3522 — Vida Toda

Condições Gerais

MAG SEGUROS

Fraturas e Rupturas Plus

Este documento explica, de forma simples, como funciona o seu seguro de Fraturas e Rupturas.

O que você encontrará neste documento

Aqui estão as informações mais importantes sobre o seu seguro: o que está coberto, quanto você pode receber em cada caso, quais documentos são necessários para acionar o seguro e quais situações não têm cobertura.

O objetivo é que você saiba exatamente com o que pode contar, com clareza e sem complicação. Antes das regras do seguro, você encontra as definições dos termos usados neste documento, com uma explicação simples de cada um.

Leia este documento com atenção e guarde-o para consultar sempre que precisar.

Conheça o seu seguro →

MAG SEGUROS

Clique para navegar Clique em qualquer item e vá direto ao assunto que você quer ler.

Índice

1 Comece por aqui 3

1.1 Introdução 3
1.2 Definições 4

2 Sobre o seguro 10

2.1 Objetivo do seguro 10
2.2 Cobertura do seguro 10
2.3 Situações não cobertas: riscos excluídos 16
2.4 Âmbito geográfico da cobertura 18
2.5 Carência 18
2.6 Aceitação do seguro 18

3 Durante o seguro 20

3.1 Vigência do seguro 20
3.2 Renovação do seguro 20
3.3 Capital segurado 21
3.4 Pagamento pelo seguro (prêmio) 22
3.5 Atualização monetária 23
3.6 Aplicabilidade de multa 24
3.7 Condições para manutenção e cancelamento das coberturas 25
3.8 Encerramento do seguro 26
3.9 Perda da garantia do seguro 27

4 Se ocorrer um evento coberto 28

4.1 Acionamento do seguro 28
4.2 Beneficiários 30

5 Disposições gerais 31

5.1 Informações gerais 31
5.2 Foro 32
5.3 Prescrição 32

Tabela de indenização | **O que não está coberto** | **Como acionar o seguro** | **Fale com a MAG**

Dica de leitura: as palavras com sublinhado pontilhado, como capital segurado, levam você direto à definição do termo. Os textos em azul › levam a outra parte do documento. Em todas as páginas, o botão **Voltar ao índice** traz você de volta para cá.

CONDIÇÕES GERAIS

Mongeral Aegon Seguros e Previdência S/A

CNPJ: 33.608.308/0001-73

Seguro de Pessoas Individual – Eventos Aleatórios | **Processo SUSEP nº 15414.658781/2026-89**

1 Comece por aqui

1.1 Introdução

Como funciona o seu seguro?

Este é um seguro de Fraturas e Rupturas. Ele paga uma **indenização** se, por causa de um **acidente pessoal** ocorrido durante o **período de cobertura**, você sofrer uma das fraturas ósseas ou rupturas totais de tendão ou de ligamento listadas na **Tabela para cálculo de indenização ›**.

Para receber a indenização, a cobertura precisa estar ativa, a lesão precisa estar prevista na tabela e a situação não pode estar entre os **riscos excluídos** deste documento.

Veja o caminho, da contratação até o pagamento da indenização:

1. **Contrate o seguro:** Preencha e assine a **proposta de contratação** e a declaração pessoal de saúde. A seguradora poderá pedir documentos para analisar a contratação. **Saiba mais ›**
2. **Aguarde a análise:** A seguradora tem até 25 dias para aceitar ou recusar a proposta. Se não houver recusa nesse prazo, a proposta é aceita automaticamente. **Saiba mais ›**
3. **Faça o pagamento:** A cobertura começa às 0h do dia do pagamento do **prêmio**, depois que a proposta for aceita. **Saiba mais ›**
4. **Mantenha os pagamentos em dia:** Pague o seguro na periodicidade escolhida para manter a cobertura ativa. **Saiba mais ›**
5. **Confira se a situação é coberta:** Se você sofrer uma fratura ou ruptura por acidente, confira a **tabela de indenização ›** e as **situações não cobertas ›**.
6. **Avise a seguradora:** Comunique o **sinistro** e envie os documentos básicos e específicos. **Saiba mais ›**

7 **Receba a indenização:** Com toda a documentação entregue, a seguradora tem até 30 dias para apurar o valor da indenização e realizar o pagamento. A indenização é paga de uma só vez. Saiba mais ›

Lembre-se: em caso de dúvida sobre algum termo, consulte as Definições ›. As palavras com sublinhado pontilhado levam você direto à explicação do termo, e os textos em azul › levam a outra parte deste documento.

1.2 Definições

Para facilitar a leitura, veja o que significam os principais termos usados neste documento:

Acidente pessoal

Acontecimento com data definida, causado exclusiva e diretamente por um fator externo, de forma súbita, involuntária e violenta, que provoque lesão física. Essa lesão, por si só e sem depender de nenhuma outra causa, deve ter como consequência direta a morte, a invalidez permanente (total ou parcial) ou a necessidade de tratamento médico.

