

3717 e 3718

**/// CONDIÇÕES GERAIS
TERM LIFE**

**PRIVATE
SOLUTIONS**

LIFETIME INSURANCES

Sumário

CONDIÇÕES GERAIS

1) OBJETIVO DO SEGURO	5
2) DEFINIÇÕES	5
3) COBERTURAS DO SEGURO	7
4) RISCOS EXCLUÍDOS	8
5) CARÊNCIA	9
6) ÂMBITO GEOGRÁFICO DA COBERTURA	9
7) ACEITAÇÃO DO SEGURO	9
8) VIGÊNCIA DA COBERTURA	10
9) PAGAMENTO DE PRÊMIO	10
10) CONDIÇÕES PARA MANUTENÇÃO DAS COBERTURAS	11
11) ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA	11
12) APLICABILIDADE DE MORA	12
13) ACIONAMENTO DO SEGURO.....	12
14) PERDA DA GARANTIA NOS CASOS PREVISTOS EM LEI	13
15) DISPOSIÇÕES GERAIS	14
16) FORO	14

CONDIÇÕES ESPECIAIS - COBERTURA DE MORTE

1) OBJETIVO DA COBERTURA	15
2) CAPITAL SEGURADO	15
3) VALORES GARANTIDOS	15
4) ACIONAMENTO DO SEGURO.....	16
5) BENEFICIÁRIOS	17

CONDIÇÕES ESPECIAIS - COBERTURA DE ADIANTAMENTO POR DOENÇA TERMINAL

1) OBJETIVO DA COBERTURA	18
2) CAPITAL SEGURADO	19
3) ACIONAMENTO DO SEGURO.....	19
4) BENEFICIÁRIOS	19

CONDIÇÕES ESPECIAIS - COBERTURA DE DISPENSA DE PRÊMIO POR INVALIDEZ

1) OBJETIVO DA COBERTURA	20
2) GLOSSÁRIO	20
3) COBERTURAS	22
4) RISCOS EXCLUÍDOS	26
5) CAPITAL SEGURADO	26
6) ACIONAMENTO DO SEGURO.....	26
7) BENEFICIÁRIOS	28

ANEXO DA COBERTURA DE DISPENSA DE PRÊMIO POR INVALIDEZ

INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DE INVALIDEZ FUNCIONAL - IAIF	29
--	----

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

SEGURO INDIVIDUAL TEMPORÁRIO
PROCESSO SUSEP: 15414.619747/2020-01

CONDIÇÕES GERAIS

1) OBJETIVO DO SEGURO

Art. 1º. Este seguro tem por objetivo garantir o pagamento de uma indenização aos beneficiários indicados, em decorrência de evento coberto pelas coberturas contratadas, ocorrido durante o período de cobertura contratado, **exceto se decorrente de riscos excluídos, desde que respeitadas as Condições contratuais.**

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, ainda, no conceito de acidente pessoal as lesões decorrentes de:

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

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

- / **as doenças (incluídas as profissionais), quaisquer que sejam as suas causas, ainda que provocadas, desencadeadas ou agravadas, direta ou indiretamente por acidente, ressalvadas as infecções, estados septicêmicos e embolias, resultantes de ferimento visível;**
- / **as intercorrências ou complicações consequentes da realização de exames, tratamentos clínicos ou cirúrgicos, quando não decorrentes de acidente coberto;**
- / **as lesões decorrentes, dependentes, predispostas ou facilitadas por esforços repetitivos ou microtraumas cumulativos, ou que tenham relação de causa e efeito com os mesmos, assim como as lesões classificadas como: Lesão por Esforços Repetitivos – LER, Doenças 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 “invalidez acidentária”, nas quais o evento causador da lesão não se enquadre integralmente na caracterização de invalidez por acidente pessoal.

- b) **Apólice:** documento emitido pela seguradora formalizando a aceitação da cobertura solicitada pelo proponente;
- c) **Beneficiário:** pessoa física ou jurídica designada para receber os valores dos capitais segurados, na hipótese de ocorrência do sinistro;
- d) **Capital Segurado:** valor 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) **Coberturas:** são as obrigações que a seguradora assume perante o segurado quando da ocorrência de um evento coberto;
- g) **Coberturas de risco:** coberturas de seguro de pessoas cujo evento gerador não seja a sobrevivência do segurado a uma data pré-determinada;
- h) **Condições Contratuais:** conjunto de disposições que regem a contratação, incluindo as constantes da proposta de contratação, das Condições Gerais e da apólice;
- 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) **Consignorante:** 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;
- 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 quaisquer alterações evidentes do seu estado de saúde, e que eram de seu prévio conhecimento e não foram declaradas na proposta de contratação 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 à 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 do Segurado:** é o profissional legalmente licenciado para a prática da medicina. Não serão aceitos laudos de médicos onde o mesmo é 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 elaborado por atuário, que contém a estruturação técnica do plano de seguro, mantendo estreita relação com as condições contratuais;
- r) **Período de Cobertura:** aquele durante o qual os beneficiários farão jus aos capitais segurados contratados;
- s) **Período de Não Contestação:** período durante o qual a seguradora não poderá alegar Doença ou Lesão Preexistente para contestar o pagamento de benefício.

- t) **Prazo de Carência:** período contado a partir da data de início de vigência da cobertura, aumento do capital segurado 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, no todo ou em parte, conforme dispuserem as condições contratuais;
- u) **Prêmio:** valor correspondente a cada um dos pagamentos destinados ao custeio do seguro;
- v) **Prêmio Comercial:** valor correspondente ao prêmio pago, excluindo-se os impostos;
- w) **Prêmio Puro:** valor correspondente ao prêmio pago, excluindo-se o carregamento e os impostos;
- x) **Proponente:** o interessado em contratar a cobertura;
- y) **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 o seguro, manifestando pleno conhecimento das Condições contratuais;
- z) **Provisão Matemática de Benefícios a Conceder (PMBaC):** corresponde aos compromissos da seguradora para com os seus segurados dos respectivos seguros, relativamente aos benefícios a conceder por morte sob o regime financeiro de capitalização e que servirá de base para cálculo do saldamento, conforme previsto na nota técnica atuarial do plano;
- aa) **Regime Financeiro de Capitalização:** a estrutura técnica em que os prêmios são determinados de modo a gerar receitas capazes de, capitalizadas durante o período de cobertura, produzir montantes equivalentes aos valores atuais dos capitais segurados a serem pagos no respectivo período;
- bb) **Riscos Excluídos:** são aqueles riscos, previstos nas Condições Gerais, que não serão cobertos pelo seguro;
- cc) **Saldamento:** interrupção definitiva do pagamento dos prêmios, mantendo-se o direito à percepção proporcional do capital segurado contratado pela vigência original;
- dd) **Segurado:** pessoa física sobre a qual se procederá a avaliação do risco e se estabelecerá o seguro;
- ee) **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;
- ff) **Sinistro:** a ocorrência do risco coberto, durante o período de vigência do plano de seguro; e
- gg) **Vigência da Cobertura:** é o período no qual a apólice de seguro está em vigor.

