As coberturas de IFPDA, Auxílio Funeral Dedutível, Adiantamento por Doença Terminal, Rescisão Contratual por Morte, IPDP e Despesas Extras por Morte só poderão ser contratadas juntamente com a cobertura de Morte.

§ 2º. As coberturas de Auxílio Funeral Complementar Morte Acidental e Despesas Extras por Morte Acidental só poderão ser contratadas juntamente com a cobertura de Morte Acidental.

§ 3º. As coberturas de Adiantamento por Doença Terminal, IFPD, IFPDA e IPDP não poderão ser contratadas concomitantemente.

§ 4º. Somente poderão ser contratadas pelos dependentes as coberturas de Morte, Morte Acidental, Morte Acidental Vítima de Crime, IPA, IPTA, IPAM, IPAVC, Auxílio Funeral Complementar, Auxílio Funeral Dedutível, Auxílio Funeral Complementar Morte Acidental e Adiantamento por Doença Terminal.

§ 5º As coberturas de DIT, DITA, DIH, DIHA, DIH Especial e DIT Especial não poderão ser contratadas concomitantemente.

§ 6º As coberturas de IPA, IPTA e IPAM não poderão ser contratadas concomitantemente.

§ 7º As coberturas de DIH Especiale DIH Especial- UTI só poderão ser contratadas concomitantemente.

§ 8º As coberturas de Doenças Graves, Doenças Graves Especial, Doenças Graves Essencial ou Doenças Graves Plus ou Doenças Graves Premium, Doenças Graves Master, não poderão ser contratadas concomitantemente, contudo, as coberturas Doenças Graves Essencial, Doenças Graves Plus e Doenças Graves Premium poderão ser contratadas em conjunto.

§ 9º As Coberturas de Cirurgias e Cirurgias Essencial, Cirurgias Plus, Cirurgias Top, Cirurgias Premium não poderão ser contratadas concomitantemente.

4) RISCOS EXCLUÍDOS

Art. 4°. 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) de suicídio ou tentativa de suicídio do Segurado, exceto se ocorrido após o período de 2 (dois) anos contados da vigência inicial do seguro ou de sua recondução depois de suspenso;

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

f) de acidentes ocorridos em consequência direta ou indireta de furacões, ciclones, terremotos, maremotos, erupções vulcânicas e outras convulsões da natureza;

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

h) qualquer tipo de hérnia e suas consequências, exceto se decorrente de acidente pessoal;

i) o parto ou aborto e suas consequências, exceto se decorrentes de acidente pessoal;

j) o choque anafilático e suas consequências, exceto se decorrente de acidente pessoal.

Art. 5°. 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. 6°. As coberturas do seguro previstas nestas condições gerais aplicam-se para eventos cobertos ocorridos em qualquer parte do globo terrestre.

§ 1º. Os eventos relativos à cobertura de Auxílio Funeral Dedutível ou Complementar serão garantidos em qualquer parte do globo terrestre, somente na forma de reembolso. Quando da opção pela prestação de serviços constante das condições especiais, estes somente serão prestados em território brasileiro.

§ 2º. Para as coberturas oferecidas com prazo inferior a um ano e que se limitem a indenizar eventos geradores ocorridos em shows, eventos sociais ou esportivos, o âmbito geográfico estará limitado ao local onde será realizado o show ou evento.

6) CARÊNCIAS

Art. 7°. O prazo de carência corresponde ao período contado a partir da data de início de vigência da cobertura ou da sua reabilitação, no caso de suspensão, durante o qual, na ocorrência do sinistro, o segurado ou os beneficiários não terão direito à percepção dos capitais segurados contratados.

§ 1º. Não haverá carência para acidentes pessoais, exceto no caso de suicídio ou sua tentativa, que deverá observar carência de 24 (vinte e quatro) meses.