Também são acidente pessoal as lesões decorrentes de:

- suicídio, que é equiparado a acidente pessoal para fins de indenização, conforme a legislação em vigor;
- ação da temperatura do ambiente ou influência atmosférica, quando você ficar exposto a elas por causa de um acidente coberto;
- escapamento acidental de gases e vapores;
- sequestro e tentativa de sequestro;
- alterações anatômicas ou funcionais da coluna vertebral, de origem traumática, causadas exclusivamente por fraturas ou luxações comprovadas por exame radiológico.

Não são acidente pessoal:

- **doenças (inclusive as profissionais), qualquer que seja a causa, mesmo que provocadas, desencadeadas ou agravadas, direta ou indiretamente, por acidente. São exceção as infecções, os estados septicêmicos e as embolias resultantes de ferimento visível;**
- **intercorrências ou complicações de exames, tratamentos clínicos ou cirúrgicos, quando não decorrentes de acidente coberto;**
- **lesões decorrentes, dependentes, predispostas ou facilitadas por esforços repetitivos ou microtraumas cumulativos, ou que tenham relação de causa e efeito com eles, 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, e suas consequências pós-tratamento, inclusive cirúrgicas, em qualquer tempo;**
- **situações reconhecidas por instituições oficiais de previdência ou assemelhadas como "invalidez acidentária", quando o evento que causou a lesão não se enquadrar integralmente na caracterização de invalidez por acidente pessoal.**

Apólice

Documento emitido pela seguradora que formaliza a aceitação da cobertura que você solicitou.

Beneficiário

Pessoa física indicada para receber o valor da indenização quando ocorre um sinistro.

Benefício adicional

Valor adicional de capital segurado, pago em caso de fratura exposta e/ou colocação de prótese.

Capital segurado

Valor máximo que a seguradora pagará pela cobertura contratada quando ocorrer um sinistro.

Carregamento

Parte do valor do seguro destinada a cobrir as despesas administrativas e de comercialização.

Certificado individual

Documento emitido para você pela seguradora quando sua proposta é aceita, quando o seguro é renovado ou quando há alteração no valor do capital segurado ou do prêmio.

Coberturas

Obrigações que a seguradora assume com você quando acontece um evento coberto.

Condições contratuais

Conjunto de regras que regem a contratação, incluindo as que constam da proposta de contratação, destas condições gerais, da apólice, do contrato e do certificado individual.

Condições gerais

Conjunto de cláusulas que regem um mesmo plano de seguro e estabelecem os direitos e as obrigações da seguradora, dos segurados e dos beneficiários.

Contrato

Instrumento jurídico firmado entre você e a seguradora que estabelece as particularidades da contratação do plano e define os direitos e as obrigações da seguradora, dos segurados e dos beneficiários.

Distensão ou estiramento de tendão ou ligamento

Lesão de baixo grau, com microlesões nas fibras colágenas ou alongamento excessivo do tendão ou do ligamento, sem evidência de ruptura estrutural significativa e com preservação da continuidade funcional.

Doenças ou lesões preexistentes e suas consequências

Doenças ou lesões, inclusive as congênitas, que você já tinha antes da data de contratação do seguro, caracterizadas por qualquer alteração evidente do seu estado de saúde, que você conhecia na data da contratação e não declarou na proposta de contratação.

Evento coberto

Acontecimento futuro, possível e incerto que pode ser indenizado pelas coberturas previstas nestas condições gerais.

Formulário de aviso de sinistro

Documento usado para comunicar um sinistro à seguradora.

Franquia

Período, em dias, contado a partir da data do evento coberto, durante o qual você não terá direito a receber a indenização.

Fraturas: tipos considerados neste seguro

Fratura completa
O osso se quebra em dois ou mais fragmentos, com separação total das partes fraturadas.

Fratura incompleta ou fissura óssea
Não há separação total das partes do osso.

Fratura exposta
Parte do osso lesionado (o chamado foco da fratura) fica em contato com o meio externo, com perda de continuidade da pele.

Fratura com afundamento
Parte do osso se desloca para dentro da cavidade.

Fratura sem afundamento
O osso não se desloca para dentro da cavidade.

Fratura ou ruptura por estresse
Resulta de um número repetitivo de movimentos em uma determinada região. Pode causar fadiga e desequilíbrio e favorecer a ruptura óssea, de tendões e/ou ligamentos.

Fratura patológica
O osso se quebra em uma área enfraquecida por uma doença, como tumor ósseo, metástase de tumores, osteomielite, doenças do metabolismo ósseo e outras. É causada por um grau de esforço que não provocaria a fratura se a área não estivesse enfraquecida pela doença.

Indenização

Valor que a seguradora deve pagar ao beneficiário quando ocorre um evento coberto contratado.

Início de vigência

Data a partir da qual as coberturas propostas passam a ser garantidas pela seguradora.

Luxação

Separação entre os ossos que formam uma articulação, ou seja, quando um osso sai da sua posição anatômica correta.

Médico assistente

Profissional legalmente habilitado para praticar a medicina. **Não são aceitos como médico assistente você (o segurado), seu cônjuge, seus dependentes ou seus parentes consanguíneos ou por afinidade, mesmo que sejam habilitados a exercer a medicina.**

Nota técnica atuarial

Documento que descreve e equaciona tecnicamente o seguro e que deve ser protocolado na SUSEP antes do início da comercialização.