3) COBERTURAS DO SEGURO

Art. 3º. É necessária a contratação do módulo básico para efetivação do seguro.

Art. 4º. As coberturas são definidas, conforme descrito abaixo:

I – COBERTURAS BÁSICAS:

- 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;
- c) **Dispensa de Prêmio por Invalidez (DPI):** Ocorrendo a invalidez total e permanente por acidente ou funcional por doença durante a vigência do seguro, no período de pagamento dos prêmios, a seguradora não cobrará os prêmios a vencer devidos para a cobertura básica de morte (alínea a) descrita acima.

Serão aplicadas as seguintes definições para invalidez total e permanente por acidente ou Funcional por Doença:

- **Invalidez Permanente Total por Acidente (IPTA):** É a garantia relativa à perda, ou à impotência funcional definitiva, total, de membros ou órgãos em virtude de lesão física, causada por acidente coberto, ocorrido durante a vigência deste seguro;
- **Invalidez Funcional Permanente Total por Doença (IFPD):** É a garantia em caso de invalidez funcional permanente total, por doença, que cause a perda da existência independente do segurado.

Art. 5º. O módulo básico disponível para a contratação é: M + ADT + DPI

Art. 6º. O período de cobertura durante a qual estará vigente o seguro será estabelecido na proposta de contratação, podendo ser de 10 (dez), 15 (quinze), 20 (vinte), 25 (vinte e cinco) ou 30 (trinta) anos. A idade do segurado somada ao prazo contratado não poderá ultrapassar 85 anos.

§ 1º. Neste seguro não haverá renovação automática ou expressa.

§ 2º. Neste seguro não haverá direito a resgate ou a devolução de prêmios.

Art. 7º. Fica expressamente estabelecido que este seguro não cobre e não indenizará quaisquer despesas relacionadas à contenção de doenças ou lesões, bem como gastos com prevenção, manutenção e preservação da saúde. Tais despesas como exames de rotina, consultas médicas, vacinas, tratamentos, acompanhamento psicológico são de responsabilidade exclusiva do segurado e não se enquadram nas coberturas previstas na apólice.

4) RISCOS EXCLUÍDOS

Art. 8º. Estão expressamente excluídos de todas as coberturas deste seguro os eventos ocorridos em consequência:

- a) do uso de material nuclear para quaisquer fins, incluindo a explosão nuclear provocada ou não, bem como a contaminação radioativa ou exposição a radiações nucleares ou ionizantes;
- b) de atos ou operações de guerra, declarada ou não, de guerra química ou bacteriológica, de guerra civil, de guerrilha, de revolução, agitação, motim, revolta, sedição, sublevação ou outras perturbações da ordem pública e delas decorrentes, salvo se tratar de prestação de serviço militar ou de ato de humanidade em auxílio de outrem;
- c) de doenças preexistentes à contratação do seguro, de conhecimento do segurado e não declaradas na proposta de contratação;
- d) prática, por parte do segurado, dos beneficiários ou pelo representante de um e de outro, de atos ilícitos dolosos ou por atos contrários à lei, inclusive a direção de veículos automotores terrestres, aquáticos, aéreos e similares, sem a devida habilitação legal;
- e) de acidentes ocorridos em consequência direta ou indireta de furacões, ciclones, terremotos, maremotos, erupções vulcânicas e outros fenômenos da natureza de caráter extraordinário; e
- f) epidemias e/ou pandemias declaradas por órgão competente.

Art. 9º. Não estão cobertos eventos 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) CARÊNCIA

Art. 10º. Haverá carência em caso de suicídio do segurado, ou sua tentativa, nos primeiros 24 (vinte e quatro) meses de vigência do contrato, ou de sua recondução depois de suspenso.

6) ÂMBITO GEOGRÁFICO DA COBERTURA

Art. 11º. As coberturas do seguro previstas nestas Condições aplicam-se para eventos cobertos ocorridos em qualquer parte do globo terrestre.

7) ACEITAÇÃO DO SEGURO

Art. 12. Poderão subscrever o seguro os proponentes com idade mínima de 16 (dezesesseis) anos e máxima de 75 (setenta e cinco) anos. A efetivação da subscrição se dá mediante a assinatura pelo proponente, seu representante ou por corretor de seguros habilitado e o preenchimento completo da proposta de contratação, bem como a entrega dos documentos que a seguradora julgar necessários para análise dos riscos seguráveis. A aceitação do seguro estará sujeita a análise do risco, a qual poderá ser analisada mediante declaração pessoal de saúde e atividade e/ou contato telefônico ao segurado e/ou entrevista médica e exames, objetivando checar seu estado atual de saúde.

§ 1º. O segurado poderá ser submetido a exames às expensas da seguradora e, com base no histórico de saúde do segurado, práticas de atividades e/ou profissões de risco e uso ou não de tabaco, os valores de prêmios poderão ser agravados na subscrição do seguro.

§ 2º. Recebida a proposta de contratação pela seguradora, com todos os documentos exigidos para análise dos riscos, incluindo os exames, terá início um período de 25 (vinte e cinco) dias, no qual a seguradora avaliará o risco.

§ 3º. A aceitação do seguro estará sujeita à análise do risco e a Mongeral Aegon tem o prazo de até 25 dias, contados da data que vier a ser registrada pelo relógio protocolo, para manifestar-se em relação à aceitação ou recusa desta proposta. Este prazo será suspenso quando necessária a requisição de outros documentos ou dados para análise do risco. Essa eventual suspensão terminará quando forem protocolados os documentos ou dados para análise do risco. Caso não haja manifestação de recusa desta proposta pela 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.

§ 4º. Em caso de recusa do risco, onde tenha sido efetuado o pagamento do prêmio, após a formalização da recusa pela seguradora, o valor pago deduzido da parcela *pro rata temporis* correspondente ao período que tiver prevalecido a cobertura, compreendido entre a data de recepção do prêmio pela seguradora e a data de formalização da recusa, deverá ser devolvido, no prazo máximo de 10 (dez) dias corridos, atualizado pela variação do IPCA (Índice de Preços ao Consumidor Amplo), apurado entre o último índice publicado antes da data do recebimento do prêmio e aquele publicado imediatamente anterior à data de sua efetiva devolução, estando ainda sujeito à aplicação de mora, conforme disposto no art. 27.

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

Art. 13. A cada segurado incluído no seguro será enviada uma apólice, no prazo de 30 (trinta) dias contados do protocolo da proposta de contratação.

8) VIGÊNCIA DA COBERTURA

Art. 14. Caso a proposta de contratação tenha sido recepcionada pela seguradora antes do pagamento do prêmio, o início de vigência da cobertura individual será às 00 (zero) horas do dia do pagamento do respectivo prêmio, uma vez que a proposta de contratação tenha sido aceita pela seguradora, independentemente da forma de pagamento escolhida pelo segurado.