§ 2º. A Seguradora, a seu critério, poderá substituir ou reduzir o prazo de carência por Declaração Pessoal de Saúde e/ou de Atividades e/ou de exame médico.

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

§ 4º. Com exceção do caso da carência para o suicídio, não poderá ser estipulado prazo de carência superior à metade da vigência constante do certificado.

§ 5º. Para cobertura de Doença Congênita de Filhos, se contratada, a carência será de 9 (nove) meses contados a partir do início da vigência da cobertura individual ou da sua recondução depois de suspensa, isto é, somente estarão cobertos por esta garantia os filhos nascidos após 9 (nove) meses do início de vigência do risco individual ou da sua recondução depois de suspensa.

§ 6º. Para a cobertura de diária por incapacidade temporária, será estabelecido período de carência de 150 (cento e cinquenta) dias contados a partir do início de vigência da cobertura individual ou da sua recondução depois de suspensa quando o evento gerador seja decorrente de:

- diálise ou hemodiálise em pacientes crônicos;
- cirrose hepática; e
- doençasdecaracterísticasreconhecidamenteprogressivas,taiscomofibromialgia,artritereumatóide, osteoartrose, dor miofascial, esclerose múltipla, doença de Alzheimer; Doença de Parkinson, entre outras.

§ 7º. Para a cobertura de diária por incapacidade temporária, será estabelecido período de carência de 60 (sessenta) dias contados a partir do início de vigência da cobertura individual ou da sua recondução depois de suspensa quando o evento gerador seja decorrente de doença e não esteja previsto no § 6º do artigo 7º destas Condições Gerais.

§ 8º. Para a cobertura de diária por internação hospitalar, será estabelecido período de carência de 90 (noventa) dias contados a partir do início de vigência da cobertura individual ou da sua recondução depois de suspensa quando o evento gerador seja decorrente de doença.

§ 9º. Para as coberturas de Doenças Graves e Transplante de Órgãos será estabelecida carência de 90 (noventa) dias contados a partir do início de vigência da cobertura individual ou da sua recondução depois de suspensa.

§ 10. Para as coberturas de DIH Especial, DIH Especial – UTI, Doenças Graves Especial, Doenças Graves Essencial, Doenças Graves Plus, Doenças Graves Premium será estabelecida carência de 60 (sessenta) dias contados a partir do início de vigência da cobertura individual ou da sua recondução depois de suspensa.

§ 11. Para a cobertura de diária por incapacidade temporária especial, será estabelecido período de carência de 150 (cento e cinquenta) dias contados a partir do início de vigência da cobertura individual ou da sua recondução depois de suspensa quando o 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;
- doenças de características reconhecidamente progressivas, tais como fibromialgia, artritereumatóide, osteoartrose, dor miofascial, esclerose múltipla, doença de Alzheimer; Doença de Parkinson, entre outras; e
- lombalgias lombociatalgias, ciáticas, síndrome pós-laminectomia, hérnias discais degenerativas, protusões discais degenerativas, dorsopatias, cervicobraquialgias.

§ 12. Para a cobertura de diária por incapacidade temporária especial, será estabelecido período de carência de 60 (sessenta) dias contados a partir do início de vigência da cobertura individual ou da sua recondução depois de suspensa quando o evento gerador seja decorrente de doença e não esteja previsto no § 11 do artigo 7º destas Condições Gerais.

§ 13. Para as coberturas de Cirurgias, Cirurgias Essencial, Cirurgias Top, Cirurgias Plus e Cirurgias Premium será estabelecido período de carência de 12 (doze) meses contados a partir do início de vigência da cobertura individual ou da sua recondução depois de suspensa quando o evento gerador for por causa de doenças relacionadas aos seguintes órgãos ou estruturas anatômicas: amígdalas, adenoides, coluna vertebral, coleciste, cálculos da vesícula biliar e dutos biliares, hemorroidas, fissura anal, fístula anal e prolapso retal, fibromas de útero, histerectomia, sangramento uterino disfuncional, prolapso uterino, prolapso mitral cystocel e prolapso retocele, tumoração ou nódulo em glândulas mamárias, hidrocele, varicocele e espermatocele, crescimento da próstata, cirurgias de joelho, cálculos urinários, cálculo renal, cálculo em ureteres, cálculo em uretra o bexiga, hérnias internas ou da parede abdominal (o período de carência não se aplicará a hérnias inguinais causadas por um acidente), tireoidectomia por bócio multinodular ou nódulo tireoidiano, desvio do septo nasal, sinusites e valvas cardíacas e doenças das artérias coronárias.