Órtese

Dispositivo usado para apoiar, estabilizar, imobilizar, proteger, corrigir ou auxiliar a função de uma articulação ou de uma estrutura do corpo já existente, sem substituí-la. Pode ser de uso externo ou implantável, como talas, coletes, joelheiras, placas, parafusos e dispositivos de fixação óssea, entre outros.

Osteoporose

Porosidade no osso causada por perda de massa óssea.

Período de cobertura

Período durante o qual você ou os beneficiários, quando for o caso, têm direito aos capitais segurados contratados.

Prazo de carência

Período, contado a partir do início de vigência do seguro ou do aumento do capital segurado, durante o qual, se ocorrer um sinistro, você ou o beneficiário não terão direito a receber os capitais segurados contratados.

Prêmio

Valor de cada pagamento destinado a custear o seguro.

Prêmio puro

Valor do prêmio pago, sem o carregamento e os impostos.

Proponente

Pessoa interessada em contratar a cobertura.

Proposta de contratação

Documento em que o proponente, pessoa física ou jurídica, declara os elementos essenciais do interesse a ser garantido e do risco, manifesta a intenção de contratar as coberturas e declara ter pleno conhecimento das condições contratuais.

Prótese articular

Dispositivo artificial implantado por cirurgia para substituir, total ou parcialmente, uma articulação natural ou seus componentes, com o objetivo de restaurar ou preservar sua função, mobilidade e estabilidade.

Regime financeiro de repartição simples

Estrutura técnica em que os prêmios pagos por todos os segurados do plano, em um determinado período, devem ser suficientes para pagar as indenizações dos eventos ocorridos nesse mesmo período.

Riscos excluídos

Riscos previstos nas condições gerais que não são cobertos pelo seguro.

Segurado

Pessoa física sobre a qual a seguradora avalia o risco e estabelece o seguro. Neste documento, o segurado é chamado de "você".

Seguradora

Companhia de seguros devidamente constituída e legalmente autorizada a operar no país, que assume os riscos das coberturas contratadas, nos termos destas condições gerais.

Sinistro

Ocorrência do risco coberto durante o período de vigência do plano de seguro.

Vigência da cobertura

Período em que a apólice de seguro está em vigor.

2 Sobre o seguro

2.1 Objetivo do seguro

Para que serve este seguro?

Este seguro paga a você o **capital segurado** contratado quando você sofre um **acidente pessoal** coberto, conforme descrito neste documento, ocorrido durante o **período de cobertura** contratado. Não há pagamento quando o evento decorre de **riscos excluídos**, e devem ser respeitadas as regras destas **condições gerais**.

Este seguro não tem resgate nem devolução de prêmios. Ele funciona no **regime financeiro de repartição simples**: cada **prêmio** pago serve para custear o risco de pagamento das indenizações daquele período. Por isso, não é possível resgatar valores nem receber de volta os prêmios pagos.

2.2 Cobertura do seguro

A cobertura vale para as fraturas ósseas e as rupturas de tendão e/ou de ligamento listadas na tabela abaixo, nas condições descritas em **Objetivo do seguro ›**.

Como o valor é calculado

% da lesão na tabela × **Capital segurado** = **Indenização**

Depois do diagnóstico de um dos eventos cobertos, a seguradora paga a indenização de acordo com os percentuais da Tabela para cálculo de indenização da cobertura, a seguir. **Veja as regras de cálculo ›**

Tabela para cálculo de indenização da cobertura

P Fratura que dá direito ao **benefício adicional por prótese articular ›**, desde que seja completa, em um dos segmentos indicados na tabela de fraturas elegíveis, e resulte na efetiva implantação da prótese.

E Toda fratura coberta pela tabela que também seja **exposta** dá direito ao **benefício adicional por fratura exposta ›**.

Fratura óssea	% de indenização
Cabeça e face	
Fratura completa com afundamento do crânio	**100%**
Fratura completa sem afundamento do crânio	**50%**

Fratura óssea	% de indenização
Fratura completa dos ossos da face	40%
Coluna	
Fratura completa em vértebra cervical (C1 a C7)	100%
Fratura incompleta em vértebra cervical	30%
Fratura completa em vértebra torácica (T1 a T12)	100%
Fratura incompleta em vértebra torácica	30%
Fratura completa em vértebra lombar (L1 a L5)	100%
Fratura incompleta em vértebra lombar	30%
Fratura completa do sacro (S1 a S5)	10%
Fratura completa do cóccix (Co1 a Co4)	10%
Tronco e ombro	
Fratura completa da omoplata (escápula)	40%
Fratura completa da clavícula	30%
Fratura completa do esterno	25%
Fratura incompleta do esterno	15%
Fratura completa da costela	15%
Bacia e quadril	
Fratura completa do ílio	80%
Fratura incompleta do ílio	30%
Fratura completa do púbis	80%
Fratura incompleta do púbis	30%
Fratura completa do ísquio	80%
Fratura incompleta do ísquio	30%
Fratura completa pertrocantérica	50%
Fratura completa subtrocantérica	50%
Fratura completa do acetábulo P	10%