§ 1º. 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.

§ 2º. Quando o segurado completar 70 (setenta) anos será excluído da cobertura de DPI. O prêmio inicial, por ser nivelado, já considera esta exclusão futura, ou seja, não haverá redução de prêmio após a exclusão da cobertura de DPI.

§ 3º. O término da vigência da cobertura individual será às 23h59 (vinte e três horas e cinquenta e nove minutos) da data para tal fim indicada na apólice.

9) PAGAMENTO DE PRÊMIO

Art. 15. Os prêmios serão pagos mensalmente, trimestralmente, semestralmente, ou anualmente de acordo com o estabelecido na proposta de contratação, sempre antecipadamente ao período de cobertura, e durante o prazo originalmente contratado.

§ 1º. O segurado poderá optar também pelo pagamento de forma única.

Art. 16. Os prêmios poderão ser pagos pelo segurado em dinheiro, cheque, ordem de pagamento, documento de ordem de crédito, débito em conta corrente, cartão de crédito ou desconto em folha de pagamento. O segurado também poderá optar pelo pagamento da primeira parcela do seguro via pix. Neste caso, a efetivação deverá ocorrer em até 15 dias da data do aceite pela Seguradora, conforme descrito no Art. 20 deste documento.

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

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

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

§ 4º. O segurado que não receber a ficha de compensação ou outro documento correspondente deverá entrar em contato com seu corretor ou com a Central de Relacionamento Mongeral Aegon para obter informações da forma como poderá regularizar seu pagamento.

§ 5º. Qualquer pagamento em atraso será efetuado pelo valor do prêmio vencido acrescido de atualização monetária, tendo como base a variação positiva acumulada do IPCA/IBGE, calculada, na forma da Lei, desde a data de seu respectivo vencimento até a data de sua efetiva liquidação, acrescida de juro de 1% a.m. (um por cento ao mês), *pro rata temporis*.

10) CONDIÇÕES PARA MANUTENÇÃO DAS COBERTURAS

Art. 17. No caso da ocorrência do evento gerador durante período de até 90 (noventa) dias de atraso do prêmio, o capital segurado será pago deduzido do prêmio devido.

Parágrafo único. Para fins destas Condições Gerais entende-se o prazo especificado no *caput* deste artigo como o prazo de tolerância concedido para a cobertura.

Art. 18. Transcorridos 90 (noventa) dias do vencimento do prêmio devido e não pago, o seguro poderá ser saldado, não cabendo qualquer restituição de prêmios anteriormente pagos, independente de notificação e/ou interpolação judicial ou extrajudicial.

§ 1º. O seguro poderá, ainda, ser cancelado a qualquer tempo mediante solicitação do segurado.

§ 2º. A qualquer momento, antes do término do prazo previsto no *caput* deste artigo, o segurado poderá efetuar o pagamento do prêmio em atraso.

§ 3º. A seguradora notificará o segurado com antecedência de pelo menos 10 (dez) dias antes do término do prazo previsto no *caput* deste artigo, através de correspondência ao mesmo, advertindo-o quanto à necessidade de quitação do prêmio em atraso, para que proceda sobre a regularização ou resolução do seu contrato, sob pena de cancelamento do seguro.

§ 4º. As coberturas serão ainda canceladas no caso do recebimento de 100% do capital segurado por evento.

Art. 19. O seguro será saldado ainda com a solicitação do segurado.

Art. 20. No caso de rescisão total ou parcial do seguro, a qualquer tempo, por iniciativa de quaisquer das partes contratantes e com a concordância recíproca, a sociedade seguradora dará cobertura para o prazo a decorrer da última vigência paga, não cabendo qualquer restituição de prêmios anteriormente pagos, independente de notificação e/ou interpelação judicial ou extrajudicial, observado o disposto sobre os valores garantidos.

Art. 21. O segurado é obrigado a comunicar à seguradora, logo que saiba, todo incidente suscetível de agravar consideravelmente o risco coberto. Contudo, a seguradora não utilizará a informação de agravamento do risco para alterar direitos e deveres ora previstos nestas Condições Gerais, incluindo a decisão de restringir a cobertura ou cobrar a diferença de prêmio.

Art. 22. 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.

11) ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA

Art. 23. Nos casos de pagamento por desconto em folha, os valores do prêmio e do capital segurado serão atualizados anualmente, no mês de maio, pelo IPCA (Índice de Preços ao Consumidor Amplo) acumulado nos 12 meses que antecedem ao mês de abril.

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

Art. 24. Nos demais casos, onde o pagamento não se der por desconto em folha, os valores do prêmio e do capital segurado serão atualizados anualmente, no mês de aniversário da contratação do seguro, pelo IPCA (Índice de Preços ao Consumidor Amplo) acumulado nos 12 (doze) meses que antecedem o mês anterior ao de aniversário da contratação do seguro.

Art. 25. No caso de saldamento conforme previsto nas Condições Especiais da cobertura de Morte, o valor do capital segurado será atualizado anualmente, no mês de aniversário do saldamento do seguro, pelo IPCA (Índice de Preços ao Consumidor Amplo) acumulado nos 12 meses que antecedem o mês anterior ao de aniversário do saldamento do seguro.

Art. 26. Caso o segurado tenha optado por periodicidade diferente de mensal para 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, sendo que no caso de periodicidade anual ou pagamento único, será contado desde a última atualização.

Art. 27. Mensalmente, além da atualização monetária pelo IPCA (Índice de Preços ao Consumidor Amplo) do mês que antecede o mês anterior ao da competência, a provisão matemática de benefícios a conceder será rentabilizada atuarialmente a taxa de juros real capitalizada mensalmente, onde:

Temporalidade	Juros
10 anos	2,5% a.a.
15 e 20 anos	2,0% a.a.
25 e 30 anos	1,5% a.a.

Art. 28. No caso de extinção ou vedação do índice de atualização de valores, a seguradora adotará como índice substitutivo o IGPM.

12) APLICABILIDADE DE MORA

Art. 29. Os valores relativos às obrigações pecuniárias da seguradora serão acrescidos de juros moratórios de 2% (dois por cento) ao mês, quando o prazo de sua liquidação superar o prazo fixado no art. 29, sendo efetuada a partir do primeiro dia posterior ao término do referido prazo.

Parágrafo único. Para este seguro não será adotada multa.

13) ACIONAMENTO DO SEGURO

Art. 30. Em caso de sinistro coberto por este seguro, os beneficiários deverão comunicar o sinistro à seguradora e provar satisfatoriamente sua ocorrência, através da entrega dos documentos citados nas Condições Especiais de cada cobertura.

Art. 31. A partir da entrega de toda documentação exigível, listada nas Condições Especiais de cada cobertura, por parte do segurado, a seguradora terá o prazo de até 30 (trinta) dias para liquidação do sinistro.