§ 14. Para as coberturas de Cirurgias, Cirurgias Essencial, Cirurgias Top, Cirurgias Plus e Cirurgias Premium, será estabelecido período de carência de 60 (sessenta) dias contados a partir do início de vigência da cobertura individual ou da sua recondução depois de suspensa quando o evento gerador não esteja previsto no § 13 do artigo 7º destas Condições Gerais

§ 15. O prazo de carência poderá ser aplicado às solicitações de aumento de capital segurado efetuadas após o início de vigência, em relação à parte aumentada.

7) ACEITAÇÃO DO SEGURO

Art. 8°. Poderão ser incluídos no seguro os componentes do grupo segurável, mediante a assinatura da proposta de adesão do proponente, seu representante ou por corretor de seguros habilitado, na qual o proponente declara ter conhecimento prévio da íntegra das Condições Gerais, 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 15 (quinze) dias, no qual a seguradora avaliará o risco.

§ 2º. A Seguradora poderá solicitar, uma única vez, documentos complementares, para análise e aceitação do risco, sendo neste caso suspenso o prazo anteriormente citado, o qual voltará a correr somente a partir da data em que se der a entrega da documentação.

§ 3º. A aceitação do seguro estará sujeita à análise do risco e a Mongeral Aegon tem o prazo de até 15 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.

§ 4º. Caso não haja manifestação de recusa desta proposta pela Mongeral Aegon no prazo antes referido, a aceitação da proposta se dará automaticamente. No caso de não aceitação da proposta, o valor já aportado será devolvido em até 10 dias corridos, atualizado até a data da efetiva restituição, de acordo com a regulamentação em vigor.

Art. 9°. A cada segurado incluído no seguro será enviado um certificado individual, assinado pelos representantes legais da seguradora, que conterá no mínimo os seguintes elementos:

a) nome completo da sociedade seguradora, seu CNPJ e código de registro junto à Susep;

b) nome completo da sociedade cosseguradora, seu CNPJ e código de registro junto à Susep;

c) nome e CNPJ ou CPF do estipulante e, quando for o caso, do subestipulante;

d) indicação do número da proposta e da apólice às quais o certificado individual está vinculado;

e) número de controle do certificado individual;

f) número do(s) processo(s) administrativo(s) de registro junto à Susep do(s) produtos(s) de seguro vinculado(s) ao certificado individual;

g) nome ou razão social do segurado, seu endereço completo e respectivo CPF, se pessoa física, ou CNPJ, se pessoa jurídica;

h) identificação do(s) beneficiário(s), no caso de seguro de pessoas;

i) cobertura(s) contratada(s);

j) valor monetário do limite máximo de garantia ou do capital segurado de cada cobertura contratada;

k) franquia(s) e/ou carência(s) aplicável(is) a cada cobertura, se prevista(s);

l) o período de vigência, incluindo as datas de início e término da(s) cobertura(s) contratada(s);

m) valor total do prêmio de seguro, discriminando:
   I. valor do prêmio de seguro por cobertura contratada;
   II. adicional de fracionamento, quando for o caso;
   III. valor do IOF, quando for o caso; e
   IV. remuneração do estipulante e do subestipulante, quando for o caso.