Fratura óssea	% de indenização
Braços	
Fratura completa no úmero P	**40%**
Fratura incompleta no úmero	**20%**
Fratura completa do cúbito (ulna)	**25%**
Fratura incompleta do cúbito (ulna)	**15%**
Fratura completa do rádio P	**25%**
Fratura incompleta do rádio	**15%**
Mãos	
Fratura completa dos ossos do carpo	**15%**
Fratura completa dos ossos do metacarpo	**15%**
Fratura completa de pelo menos 2 dedos (mãos)	**5%**
Pernas	
Fratura completa do fêmur P	**50%**
Fratura incompleta do fêmur	**25%**
Fratura completa da rótula (patela)	**25%**
Fratura incompleta da rótula (patela)	**15%**
Fratura completa na tíbia P	**30%**
Fratura incompleta na tíbia	**15%**
Fratura completa do perônio (fíbula)	**30%**
Fratura incompleta do perônio (fíbula)	**15%**
Fratura completa do maléolo medial	**10%**
Fratura completa do maléolo lateral	**10%**
Pés	
Fratura completa do calcâneo	**15%**
Fratura completa do astrágalo (tálus)	**10%**
Fratura completa de outros ossos do tarso	**15%**
Fratura completa dos ossos do metatarso	**15%**

Fratura óssea	% de indenização
Fratura completa de pelo menos 2 dedos (pés)	5%

Tendão (ruptura total)	% de indenização
Tendões do quadril ver tendões cobertos ›	20%
Tendões do manguito rotador ver tendões cobertos ›	10%
Tendão da cabeça longa do bíceps	10%
Tendão do tríceps	10%
Tendão do quadríceps	10%
Tendão adutor da coxa ver tendões cobertos ›	10%
Tendão calcâneo (Aquiles)	10%
Tendão patelar	10%
Tendão tibial posterior	10%
Tendão flexor superficial dos dedos	5%

Ligamento (ruptura total)	% de indenização
Ligamento cruzado anterior do joelho (LCA)	10%
Ligamento cruzado posterior do joelho (LCP)	10%
Ligamento colateral medial do joelho (LCM)	10%
Ligamento colateral lateral do joelho (LCL)	10%
Ligamentos do cotovelo	5%
Ligamento colateral do rádio	5%

2.2.1 Quais tendões fazem parte de cada grupo

Em três itens da tabela, a cobertura vale para um grupo de tendões:

Tendões do quadril — **20%**

A cobertura é válida quando houver ruptura total de um ou mais destes tendões:

- Glúteo (máximo, médio ou mínimo)
- Iliopsoas
- Piriforme
- Obturador (interno ou externo)
- Gêmeo (superior ou inferior)
- Quadrado femoral

Não há cobertura para tendões não listados.

Voltar à tabela ›

Tendões do manguito rotador do ombro — **10%**

A cobertura é válida quando houver ruptura total de um ou mais destes tendões:

- Supraespinal
- Infraespinal
- Subescapular
- Redondo menor

Não há cobertura para tendões não listados.

Voltar à tabela ›

Tendão adutor da coxa — **10%**

A cobertura é válida quando houver ruptura total de um ou mais destes tendões:

- Adutor longo
- Adutor breve
- Adutor magno
- Grácil
- Pectíneo

Não há cobertura para tendões não listados.

Voltar à tabela ›

2.2.2 Regras para o cálculo da indenização

Várias fraturas no mesmo osso

O valor da indenização não muda conforme a quantidade de fraturas no mesmo osso ou grupo de ossos. Para cada ocorrência, aplica-se o percentual da tabela correspondente à lesão identificada, inclusive quando a descrição exige fratura simultânea de mais de um osso.

Lesões diferentes no mesmo acidente

Se um mesmo acidente causar fraturas em ossos ou grupos de ossos diferentes cobertos, ou rupturas de tendões e/ou ligamentos diferentes cobertos, os percentuais são somados, até o limite de 100% do capital segurado.

A mesma lesão em outro acidente

Um mesmo tipo de fratura ou ruptura pode ser indenizado novamente, desde que resulte de acidentes diferentes.

Há também um limite máximo de indenização a cada período de 12 meses, que inclui os benefícios adicionais. **Veja as regras e um exemplo em Capital segurado ›**

2.2.3 Como a lesão precisa ser comprovada

Para que seja considerada risco coberto, a fratura óssea, a ruptura total de tendão ou a ruptura total de ligamento deve ser determinada por médico habilitado e comprovada pela documentação obrigatória indicada em **Acionamento do seguro ›**.

2.2.4 Benefícios adicionais

Além da indenização da tabela, você tem direito a **benefícios adicionais** em dois casos: fratura exposta e implantação de prótese articular.

⚠ **Importante:** os benefícios adicionais por fratura exposta e por implantação de prótese articular só são devidos quando o evento que deu origem a eles estiver coberto e for indenizável conforme a **tabela ›**. Se não houver direito à indenização pelo evento principal, não há pagamento de benefício adicional.

E **Fratura exposta** **+100%**

Quando uma fratura indenizável pela tabela também for caracterizada como **fratura exposta**, você recebe um benefício adicional equivalente a **100% (cem por cento) do valor da indenização** correspondente a essa fratura.