Art. 32. 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. 33. No caso de divergências sobre a causa, a natureza ou a extensão das lesões, 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 uma junta médica.

§ 1º. A junta médica será constituída por 3 (três) membros, sendo um nomeado pela Seguradora, outro pelo Segurado e um terceiro, desempatador, escolhido pelos dois nomeados. Cada uma das partes pagará os honorários do médico que tiver designado. Os honorários do terceiro serão pagos, em partes iguais, pelo(s) Beneficiário(s) ou Segurado e pela Seguradora.

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

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

Art. 34. A seguradora não poderá contestar o pagamento da indenização para a cobertura contratada por alegação de doenças ou lesões preexistentes, de conhecimento do segurado e não declaradas na proposta de contratação, se na data do evento gerador já tiver decorrido o período de contestabilidade de 24 (vinte e quatro) meses, contados a partir do início de vigência da apólice ou da data de reabilitação do seguro, observado o disposto nos arts. 36 e 37.

Art. 35. A indenização devida e não paga se sujeita a atualização monetária no caso de não cumprimento do prazo disposto no art. 31 e, somente neste caso, será atualizada monetariamente da data do evento gerador até a data do efetivo pagamento pelo IPCA (Índice de Preços ao Consumidor Amplo).

§ 1º. Considerando o disposto no *caput* deste artigo, a atualização será efetuada com base na variação positiva apurada entre o último índice publicado antes da data do evento e aquele publicado imediatamente antes à data de sua efetiva liquidação, estando ainda sujeito à aplicação de mora conforme disposto no art. 29.

§ 2º. Nenhuma correção será devida no caso de cumprimento do prazo para pagamento disposto no art. 31.

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

14) PERDA DA GARANTIA NOS CASOS PREVISTOS EM LEI

Art. 36º. O segurado deve agir de forma prudente e não praticar atos que aumentem desnecessariamente o risco coberto. A seguradora poderá avaliar a situação conforme as regras previstas nesta Condição Geral e na Lei 15.040.

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

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

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

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

Art. 37º. 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.

15) DISPOSIÇÕES GERAIS

Art. 38. 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. 39. O pagamento dos tributos que incidam ou venham a incidir sobre os prêmios, indenizações e/ou resgate deverá ser efetuado por quem a legislação específica determinar.

Art. 40. O registro deste seguro na SUSEP não implica, por parte da Autarquia, incentivo ou recomendação a sua comercialização.

Art. 41. O segurado poderá consultar a situação cadastral de seu corretor de seguros, no site www.susep.gov.br, por meio do número de seu registro na SUSEP, nome completo, CNPJ ou CPF.

Art. 42. Qualquer alteração na apólice em vigor dependerá de anuência do segurado.

Art. 43. Os prazos prescricionais são aqueles determinados em lei.

Art. 44. 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>.

16) FORO

Art. 45. 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.

CONDIÇÕES ESPECIAIS - COBERTURA DE MORTE

1) OBJETIVO DA COBERTURA

Art. 1º. 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, se estabelecido, os riscos excluídos e as disposições contidas nas Condições Gerais e Especiais.

§ 1º. 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

Art. 2º. O segurado poderá optar a partir do 25º (vigésimo quinto) mês de vigência da apólice, durante o período de vigência do seguro, desde que não tenha optado anteriormente pelo saldamento, que esteja com os prêmios pagos em dia e que não tenha acionado as coberturas de ADT e DPI, pela redução do capital segurado vigente e consequente recálculo dos prêmios, desde que respeitados os valores mínimos de capital segurado e de prêmios estipulados pela seguradora, e que o novo capital segurado não seja inferior a 50% do capital originalmente contratado.

§ 1º. Para esta cobertura não será aceito aumento de capital segurado.

Art. 3º. Para efeito de determinação do capital segurado na liquidação dos sinistros, será considerada como data do evento gerador a data do falecimento do segurado.

3) VALORES GARANTIDOS

Art. 4º. Respeitadas as condições descritas abaixo e o período decorrido desde o início de vigência da apólice, o segurado terá direito aos seguintes valores garantidos:

a) Saldamento: o segurado poderá optar a partir do 25º. (vigésimo quinto) mês de vigência da apólice, desde que o seguro esteja vigente e durante o período de pagamento dos prêmios, por alterar o seguro original para um seguro com valor saldado, interrompendo o pagamento dos prêmios a vencer. O cálculo será feito utilizando o saldo da provisão matemática de benefícios a conceder no momento do saldamento, mantendo-se o período de cobertura contratado e assim, portanto, o novo capital segurado será reduzido em função do valor do prêmio utilizado.

§ 1º. Quando da opção pelo saldamento será emitida nova apólice constando os novos valores de capital segurado.

§ 2º. Com a solicitação de saldamento será cancelada a cobertura de dispensa de prêmio por invalidez.

§ 3º. Após o saldamento não será possível retornar ao valor original de Capital Segurado.

§ 4º. Em caso de Dispensa de Prêmio por Invalidez ou Adiantamento por Doença Terminal não será possível solicitar o saldamento.

4) ACIONAMENTO DO SEGURO

Art. 5º. Em caso de sinistro coberto por este seguro, o beneficiário deverá comunicar o sinistro à seguradora e provar satisfatoriamente sua ocorrência, através da entrega dos documentos básicos listados neste artigo:

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) cópia do laudo emitido pelo Médico do segurado com indicação do CRM; e
- d) documentos médicos, tais como prontuários, receitas e laudos de exames.

DOCUMENTOS DOS BENEFICIÁRIOS

- e) Formulário de Habilitação de Beneficiários, devidamente preenchido;
- f) cópia da carteira de identidade e CPF;
- g) cópia do comprovante de residência de contas de concessionárias de serviços públicos (luz, gás, água, telefone fixo, etc);
- h) cópia autenticada da certidão de casamento ou de nascimento;
- i) declaração de união estável, no caso de companheiro(a);
- j) Termo de Tutela para beneficiários cujos pais estão ausentes;
- k) Termo de Curatela para beneficiários considerados incapazes;
- l) Ficha de Registro de Empregado ou Ata de Nomeação de Diretoria, caso necessário; e
- m) Contrato Social, caso necessário.

II. EM CASO DE MORTE ACIDENTAL:

DOCUMENTOS DO SEGURADO

- a) cópia autenticada da Certidão de Óbito;
- b) cópia da carteira de identidade e CPF;
- c) Formulário de Aviso de Sinistro de Seguro de Acidentes Pessoais, devidamente preenchido;
- d) cópia autenticada do Boletim de Ocorrência Policial;
- e) cópia autenticada da Carteira Nacional de Habilitação, em caso de acidente com veículo dirigido pelo segurado;
- f) cópia autenticada do Laudo de Exame Cadavérico, se houver; e
- g) cópia autenticada do Laudo do Exame Toxicológico e de Teor Alcoólico, quando realizado.