n) prazo e forma de pagamento do prêmio e, se for o caso, sua periodicidade:

o) data da emissão do certificado individual;

p) chancela ou assinatura do representante da sociedade seguradora;

q) nome e número do registro Susep do corretor de seguros, se houver;

r) número de telefone da central de atendimento ao segurado/beneficiário disponibilizado pela sociedade seguradora responsável pela emissão do certificado individual;

s) número do telefone da ouvidoria da seguradora, contato do SAC da MAG e a plataforma digital oficial para registro de reclamações dos consumidores dos mercados supervisionados www.consumidor.gov.br;

t) o endereço e o número de telefone de contato do estipulante ou, quando for o caso, do subestipulante, para atendimento ao segurado;

u) número de telefone gratuito de atendimento ao público da Susep;

v) informação do "link" no portal da Susep onde podem ser conferidas todas as informações sobre o(s) produtos (s) de seguro vinculado(s) ao certificado, e;

w) texto informativo, com a seguinte redação: "SUSEP – Superintendência de Seguros Privados – Autarquia Federal responsável pela fiscalização, normatização e controle dos mercados de seguro, previdência complementar aberta, capitalização, resseguro e corretagem de seguros."

Parágrafo único. Para fins do disposto na alínea "g", caso o segurado seja estrangeiro, poderá ser utilizado o número do passaporte, com a identificação do País de expedição.

Art. 10. A inclusão de segurados dependentes pode ser feita das seguintes formas:

a) automática: quando o seguro abranger exclusiva e compulsoriamente todos os cônjuges e/ou filhos dos segurados principais; e

b) facultativa: quando, somente por autorização do segurado principal, o seguro abranger quaisquer dos segurados dependentes.

Art. 11. São equiparadas(os) 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(es) estiverem registradas(os) de acordo com regulamentação própria.

Art. 12. São equiparados aos filhos os enteados e menores considerados dependentes econômicos do segurado principal, de acordo com o regulamento do imposto de renda.

Art. 13. Quando os segurados principais tiverem dependentes comuns, estes somente podem ser incluídos uma única vez, e serão considerados como dependentes daquele de maior capital segurado na soma das coberturas contratadas, sendo este denominado de segurado principal.

8) VIGÊNCIA DA COBERTURA INDIVIDUAL

Art. 14. Caso as propostas tenham sido recepcionadas pela Seguradora, antes do pagamento do prêmio, o início de vigência da cobertura individual será às 24 (vinte e quatro) 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. As propostas que tenham sido recepcionadas com adiantamento de valor para futuro pagamento parcial ou total do prêmio terão seu início de vigência a partir da data de recepção da proposta.

9) VIGÊNCIA E RENOVAÇÃO DO SEGURO

Art. 15. Este seguro é por prazo determinado, tendo a sociedade seguradora a faculdade de não renová-lo na data de vencimento, independentemente do tempo de relação contratual.

Art. 16. A vigência do seguro constará da apólice e do contrato firmado entre seguradora e estipulante/subestipulante, sendo renovada automaticamente, uma única vez, salvo se a seguradora ou o estipulante, mediante aviso prévio de, no mínimo, 30 (trinta) dias que antecedam o final de vigência da apólice 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, 30 (trinta) dias que antecedam ao final de vigência da apólice.

§ 3º. Com exceção da primeira renovação, a qual poderá ser feita de forma automática e pelo mesmo prazo, 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.

§ 6º. Caso as coberturas de Doença Congênita dos Filhos, Diária por Incapacidade Temporária, Diária por Incapacidade Temporária – Especial, Diária por Internação Hospitalar, Doenças Graves, Doenças Graves Especial, Doenças Graves Essencial, Doenças Graves Plus, Doenças Graves Premium, Transplante de Órgãos, Diária por Internação Hospitalar Especial, Diária por Internação Hospitalar – UTI seja(m) contratada(s), o prazo de vigência do seguro deverá ser de no mínimo 1 (um) ano.