Voltar à tabela ›

P **Implantação de prótese articular** **+50%**

Quando uma fratura indenizável pela tabela resultar, como consequência direta do acidente, na efetiva implantação de **prótese articular**, você recebe um benefício adicional equivalente a **50% (cinquenta por cento) do valor da indenização** correspondente a essa fratura.

Esse benefício vale exclusivamente para as fraturas abaixo, quando relacionadas à articulação indicada:

Articulação	Fraturas elegíveis
Ombro	**Fratura completa do úmero proximal**
Cotovelo	**Fratura completa do úmero distal** **Fratura completa do rádio proximal**
Joelho	**Fratura completa do fêmur distal** **Fratura completa da tíbia proximal**
Quadril	**Fratura completa do fêmur proximal** **Fratura completa do acetábulo**

- A implantação da prótese deve decorrer diretamente da fratura coberta pelo seguro e ser efetivamente realizada.
- **A indicação médica de prótese, sem a realização do procedimento de implantação, não dá direito ao benefício adicional.**
- O adicional por prótese articular também será devido quando a implantação ocorrer posteriormente ao acidente coberto, desde que realizada em até 6 meses do acidente que originou a fratura.
- Para esta cobertura, prótese articular é o dispositivo implantado por cirurgia com a finalidade de substituir, total ou parcialmente, uma articulação ou suas superfícies articulares.
- **Não são considerados prótese articular: pinos, parafusos, placas, hastes, fios, materiais de fixação óssea, órteses, próteses de membros ou quaisquer outros dispositivos que não tenham como finalidade a substituição da articulação.**

Voltar à tabela ›

Os benefícios adicionais entram no limite de 100% do capital segurado. Veja o exemplo de cálculo em Capital segurado ›

2.3 Situações não cobertas: riscos excluídos

Este seguro não cobre as situações abaixo. Leia esta parte com atenção.

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) da prática, por parte do segurado, dos beneficiários ou pelo representante de um e de outro, de atos ilícitos dolosos ou por culpa grave, equiparável ao dolo, ou atos contrários à lei, inclusive a direção de veículos automotores terrestres, aquáticos, aéreos e similares, sem a devida habilitação legal;

e) de fraturas ósseas ou rupturas de tendões e ligamentos causadas pelos responsáveis em segurados menores de 18 anos ou em segurados maiores civilmente incapazes;

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

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

h) de anomalias do nascimento, independentemente de quando se manifestem, de conhecimento do segurado e não declaradas na proposta de contratação;

i) de 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, independentemente de seu propósito, e desde que este tenha sido devidamente reconhecido como atentatório à ordem pública pela autoridade pública competente.

⊗ **Além dos riscos acima, também são riscos excluídos os seguintes eventos:**

a) todo tipo de fratura de ossos em consequência de osteoporose;

b) fraturas completas ou incompletas e rupturas de tendões e ligamentos ocorridas por estresse de forma geral;

c) fratura ou quebra de dentes;

d) acidentes e suas consequências ocorridos antes da data da contratação do seguro, ainda que sua manifestação ocorra durante a vigência;

e) quaisquer doenças, inclusive profissionais, quaisquer que sejam suas causas, mesmo que provocadas, desencadeadas ou agravadas, direta ou indiretamente, por acidente;

f) intercorrências ou complicações consequentes da realização de exames, tratamentos clínicos, cirúrgicos ou procedimentos odontológicos;

g) lesões decorrentes, dependentes, predispostas ou facilitadas por esforços repetitivos ou microtraumas cumulativos, ou que tenham relação de causa e efeito com eles, assim como lesões classificadas como Lesão por Esforços Repetitivos (LER), Doenças Osteomusculares Relacionadas ao Trabalho (DORT), Lesão por Trauma Continuado (LTC) ou similares que venham a ser aceitas pela classe médico-científica, bem como as suas consequências pós-tratamentos, inclusive cirúrgicos, em qualquer tempo;

h) autolesões, voluntárias e premeditadas, ou sua tentativa;

i) fratura de ossos decorrentes, resultantes ou derivadas de doenças prévias e de conhecimento da pessoa segurada antes do início da cobertura do seguro;

j) luxações ou deslocamentos de qualquer tipo ou natureza;

k) estiramentos, rupturas, entorses ou distensões considerados leves, moderados, parciais, incompletos, grau I ou grau II do tendão e/ou ligamento, e que não caracterizem ruptura total do tendão ou ruptura total do ligamento, conforme **Cobertura do seguro ›**;

l) espessamento do tendão e/ou degeneração do tendão e/ou ligamento;

m) ruptura e/ou lesão e/ou estiramento e/ou distensão de qualquer grau ou nível no músculo;

n) fraturas e rupturas totais ocorridas nas falanges distais das mãos e/ou dos pés;

o) qualquer evento não incluído na lista de condições cobertas ou diagnósticos cobertos;

p) lesões ligamentares, tendinosas ou de cartilagens que não estejam listadas na **Tabela para cálculo de indenização da cobertura ›**;

q) fraturas patológicas de qualquer tipo ou natureza;

r) fratura de nariz, exceto para fraturas de ossos da face ou do crânio que correspondam de forma exata a alguma das linhas da **Tabela para cálculo de indenização da cobertura ›**;

s) eventos que não se incluem no conceito de acidente pessoal, conforme definido nestas condições gerais;

t) amputação.