DOCUMENTOS DOS BENEFICIÁRIOS

- h) Formulário de Habilitação de Beneficiários, devidamente preenchido;
- i) cópia da carteira de identidade e CPF;
- j) cópia do comprovante de residência de contas de concessionárias de serviços públicos (luz, gás, água, telefone fixo, etc);

- k) cópia autenticada da certidão de casamento ou de nascimento;
- l) declaração de união estável, no caso de companheiro(a);
- m) Termo de Tutela para beneficiários cujos pais estão ausentes;
- n) Termo de Curatela para beneficiários considerados incapazes;
- o) Ficha de Registro de Empregado ou Ata de Nomeação de Diretoria, caso necessário; e
- p) Contrato Social, caso necessário.

5) BENEFICIÁRIOS

Art. 6º. Os beneficiários serão designados pelo segurado na proposta de contratação, podendo ser substituídos a qualquer tempo, através de solicitação formal, preenchida e assinada.

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

§ 2º. Na falta de beneficiário indicado, a indenização será paga metade ao cônjuge não separado judicialmente e o restante aos herdeiros do segurado, observando o disposto na Legislação Específica. Na falta destes, serão beneficiários os que provarem que a morte do segurado os privou dos meios necessários à subsistência.

§ 3º. Na hipótese de não ser identificado beneficiário ou herdeiro legal elegível ao recebimento da indenização, o capital segurado será destinado ao fundo específico previsto na legislação vigente, na forma e condições estabelecidas pela Lei nº 15.040/2024.

CONDIÇÕES ESPECIAIS - COBERTURA DE ADIANTAMENTO POR DOENÇA TERMINAL

1) OBJETIVO DA COBERTURA

Art. 1º. 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.

§ 1º. Considera-se doença em estágio terminal, de acordo com o art.3º, 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.

§ 2º. 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.

§ 3º. O valor do prêmio continuará a ser cobrado pela seguradora até o prazo contratado ou até que ocorra o evento de morte.

Art. 2º Somente será garantido por esta cobertura o estado terminal diagnosticado pela primeira vez dentro do período de vigência deste seguro.

Art. 3º. 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;
- b)** Doença Pulmonar Grave;
- c)** Doença Renal Grave;
- d)** Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS);
- e)** Paralisia Irreversível e Incapacitante;
- f)** Doença Neoplásica Maligna.

3.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.

3.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.

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

3.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.

- 3.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.
- 3.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).

Art. 4º. 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.

Art. 5º. 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

Art. 6º. 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.

§ 1º. A data de diagnóstico da doença terminal será consignada por médico que esteja assistindo ao segurado.

§ 2º. O percentual de antecipação será definido pelo segurado em formulário de habilitação específico.

3) ACIONAMENTO DO SEGURO

Art. 7º. 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 do segurado;
- b)** cópia do comprovante de residência de contas de concessionárias de serviços públicos (luz, gás, água, telefone fixo, etc.);
- c)** Formulário de Habilitação de Beneficiários, devidamente preenchido;
- d)** Declaração Médica, assinada pelo médico assistente, indicando a data de diagnóstico definitivo e o tempo estimado de sobrevida do segurado; e
- e)** Documentos médicos que tenham embasado o diagnóstico, incluindo laudos e resultados de exames, e que confirmem a evolução da doença.

4) BENEFICIÁRIOS

Art. 8º. O próprio segurado será o beneficiário.

CONDIÇÕES ESPECIAIS - COBERTURA DE DISPENSA DE PRÊMIO POR INVALIDEZ

1) OBJETIVO DA COBERTURA

Art. 1º. Ocorrendo a invalidez total e permanente por acidente ou funcional por doença do segurado durante a vigência do seguro, no período de pagamento dos prêmios, a seguradora não cobrará os prêmios a vencer devidos para a cobertura de morte.

§ 1º. Esta cobertura cessará quando do cancelamento da cobertura por morte, pela opção de saldamento ou, ainda, quando o segurado completar 70 (setenta) anos.

§ 2º. O segurado deverá pagar todos os prêmios devidos até que a solicitação de dispensa do pagamento dos prêmios seja aprovada pela seguradora. Neste caso, os prêmios pagos referentes às competências posteriores a data de ocorrência do evento serão devolvidos ao segurado, atualizados monetariamente com base na variação positiva acumulada do IPCA/IBGE, calculada, na forma da lei, desde a data do pagamento dos prêmios até a data da efetiva devolução.

§ 3º. Não haverá dispensa para prêmios referentes às competências anteriores a data de ocorrência do evento.

2) GLOSSÁRIO

Art. 2º. Segue abaixo as definições referentes aos termos utilizados nestas Condições Especiais:

- a) Agravo Mórbito:** Piora de uma doença;
- b) Alienação Mental:** Distúrbio mental ou neuromental em que haja alteração completa da personalidade, comprometendo em definitivo o pensamento lógico (juízo de valor), a realidade (juízo crítico) e a memória, destruindo a capacidade de realizar atos eficientes, objetivos e propositais e tornando o segurado total e permanentemente impossibilitado para a vida civil;
- c) Aparelho Locomotor:** Conjunto de estruturas destinadas ao deslocamento do corpo humano;
- d) Atividade Laborativa:** Qualquer ação ou trabalho através do qual o segurado obtenha renda;
- e) Auxílio:** A ajuda através de recurso humano e ou de utilização de estruturas ou equipamentos de apoio físico;
- f) Ato Médico:** Procedimento técnico-profissional praticado por médico legalmente habilitado e regido por Resolução específica do Conselho Federal de Medicina;
- g) Cardiopatia Grave:** Doença do coração assim classificada segundo os critérios constantes do "Consenso Nacional de Cardiopatia Grave";
- h) Cognição:** Conjunto de processos mentais usados no pensamento, na memória, na percepção, na classificação, no reconhecimento etc.;
- i) Conectividade com a Vida:** Capacidade do ser humano de se relacionar como o meio externo que o cerca;
- j) Consumpção:** Definhamento progressivo e lento do organismo humano produzido por doença;
- k) Dados Antropométricos:** No caso da Cobertura de Invalidez Funcional Permanente e Total por Doença, o peso e a altura do segurado;