§ 7º. Caso as coberturas de Cirurgias, Cirurgias Essencial, Cirurgias Top, Cirurgias Plus e Cirurgia Premium sejam contratadas, o prazo de vigência do seguro deverá ser de no mínimo 2 (dois) anos.

10) CAPITAL SEGURADO

Art. 17. O critério de estabelecimento do capital segurado consta de cada uma das condições especiais das coberturas.

Parágrafo único. Para algumas coberturas será estabelecido limite percentual em função das coberturas de Morte e/ou Morte Acidental, o qual constará da proposta de adesão.

Art. 18. As coberturas para cônjuge e filhos, quando contratadas, poderão abranger apenas as coberturas de Morte, Morte Acidental, MACVC, Auxílio Funeral Dedutível, Auxílio Funeral Complementar, Auxílio Funeral Complementar Morte Acidental, IPA, IPTA, IPAM, IPAVC e Adiantamento por Doença Terminal e o capital segurado será equivalente a:

a) Cônjuge: limitado a 100% (cem por cento) do capital segurado individual da cobertura de Morte do segurado principal, de acordo com o estabelecido na proposta de contratação; e

b) Filhos: limitado a 100% (cem por cento) do capital segurado individual da cobertura de Morte do segurado principal, por filho, de acordo com o estabelecido na proposta de contratação.

Parágrafo único. A cobertura para cônjuge e filhos não poderá ser contratada caso o segurado principal não adquira a cobertura de Morte ou Morte Acidental ou Morte Acidental - Vítima de Crime.

Art. 19. O capital segurado no caso de invalidez parcial será automaticamente reintegrado após cada sinistro, sem cobrança de prêmio adicional.

11) ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA E RECÁLCULO

Art. 20. Os capitais segurados e os prêmios correspondentes serão atualizados monetariamente, anualmente, no mês estabelecido na proposta de contratação, apólice e contrato, pelo IPCA (Índice de Preços ao Consumidor Amplo), acumulado nos 12 (doze) meses que antecedem o mês anterior ao da atualização, exceto para as apólices que possuam recálculo do capital segurado pela variação salarial.

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

Art. 21. Nas apólices de seguro onde os capitais segurados são contratados na forma de múltiplo salarial, estes serão recalculados conforme a variação dos salários, no momento em que o estipulante comunicar à seguradora.

Art. 22. 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

Art. 23. Os valores relativos às obrigações pecuniárias da seguradora serão acrescidos de juros moratórios de 0,01% (um centésimo por cento) ao mês, quando o prazo de sua liquidação superar o prazo fixado no art. 38, sendo efetuada a partir do primeiro dia posterior ao término do referido prazo.

Parágrafo único. Para este plano não será adotada multa.

13) PAGAMENTO DE PRÊMIO

Art. 25. O custeio do seguro pode ser:

a) contributário, no caso em que os segurados pagam prêmio, total ou parcialmente; ou

b) não contributário, no caso em que os segurados não pagam prêmio, recaindo o ônus do seu pagamento totalmente sobre o Estipulante.

Art. 26. 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 e/ou estipulante/subestipulante, em boleto bancário, cartão de crédito, débito em conta corrente ou desconto em folha de pagamento, conforme definido em contrato. O segurado também poderá optar pelo pagamento da primeira parcela do seguro via pix. Neste caso, a efetivação deverá ocorrer em até 15 dias da data do aceite pela Seguradora, conforme descrito no Art. 30. deste documento.

§ 2º. Sob sua exclusiva responsabilidade perante os segurados, a seguradora poderá delegar ao estipulante/subestipulante 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/subestipulante não poderá prejudicar o segurado.

§ 3º. É expressamente vedado ao estipulante/subestipulante 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/subestipulante, a qualquer título, é obrigatório o destaque, no documento de cobrança, do valor do prêmio discriminado por cobertura contratada. 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 principal por escrito.