2.4 Âmbito geográfico da cobertura

Cobertura no mundo todo

As coberturas deste seguro valem para eventos cobertos ocorridos em qualquer parte do mundo.

2.5 Carência

Não há **carência** para os diagnósticos cobertos decorrentes de acidentes pessoais.

A exceção é a tentativa de suicídio, que tem carência de 24 meses.

2.6 Aceitação do seguro

Idade para contratar
16 a 70 anos

Prazo de análise da proposta
até 25 dias

Você pode contratar este seguro a partir dos 16 (dezesseis) e até os 70 (setenta) anos de idade. Para isso, é preciso assinar e preencher completamente a **proposta de contratação** e a declaração pessoal de saúde, e entregar os documentos que a seguradora considerar necessários para analisar os riscos.

Menores de 18 anos ou maiores civilmente incapazes: o seguro deve ser contratado com representação ou assistência dos pais, tutores ou curadores, conforme a legislação vigente. Nesse caso, as obrigações do segurado passam a ser obrigações do seu responsável legal.

Como funciona a análise da proposta

A aceitação do seguro depende da análise do risco. A MAG Seguros tem até 25 (vinte e cinco) dias, contados da data registrada pelo relógio protocolo, para aceitar ou recusar a proposta. Nesse prazo, a seguradora analisa o risco da cobertura contratada.

- Se forem necessários outros documentos ou dados para a análise, o prazo pode ser suspenso. A suspensão termina quando os documentos ou dados solicitados forem protocolados.
- Se a MAG Seguros não recusar a proposta dentro do prazo, ela é aceita automaticamente.

Exclusão de doenças preexistentes: excepcionalmente, quando houver acordo entre você e a MAG Seguros, poderão ser excluídas coberturas para doenças preexistentes específicas e/ou qualquer outra correlacionada, declaradas na declaração pessoal de saúde que integra a proposta de contratação.

Você poderá ser submetido a exames pagos pela seguradora. Com base no seu histórico de saúde, na prática de atividades e/ou profissões de risco e no uso ou não de tabaco, os valores dos prêmios poderão ser agravados na subscrição do seguro.

3 Durante o seguro

3.1 Vigência do seguro

Quando a cobertura começa

O **início de vigência** da cobertura individual é às 0h (zero hora) do dia do pagamento do **prêmio**, desde que a proposta de contratação tenha sido aceita pela seguradora, qualquer que seja a forma de pagamento escolhida.

Pagamento com cartão de crédito: no momento da contratação é feita uma pré-reserva do valor do primeiro prêmio no limite do cartão. Esse valor só é debitado depois que a seguradora aceitar a proposta. A pré-reserva não significa que o pagamento foi feito e, por isso, **não há cobertura durante esse período**. O pagamento do prêmio só é efetivado na data de aceitação da proposta pela seguradora, quando começa a vigência da cobertura.

Prazo de vigência
2 anos

Fim da cobertura
aos 80 anos

O prazo de vigência deste seguro é de 2 (dois) anos. A vigência do seguro consta do certificado e do contrato firmado entre a seguradora e você.

- **Quando você completar 80 (oitenta) anos, a vigência da cobertura será encerrada.**
- O término da vigência da cobertura é às 23h59 (vinte e três horas e cinquenta e nove minutos) da data indicada na apólice para esse fim.

3.2 Renovação do seguro

O seguro pode ser renovado por igual período (2 anos), até a idade máxima de encerramento da cobertura.

1ª renovação: automática

A renovação é feita automaticamente uma única vez, salvo se você ou a seguradora comunicar por escrito que não tem interesse, com aviso prévio de 60 (sessenta) dias.

Demais renovações: com sua autorização

Com exceção da primeira renovação, que pode ser automática, as demais renovações exigem o seu consentimento expresso.

A cada renovação, você recebe um novo **certificado individual**. Veja também a regra sobre a não renovação pela seguradora em **Informações gerais ›**.

3.3 Capital segurado

Para definir o **capital segurado** (ou seja, o valor a ser recebido como benefício deste seguro), considera-se como data do evento a data do acidente que resultou na lesão coberta, devidamente comprovada pela documentação médica e demais documentos exigidos para a análise do evento.

Os percentuais de cada evento coberto estão na **Tabela para cálculo de indenização da cobertura ›**.

Esta cobertura é cumulativa com outras coberturas contratadas para benefícios decorrentes de um mesmo evento. **Contudo, se o mesmo acidente causar a morte da pessoa segurada, não haverá pagamento da indenização prevista nesta cobertura.**

Limite máximo de indenização

100% do capital segurado a cada 12 meses

Você pode receber, no máximo, 100% do capital segurado vigente nesta cobertura a cada período de 12 meses, contado a partir do início da vigência do seguro. Esse limite considera a soma de todas as indenizações devidas no período, incluindo os benefícios adicionais por fratura exposta e por implantação de prótese articular, ainda que decorrentes de um mesmo acidente.

Reintegração do capital segurado

O capital segurado das coberturas deste seguro é reintegrado anualmente, no aniversário da apólice.