- l) Deambular:** Ato de andar livremente sem qualquer tipo de auxílio;
- m) Declaração Médica:** Documento elaborado na forma de relatório ou similar, onde o médico-assistente ou algum outro médico escolhido exprime sua opinião sobre o estado de saúde do segurado e respectivos fatos médicos correlatos;
- n) Deficiência Visual:** Qualquer prejuízo da capacidade de visão abaixo do considerado normal;
- o) Disfunção Imunológica:** Incapacidade do organismo de produzir elementos de defesa contra agentes estranhos causadores de doença;
- p) Doença Crônica:** Doença com período de evolução que ultrapassa a fase inicial, persistindo ativa por tempo indeterminado;
- q) Doença Crônica em Atividade:** Doença crônica que se mantém ativa apesar do tratamento;
- r) Doença Crônica de Caráter Progressivo:** Doença crônica que se mantém evolutiva em curso de piora, apesar do tratamento;
- s) Doença em Estágio Terminal:** Aquela em estágio sem qualquer alternativa terapêutica e sem perspectiva de reversibilidade, sendo o paciente considerado definitivamente fora dos limites de sobrevivência, conforme atestado pelo médico assistente;
- t) Doença Neoplásica Maligna Ativa:** Crescimento celular desordenado, provocado por alterações genéticas no metabolismo e nos processos de vida básicos das células que controlam seu crescimento e multiplicação; São os chamados cânceres ou tumores malignos em atividade;
- u) Doença Profissional:** Aquela que decorre especificamente do exercício de determinada profissão;
- v) Estados Conexos:** Representa o relacionamento consciente e normal do segurado com o meio externo;
- w) Etiologia:** Causa de cada doença;
- x) Fatores de Risco e Morbidade:** Aquilo que favorece ou facilita o aparecimento ou a manutenção de uma doença, ou que com ela interage;
- y) Hígido:** Saudável;
- z) Médico Assistente:** Médico que está assistindo ao segurado ou que já lhe tenha prestado assistência continuada;
- aa) Prognóstico:** Juízo médico baseado no diagnóstico e nas possibilidades terapêuticas acerca da duração, evolução e termo de uma doença;
- ab) Quadro Clínico:** Conjunto das manifestações mórbidas objetivas e subjetivas apresentadas por um doente;
- ac) Recidiva:** Reaparecimento de uma doença algum tempo depois de um acometimento;
- ad) Refratariedade Terapêutica:** Incapacidade do organismo humano em responder positivamente ao tratamento instituído;
- ae) Relações Existenciais:** Aquelas que capacitam a autonomia existencial do ser humano em suas relações de conectividade com a vida;
- af) Sentido de Orientação:** Faculdade do indivíduo se identificar, relacionar e se deslocar livremente, sem qualquer auxílio, como o meio ambiente externo que o cerca;
- ag) Sequela:** Qualquer lesão anatômica ou funcional que permaneça depois de encerrada a evolução clínica de uma doença; e
- ah) Transferência Corporal:** Capacidade do segurado se deslocar de um local para outro, sem qualquer auxílio.

3) COBERTURAS

I – DISPENSA DE PRÊMIO POR INVALIDEZ FUNCIONAL PERMANENTE TOTAL POR DOENÇA

Art. 3º. A perda da existência independente será caracterizada pela ocorrência de quadro clínico incapacitante, decorrente de doença, que inviabilize de forma irreversível o pleno exercício das relações autonômicas do segurado. Este quadro clínico incapacitante deverá ser comprovado através de parâmetros e documentos devidamente especificados no art. 12 destas Condições Especiais.

Art. 4º. Considera-se como risco coberto a ocorrência comprovada - segundo critérios vigentes à época da regulação do sinistro e adotados pela classe médica especializada - de um dos seguintes quadros clínicos incapacitantes, provenientes exclusivamente de doença:

- a) Doenças cardiovasculares crônicas enquadradas sob o conceito de "cardiopatia grave";
- b) Doenças neoplásicas malignas ativas, sem prognóstico evolutivo e terapêutico favoráveis, que não mais estejam inseridas em planos de tratamento direcionados à cura e ou ao controle clínico;
- c) Doenças crônicas de caráter progressivo, apresentando disfunções e ou insuficiências orgânicas avançadas, com repercussões em órgãos vitais (consumpção), sem prognóstico terapêutico favorável e que não mais estejam inseridas em planos de tratamento direcionados à cura e ou ao seu controle clínico;
- d) Alienação mental total e permanente, com perda das funções cognitivas superiores (cognição), única e exclusivamente em decorrência de doença;
- e) Doenças manifestas no sistema nervoso com sequelas encefálicas e ou medulares que acarretem repercussões deficitárias na totalidade de algum órgão vital e ou sentido de orientação e ou das funções de dois membros, em grau máximo;
- f) Doenças do aparelho locomotor, de caráter degenerativo, com total e definitivo impedimento da capacidade de transferência corporal;
- g) Deficiência visual, decorrente de doença:
 - / Cegueira, na qual a acuidade visual é igual ou menor que 0,05 no melhor olho, com a melhor correção óptica;
 - / Baixa visão, que significa acuidade visual entre 0,3 e 0,05 no melhor olho, com a melhor correção óptica;
 - / Casos nos quais a somatória da medida do campo visual em ambos os olhos for igual ou menor que 60°; ou
 - / Ocorrência simultânea de quaisquer das condições anteriores.
- h) Doença evoluída sob um estágio clínico que possa ser considerado como terminal (doença em estágio terminal), desde que atestado por profissional legalmente habilitado;
- i) Estados mórbidos, decorrentes de doença, a seguir relacionados:
 - / Perda completa e definitiva da totalidade das funções de dois membros; ou
 - / Perda completa e definitiva da totalidade das funções das duas mãos ou de dois pés; ou
 - / Perda completa e definitiva da totalidade das funções de uma das mãos associada à de um dos pés.

Art. 5º. Outros quadros clínicos incapacitantes serão reconhecidos como riscos cobertos desde que, avaliados através de Instrumento de Avaliação de Invalidez Funcional - IAIF (Anexo a essas Condições Especiais) atinjam a marca mínima exigida de 60 (sessenta) pontos, em um total de 80 (oitenta) pontos previstos como possíveis.

Art. 6º. O IAIF é composto por dois documentos. O primeiro (Tabela de Relações Existenciais, Condições Médicas e Estruturais e de Estados Conexos) avalia, através de escalas, compreendendo 3 (três) graduações cada, as condições médicas e de conectividade com a vida (Atributos).

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

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

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

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

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

II – DISPENSA DE PRÊMIO POR INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL POR ACIDENTE

Art. 7º. Serão consideradas, para efeito de invalidez permanente total, as seguintes perdas de membros ou órgãos no caso de acidente, as quais deverão ser avaliadas depois da conclusão do tratamento, ou depois de esgotados os recursos terapêuticos para recuperação, quando da alta médica definitiva:

Invalidez Permanente	Discriminação
TOTAL	Perda total da visão de ambos os olhos
	Perda total do uso de ambos os membros superiores
	Perda total do uso de ambos os membros inferiores
	Perda total do uso de ambas as mãos
	Perda total do uso de um membro superior e um membro inferior
	Perda total do uso de uma das mãos e um dos pés
	Perda total do uso de ambos os pés
	Alienação mental total e incurável
	Perda total de ambos os rins

§ 1º. Também será considerada invalidez permanente total por acidente, caso de um mesmo acidente resulte a perda de mais de um membro ou órgão avaliados de acordo com os percentuais descritos na tabela abaixo e desde que a soma dos percentuais seja igual ou superior a 100%, devendose observar, que neste caso, será pago 100% dos prêmios a vencer para a cobertura de morte.