§ 5º. Qualquer indenização somente passa a ser devida depois do pagamento do respectivo prêmio, que deve ser realizado até a data estabelecida no contrato. 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 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.

14) SUSPENSÃO E REABILITAÇÃO DO SEGURO

Art. 27. Se, após a data estabelecida para pagamento do prêmio, este não tiver sido quitado, as coberturas deste seguro estarão suspensas a partir do primeiro dia de vigência do período de cobertura a que se referir à cobrança, ficando o segurado e seus beneficiários sem direito a receber indenização referente a qualquer cobertura contratada no caso de ocorrência do sinistro.

§ 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, nesta hipótese, por todos os sinistros ocorridos a partir de então.

§ 2º. No caso de seguros com cobrança de prêmio postecipada, a reabilitação se dá com o pagamento dos valores referentes ao período em que houve cobertura, conforme estabelecido nestas condições gerais.

§ 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.

15) CANCELAMENTO DO SEGURO

Art. 28. Na hipótese de qualquer parcela referente ao prêmio do seguro não ser pago no período especificado para reabilitação das coberturas constante no § 1º do artigo 27, o seguro ficará automaticamente cancelado, não produzindo efeitos, direitos ou obrigações, desde a data de inadimplência, não cabendo qualquer restituição de prêmios anteriormente pagos, independente de notificação e/ou interpelação judicial ou extrajudicial.

Parágrafo Único. 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 de inadimplência, não cabendo qualquer restituição de prêmios anteriormente pagos, independente de notificação e/ou interpelação judicial ou extrajudicial.

Art. 29. O contrato de seguro poderá, ainda, ser rescindido a qualquer tempo durante sua vigência, mediante acordo entre as partes contratantes, com a anuência prévia e expressa de segurados que representem, no mínimo, três quartos do grupo segurado.

As apólices não poderão ser canceladas durante a vigência sob a alegação de alteração da natureza dos riscos.

Art. 30. 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.

16) CESSAÇÃO DA COBERTURA INDIVIDUAL

Art. 31. A cobertura individual cessa ao final do prazo de vigência do seguro, se este não for renovado, observada a limitação constante no art. 16 destas condições gerais.

Art. 32. Respeitando o período correspondente ao prêmio pago, as coberturas do segurado cessam, ainda:

a) automaticamente com o cancelamento da apólice;

b) quando o estipulante/subestipulante solicitar a exclusão do segurado da apólice;

c) com a morte do segurado principal;

Parágrafo único. Além das situações mencionadas acima, a cobertura de cada segurado dependente cessa:

d) se o segurado principal deixar o grupo segurado;

e) no caso de cessação da condição de dependente;

f) se for cancelada a cobertura de cônjuge e filhos; ou

g) com a inclusão do segurado dependente no grupo segurável como principal.

17) PERDA DO DIREITO À INDENIZAÇÃO

Art. 33. O Segurado perderá o direito à indenização se agravar intencionalmente o risco.

Art. 34. Se, ainda, o segurado, o estipulante/subestipulante, seu representante, ou seu corretor de seguros fizer declarações inexatas ou omitir circunstâncias que possam influir na aceitação da proposta ou no valor do prêmio, ficará prejudicado o direito à indenização, além de estar o estipulante / subestipulante obrigado ao pagamento do prêmio vencido.

Parágrafo único. Se a inexatidão ou a omissão nas declarações não resultar de má-fé, a seguradora poderá:

I. na hipótese de não ocorrência do sinistro:

a) cancelar o seguro, retendo, do prêmio originalmente pactuado, a parcela proporcional ao tempo decorrido; ou

b) mediante acordo entre as partes, permitir a continuidade do seguro, cobrando a diferença de prêmio cabível ou restringindo a cobertura contratada.