A cada 12 meses, o capital segurado é reintegrado ao seu valor original e atualizado monetariamente, independentemente das indenizações já pagas. Se o limite de 100% for atingido antes da reintegração, novos eventos só poderão ser indenizados após o início do próximo período. Se uma nova indenização ultrapassar o capital segurado disponível, seu valor será reduzido para respeitar esse limite.

Benefícios adicionais e o limite do capital

Em caso de fratura coberta que resulte, em decorrência direta do acidente, em **fratura exposta**, há o pagamento de um benefício adicional de 100% (cem por cento) do capital segurado, proporcional ao percentual da(s) fratura(s) exposta(s) na tabela de cálculo para indenização. Nesses casos, o capital segurado é limitado ao pagamento de 100% do capital segurado total previsto para esta cobertura.

Em caso de fratura coberta que resulte, em decorrência direta do acidente, na efetiva implantação de **prótese articular**, é pago um benefício adicional correspondente a 50% (cinquenta por cento) do valor da indenização prevista para cada fratura elegível, conforme o percentual estabelecido na tabela desta cobertura e as regras dispostas em **Benefícios adicionais ›**. Nesses casos, o capital segurado é limitado ao pagamento de 100% do capital segurado total previsto para esta cobertura.

Quando uma mesma fratura coberta gerar direito aos benefícios adicionais por fratura exposta e por implantação de prótese articular, ambos podem ser considerados no cálculo da indenização, observando-se, em qualquer hipótese, o limite máximo do capital segurado.

Exemplo de aplicação do limite do capital segurado

Capital segurado de R$ 100.000,00

Uma pessoa segurada sofre uma Fratura completa do fêmur proximal (percentual de indenização de 50%), caracterizada como exposta e que resulta na implantação de prótese articular de quadril. O cálculo da indenização é:

Fratura coberta (50%)	**R$ 50.000,00**
Adicional por fratura exposta (100%)	**R$ 50.000,00**
Adicional por prótese articular (50%)	**R$ 25.000,00**
Soma dos valores	~~**R$ 125.000,00**~~
Total da indenização	**R$ 100.000,00**

Embora a soma dos valores corresponda a R$ 125.000,00, a indenização total paga é limitada a R$ 100.000,00 (100% do capital segurado), respeitando o limite máximo de 100% do capital segurado vigente para cada período de 12 meses.

3.4 Pagamento pelo seguro (prêmio)

Periodicidade

mensal, trimestral, semestral ou anual

Formas de pagamento

boleto, pix, cartão, débito em conta ou desconto em folha

O **prêmio** é pago mensal, trimestral, semestral ou anualmente, conforme definido na **proposta de contratação**, e sempre antes do período de cobertura correspondente.

Você pode pagar o prêmio por boleto bancário, pix, cartão de crédito, débito em conta corrente ou desconto em folha de pagamento, conforme definido na **proposta de contratação**. Você também pode escolher pagar a primeira parcela do seguro via pix. Nesse caso, o pagamento deve ser efetivado conforme as regras de **Condições para manutenção e cancelamento das coberturas ›**.

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

Servem como comprovante de pagamento do prêmio o débito feito em conta bancária, o recibo de remessa ou de pagamento bancário ou a comprovação do desconto em folha de pagamento.

Qualquer indenização só passa a ser devida depois do pagamento do respectivo prêmio, que deve ser feito até a data estabelecida na proposta de contratação. Se essa data cair em feriado bancário ou fim de semana, o pagamento pode ser feito no primeiro dia útil seguinte, sem suspensão das coberturas.

Não recebeu o boleto?

Se você não receber a ficha de compensação ou outro documento de cobrança, entre em contato com o seu corretor ou com a Central de Relacionamento MAG Seguros para saber como regularizar o pagamento.

Pagamento em atraso

O pagamento em atraso é feito pelo valor do prêmio vencido, acrescido de atualização monetária pela variação positiva acumulada do IPCA/IBGE, calculada na forma da lei, desde a data do vencimento até a data do efetivo pagamento, mais juros de 1% ao mês (um por cento ao mês), proporcionais aos dias de atraso (*pro rata temporis*).

3.5 Atualização monetária

Pagamento por desconto em folha

Os valores do prêmio e dos capitais segurados são atualizados anualmente, no mês de maio, pelo IPCA (Índice de Preços ao Consumidor Amplo) acumulado nos 12 (doze) meses que antecedem o mês de abril.

A primeira atualização considera o IPCA acumulado, proporcional ao número de meses decorridos desde a subscrição.

Demais formas de pagamento

Os valores do prêmio e dos capitais segurados são atualizados anualmente, no mês de aniversário da sua contratação individual do seguro, pelo IPCA acumulado nos 12 (doze) meses que antecedem o mês anterior ao do aniversário da contratação.

Se você escolheu pagar os prêmios anualmente, o capital segurado será atualizado desde a data da última atualização do prêmio até a data do evento gerador, pelo IPCA acumulado, proporcional ao número de meses decorridos desde a última atualização.

Reajuste por mudança de idade

Além da atualização monetária, o valor dos prêmios aumenta periodicamente em razão da mudança de idade do segurado e do consequente aumento do risco, para manter o equilíbrio atuarial, financeiro e econômico do seguro, na forma da lei.