Invalidez Permanente	Discriminação	%
PARCIAL DIVERSAS	Perda total da visão de um olho	30
	Perda total da visão de um olho, quando o Segurado já não tiver a outra vista	70
	Surdez total incurável de ambos os ouvidos	40
	Surdez total incurável de um dos ouvidos	20
	Mudez incurável	50
	Fratura não consolidada do maxilar inferior	20
	Imobilidade do segmento cervical da coluna vertebral	20
	Imobilidade do segmento tóraco-lombo-sacro da coluna vertebral	25
	Perda total de um rim	15
	Amputação total do nariz	25
	Amputação total de uma orelha	8
	Amputação total de ambas as orelhas	12
	Perda do baço	15
	Perda de um ovário	6
	Perda de dois ovários	20
	Perda de um testículo	6
	Perda de dois testículos	12
	Amputação traumática do pênis	40
	Mastectomia total de um seio	10
	Mastectomia total de dois seios	20

Invalidez Permanente	Discriminação	%
PARCIAL MEMBROS SUPERIORES	Perda total do uso de um dos membros superiores	70
	Perda total do uso de uma das mãos	60
	Fratura não consolidada de um dos úmeros	50
	Fratura não consolidada de um dos segmentos rádio-ulnares	30
	Anquilose total de um dos ombros	25
	Anquilose total de um dos cotovelos	25
	Anquilose total de um dos punhos	20
	Perda total do uso de um dos polegares, inclusive o metacarpiano	25
	Perda total do uso de um dos polegares, exclusive o metacarpiano	18
	Perda total do uso da falange distal do polegar	9
	Perda total do uso de um dos dedos indicadores	15
	Perda total do uso de um dos dedos mínimos ou um dos dedos médios	12
	Perda total do uso de um dos dedos anulares	9
	Perda total do uso de qualquer falange, excluídas as do polegar: indenização equivalente a 1/3 do valor do dedo respectivo	
PARCIAL MEMBROS INFERIORES	Perda total do uso de um dos membros inferiores	70
	Perda total do uso de um dos pés	50
	Fratura não consolidada de um fêmur	50
	Fratura não consolidada de um dos segmentos tíbioperoneiros	25
	Fratura não consolidada da rótula	20
	Fratura não consolidada de um pé	20
	Anquilose total de um dos joelhos	20
	Anquilose total de um dos tornozelos	20
	Anquilose total de um quadril	20
	Perda parcial de um dos pés, isto é, perda de todos os dedos e de uma parte do mesmo pé	25
	Amputação do 1º (primeiro) dedo	10
	Amputação de qualquer outro dedo	3
	Perda total do uso de uma falange do 1º dedo, indenização equivalente a 1/2 e dos demais dedos, equivalente a 1/3 do respectivo dedo	
	Encurtamento de um dos membros inferiores	
	- de 5 (cinco) centímetros ou mais	15
	- de 4 (quatro) centímetros	10
	- de 3 (três) centímetros	6
	- menos de 3 (três) centímetros: sem indenização	

§ 2º. Não ficando abolidas por completo as funções do membro ou órgão lesado, o percentual final é calculado pela aplicação, à percentagem prevista no seguro para sua perda total, do grau de redução funcional apresentado.

§ 3º. Na falta de indicação exata do grau de redução funcional apresentado, e sendo o referido grau classificado apenas como máximo, médio ou mínimo, o grau de redução funcional será calculado, na base das percentagens de 75% (setenta e cinco por cento), 50% (cinquenta por cento) e 25% (vinte e cinco por cento), respectivamente.

§ 4º. Nos casos não especificados na tabela, o percentual é calculado tomando-se por base a diminuição permanente da capacidade física do segurado, independentemente de sua profissão ou atividade.

§ 5º. Para efeito de cálculo do percentual, a perda ou maior redução funcional de um membro ou órgão já defeituoso antes do acidente, deve ser deduzida do grau de invalidez definitiva.

§ 6º. A perda de dentes e os danos estéticos não dão direito à indenização por invalidez permanente.

4) RISCOS EXCLUÍDOS

Art. 8º. Além dos riscos excluídos mencionados nas Condições Gerais, consideram-se também como riscos excluídos, ainda que redundando em quadro clínico incapacitante que inviabilize de forma irreversível o pleno exercício das funções autonômicas do segurado, com perda da sua existência independente, os abaixo especificados:

- a) a perda, a redução ou a impotência funcional definitiva, parcial, de um ou mais membros, órgãos e ou sistemas orgânicos corporais, em decorrência, direta e/ou indiretamente, de lesão física e ou psíquica causada por acidente pessoal;
- b) a doença cuja evolução natural tenha sido agravada por traumatismo; e
- c) qualquer tipo de hérnia e suas consequências, exceto se decorrente de acidente pessoal.

Art. 9º. A aposentadoria por invalidez concedida por instituições oficiais de previdência social, assim como por órgãos do poder público e por outras instituições público-privadas, não caracteriza, por si só, quadro clínico incapacitante que comprove a invalidez funcional permanente e total por doença.

Art. 10. A seguradora reserva-se o direito de não considerar quadros clínicos certificados por perícias e ou juntas médicas que se baseiem na caracterização da incapacidade de natureza profissional como medida para oficialização de afastamentos laborativos, assim como quaisquer outros resultados que sejam subsidiados por elementos médicos característicos apenas de graus de incapacidade parcial.

5) CAPITAL SEGURADO

Art. 11. Para efeito de determinação do capital segurado, correspondente aos prêmios a vencer para a cobertura de morte, na liquidação dos sinistros, serão consideradas como data do evento:

- a) Para a Invalidez Funcional Permanente Total por Doença, a data indicada pelo médico assistente na declaração médica; e
- b) Para a Invalidez Permanente Total por Acidente, a data do acidente.

Parágrafo único. A data da invalidez funcional permanente e total por doença será consignada por médico que esteja assistindo ao segurado e, na ausência deste, por profissional médico que já tenha lhe prestado algum atendimento, ou, ainda, estabelecida através da verificação de evidências documentais apuradas em registros lavrados por profissionais médicos em qualquer tempo.