II. na hipótese de ocorrência de sinistro com pagamento parcial do capital segurado:

a) cancelar o seguro, após o pagamento da indenização, retendo, do prêmio originalmente pactuado, acrescido da diferença cabível, a parcela calculada proporcionalmente ao tempo decorrido; ou

b) mediante acordo entre as partes, permitir a continuidade do seguro, cobrando a diferença do prêmio cabível ou deduzindo-a do valor a ser pago ao segurado ou ao beneficiário ou restringindo a cobertura contratada para riscos futuros.

III. na hipótese de ocorrência de sinistro com pagamento integral do capital segurado:

a) cancelar o seguro, após o pagamento da indenização, deduzindo, do valor a ser indenizado, a diferença de prêmio cabível.

Art. 35. O segurado ou o estipulante/subestipulante é obrigado a comunicar a seguradora, logo que saiba, todo incidente suscetível de agravar consideravelmente o risco coberto, sob pena de perder o direito à cobertura, se for provado que silenciou de má-fé.

Art. 36. A seguradora, desde que o faça nos quinze dias seguintes ao recebimento do aviso da agravação do risco, poderá dar-lhe ciência, por escrito, de sua decisão de cancelar o seguro ou, mediante acordo entre as partes, restringir a cobertura contratada ou cobrar a diferença do prêmio cabível.

§ 1º. O cancelamento só será eficaz 30 (trinta) dias após a notificação.

§ 2º. Caso haja diferença de prêmio, esta será restituída ao estipulante/subestipulante, corrigida pela variação do indexador previsto no plano, além de juros de mora.

18) LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

Art. 37. Os documentos para liquidação de sinistros constam das condições especiais para cada cobertura.

Art. 38. A partir da entrega de toda a documentação básica exigível, listada nas condições especiais das coberturas, por parte do segurado ou beneficiários, a seguradora terá o prazo de até 30 (trinta) dias para liquidação do sinistro.

Art. 39. 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.

Parágrafo único. 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 que forem completamente atendidas as exigências.

Art. 40. No caso de divergências sobre a causa, natureza ou extensão de lesões, bem como a avaliação da incapacidade relacionada ao segurado, a 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 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. 41. 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. 42. 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.

Art. 43. A indenização devida e não paga, no prazo disposto no art. 38, será atualizada monetariamente da data do evento gerador até a data do efetivo pagamento pelo índice estabelecido no plano.

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. 23, independentemente de notificação ou interpelação judicial, sendo o pagamento feito de uma só vez juntamente com os demais valores do contrato.

19) OBRIGAÇÕES DO ESTIPULANTE/SUBESTIPULANTE

Art. 44. São obrigações do estipulante/subestipulante:

a) fornecer à seguradora todas as informações necessárias para a análise e aceitação do risco, previamente estabelecidas pela seguradora;

b) manter a seguradora informada a respeito dos segurados, 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 a SUSEP quaisquer procedimentos que considere irregulares quanto ao seguro contratado; e

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

20) DISPOSIÇÕES GERAIS

Art. 45. 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. 46. No caso de extinção ou vedação do índice de atualização de valores, a seguradora adotará como índice substitutivo o IGPM.

Art. 47. 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. 48. Qualquer alteração nas condições contratuais em vigor deverá ser realizada por aditivo à apólice, com a concordância expressa e escrita do segurado ou de seu representante, ratificada pelo correspondente endosso.

Art. 49. Qualquer alteração na apólice que implique em ônus, dever ou redução de direitos para os segurados dependerá de anuência expressa de segurados que representem, no mínimo, 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/subestipulante.

Art. 50. A aceitação do seguro estará sujeita à análise do risco.

Art. 51. O registro deste plano na SUSEP não implica, por parte da Autarquia, incentivo ou recomendação a sua comercialização.

Art. 52. O segurado poderá consultar a situação cadastral de seu corretor de seguros, no site www.susep.gov.br, por meio do número de registro na SUSEP, nome completo, CNPJ ou CPF.

Art. 53. Os prazos prescricionais são aqueles determinados em Lei.

Art. 54. 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. 55. 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.