6) ACIONAMENTO DO SEGURO

Art. 12. 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:

I - INVALIDEZ FUNCIONAL PERMANENTE TOTAL POR DOENÇA

- a) Aviso de Sinistro, integralmente preenchido e assinado pelo segurado, onde este deverá comunicar à seguradora suas condições de saúde e retratando o Quadro Clínico Incapacitante;
- b) Declaração Médica, assinada pelo médico assistente, indicando a data da Invalidez Funcional Permanente e Total por Doença (data do sinistro). Da Declaração Médica deverão constar informações e registros médicos que comprovem o momento temporal exato do atingimento de um estágio de doença que se enquadre em Quadro Clínico Incapacitante definido nos arts. 4, 5 e 6 destas Condições Especiais;
- c) cópia da carteira de identidade e CPF do segurado;
- d) cópia do comprovante de residência de contas de concessionárias de serviços públicos (luz, gás, água, telefone fixo, etc.);
- e) Formulário Declaração Médica de Invalidez por Doença, preenchido pelo médico assistente do segurado, com firma reconhecida;
- f) Formulário Laudo Oftalmológico, se necessário;
- g) Relatório do médico assistente do segurado:
 - / indicando o início da doença, qualificado pela data em que esta foi efetivamente diagnosticada; e
 - / detalhando o quadro clínico incapacitante irreversível decorrente de disfunções e ou insuficiências permanentes em algum sistema orgânico ou segmento corporal que ocasione e justifique a inviabilidade do pleno exercício das relações autonômicas do segurado.
- h) Documentos médicos que tenham embasado o diagnóstico inicial (comprobatórios do início da doença), incluindo laudos e resultados de exames, e que confirmem a evolução do quadro clínico incapacitante irreversível, nas condições previstas no item anterior.

II - INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL POR ACIDENTE

- a) cópia da carteira de identidade e CPF do segurado;
- b) cópia do comprovante de residência de contas de concessionárias de serviços públicos (luz, gás, água, telefone fixo, etc.);
- c) cópia autenticada da Certidão de Nascimento ou comprovante de dependência no caso de invalidez dos dependentes menores;
- d) cópia autenticada da Certidão de Casamento ou da Declaração de União Estável do cônjuge, no caso de invalidez do cônjuge;
- e) Formulário de Aviso de Sinistro de Seguro de Acidentes Pessoais, devidamente preenchido;
- f) Formulário de Habilitação de Beneficiários, devidamente preenchido;
- g) Formulário Aviso de Alta Médica, devidamente preenchido;
- h) Relatório do Médico Assistente, devidamente preenchido com firma reconhecida;
- i) Formulário Laudo Oftalmológico, se necessário;
- j) Exames de imagens, se houver;
- k) cópia autenticada do Boletim de Ocorrência Policial;
- l) cópia da Carteira Nacional de Habilitação, em caso de acidente com veículo dirigido pelo segurado; e
- m) cópia autenticada do Laudo do Exame Toxicológico e de Teor Alcoólico, quando realizado.

Art. 13. As despesas efetuadas com a legitimação da invalidez são de responsabilidade do próprio segurado, salvo aquelas realizadas diretamente pela seguradora, com a finalidade de esclarecer circunstâncias sobre o Quadro Clínico Incapacitante e a condição da invalidez. As providências que a seguradora tomar, visando esclarecer as circunstâncias do sinistro, não constitui ato de reconhecimento da obrigação de pagamento.

Parágrafo único. Não sendo comprovada a invalidez, a cobertura permanecerá em vigor, assim como a cobertura de morte com o pagamento integral dos prêmios, não sendo devida qualquer devolução de prêmios.

7) BENEFICIÁRIOS

Art. 14. O próprio segurado será o beneficiário mediante a dispensa dos prêmios a vencer para a cobertura de morte.

ANEXO DA COBERTURA DE DISPENSA DE PRÊMIO POR INVALIDEZ

INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DE INVALIDEZ FUNCIONAL - IAIF

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

Atributos	Escalas	Pontos
Relações do segurado com o cotidiano	1º grau: o segurado mantém suas relações interpessoais com capacidade de compreensão e comunicação; deambula livremente; sai à rua sozinho e sem auxílio; está capacitado a dirigir veículos automotores; mantém suas atividades da vida civil, preservando o pensamento, a memória e o juízo de valor.	00
	2º grau: o segurado apresenta desorientação; necessita de auxílio à locomoção e ou para sair à rua; comunica-se com dificuldade; realiza parcialmente as atividades do cotidiano; possui restrições médicas de ordem relativas ou prejuízo intelectual e ou de cognição.	10
	3º grau: o segurado apresenta-se retido ao lar; tem perda na mobilidade ou na fala; não realiza atividades do cotidiano; possui restrições médicas impeditivas de ordem totalitária ou apresenta algum grau de alienação mental.	20
Condições clínicas e estruturais do segurado	1º grau: o segurado apresenta-se hígido; capaz de livre movimentação; não apresenta evidência de disfunção e ou insuficiência de órgãos, aparelhos ou sistemas, possuindo visão em grau que lhe permita desempenhar suas tarefas normais.	00
	2º grau: o segurado apresenta disfunção(ões) e ou insuficiência(s) comprovadas como repercussões secundárias de doenças agudas ou crônicas, em estágio que o obrigue a depender de suporte médico constante (assistido) e desempenhar suas tarefas normais diárias com alguma restrição.	10
	3º grau: o segurado apresenta quadro clínico anormal, evolutivamente avançado, descompensado ou instável, cursando com disfunções e ou insuficiências em órgãos vitais, que se encontre em estágio que demande suporte médico mantido (controlado), que acarrete restrição ampla a esforços físicos e que comprometa a vida cotidiana, mesmo que com interação de auxílio humano e ou técnico.	20
Conectividade do segurado com a vida	1º grau: o segurado realiza, sem auxílio, as atividades de vestir-se e despir-se; dirigir-se ao banheiro; lavar o rosto; escovar seus dentes; pentear-se; barbear-se; banhar-se; enxugar-se, mantendo os atos de higiene íntima e de asseio pessoal, sendo capaz de manter a autosuficiência alimentar com condições de suprir suas necessidades de preparo, serviço, consumo e ingestão de alimentos.	00
	2º grau: o segurado necessita de auxílio para trocar de roupa; entrar e sair do chuveiro; para realizar atos de higiene e de asseio pessoal; para manter suas necessidades alimentares (misturar ou cortar o alimento, descascar fruta, abrir uma embalagem, consumir os alimentos com uso de copo, prato e talheres).	10
	3º grau: o segurado necessita de auxílio às atividades de higiene e asseio pessoal diários, assim como aquelas relacionadas à sua alimentação, não sendo capaz de realizar sozinho suas necessidades fisiológicas e de subsistência alimentar diárias.	20

TABELA DE DADOS ANTROPOMÉTRICOS, FATORES DE RISCO E DE MORBIDADE

Dados antropométricos, riscos interagentes e agravos mórbidos	Pontuação
A idade do segurado interfere na análise da morbididade do caso e ou há IMC – Índice de Massa Corporal superior a 40.	02
Há risco de sangramentos, rupturas e ou quaisquer outras ocorrências iminentes que possam agravar a morbididade do caso.	02
Há ou houve recidiva, progressão em doença tratada e ou agravo mantido associado ou não à disfunção imunológica.	04
Existem mais de 2 fatores de risco e ou há repercussão vital decorrente da associação de duas ou mais doenças crônicas em atividade.	04
Certifica-se existir risco de morte súbita, tratamento paliativo e ou de suporte à sobrevivência e ou refratariedade terapêutica.	08

MAG
SEGUROS

ESPECIALISTAS EM PROTEGER
SEU FUTURO, **HOJE.**