Esse acréscimo é aplicado nas datas previstas nesta cláusula, conforme a forma de pagamento escolhida, de acordo com a tabela abaixo, que mostra o percentual de reajuste de uma faixa etária em relação à imediatamente anterior:

Faixa etária	% de reenquadramento
16 a 25 anos	0,0%
26 a 35 anos	0,0%
36 a 45 anos	0,0%
46 a 55 anos	0,0%
56 a 65 anos	43,1%
66 a 75 anos	88,1%
76 a 80 anos	62,4%

3.6 Aplicabilidade de multa

Se a seguradora atrasar o pagamento da indenização

No caso de acionamento do seguro, se a seguradora ultrapassar o prazo previsto para pagar a indenização devida, o valor será corrigido monetariamente e acrescido de **multa de 2% (dois por cento)** e de juros legais sobre o montante devido, contados a partir da data em que o pagamento deveria ter sido feito, sem prejuízo de eventual responsabilidade por perdas e danos, nos termos da Lei nº 15.040/2024.

3.7 Condições para manutenção e cancelamento das coberturas

Linha do tempo em caso de atraso (pagamento mensal)



Vencimento	**Até 30 dias**	**Após 30 dias**	**Até 60 dias**	**3 parcelas e 60 dias**
prêmio não pago: você é comunicado	período de tolerância: a cobertura continua vigente	coberturas suspensas	prazo máximo para reabilitar a cobertura	cancelamento do seguro

⚠ **Se o prêmio não for pago até o vencimento**, você será comunicado sobre a inadimplência e a cobertura do seguro continuará vigente durante um período de tolerância de 30 dias. **Se, após esse período, o seguro não tiver sido pago, as coberturas ficam suspensas a partir do primeiro dia seguinte ao fim do período de tolerância. Nesse caso, você não terá direito a receber indenização de nenhuma cobertura contratada se ocorrer um sinistro.**

Como reabilitar a cobertura

Você pode reabilitar a cobertura a qualquer momento, no prazo máximo de 60 (sessenta) dias contados do vencimento do primeiro prêmio devido e não pago, pagando o prêmio em atraso. As coberturas são restabelecidas a partir das 24 (vinte e quatro) horas da data em que o pagamento do prêmio for retomado, e a seguradora responde por todos os sinistros ocorridos a partir de então.

- Durante a vigência do contrato, a cobertura pode ser suspensa por até 3 (três) vezes.
- O período em que a cobertura estiver suspensa não conta para o cumprimento da carência. A contagem é retomada quando a cobertura for reabilitada.
- Se o evento gerador ocorrer durante um período de até 30 (trinta) dias de atraso do prêmio, a cobertura permanece vigente e o capital segurado é pago com a dedução do prêmio devido.

Quando o seguro será cancelado por falta de pagamento

Pagamento mensal

A falta de pagamento de 3 (três) parcelas consecutivas, depois de transcorrido o prazo de 60 (sessenta) dias contados do vencimento da primeira parcela devida e não paga, cancela o seguro.

A falta de pagamento de 3 (três) parcelas não consecutivas também cancela o seguro.

Pagamento trimestral, semestral ou anual

O seguro é cancelado depois de transcorrido o prazo de 90 (noventa) dias contados do vencimento de uma parcela de prêmio devida e não paga.

A seguradora avisará formalmente, com pelo menos 10 (dez) dias de antecedência do término do prazo de suspensão, informando a necessidade de pagar o prêmio em atraso para evitar o cancelamento do seguro.

Se o pagamento não for regularizado, o seguro será cancelado conforme os prazos e as condições acima, sem restituição dos prêmios pagos anteriormente e independentemente de interpelação judicial.

Outras situações de cancelamento

- **Cancelamento a seu pedido:** se os prêmios forem pagos trimestral, semestral ou anualmente, você continua coberto pelo período correspondente ao risco ainda a decorrer, de acordo com o prazo do prêmio já pago.
- A seguradora não pode cancelar o seguro durante a vigência alegando alteração da natureza dos riscos.
- O contrato de seguro pode ser rescindido a qualquer tempo por acordo entre as partes, com a sua anuência prévia e expressa.

Primeiro pagamento via pix: se você escolher pagar o primeiro prêmio via pix, o seguro será cancelado se o pagamento não for efetivado em até 13 dias contados da data de aceitação da proposta pela seguradora.

3.8 Encerramento do seguro

A cobertura se encerra ao final do prazo de vigência do seguro, se ele não for renovado, conforme as regras de Vigência do seguro › e Renovação do seguro ›.

Avise sobre o agravamento do risco: você deve comunicar à seguradora, assim que souber, qualquer incidente que possa agravar consideravelmente o risco coberto. A seguradora não usará essa informação para alterar os direitos e deveres previstos nestas condições gerais, inclusive para restringir a cobertura ou cobrar diferença de prêmio.

Respeitado o período correspondente ao prêmio pago, as coberturas também se encerram:

automaticamente com o cancelamento do seguro, em caso de não renovação;

quando você atingir a idade de saída da cobertura (**80 anos ›**); e

em caso de morte do segurado.

3.9 Perda da garantia do seguro

Você deve agir com prudência e não praticar atos que aumentem desnecessariamente o risco coberto. A seguradora poderá avaliar a situação conforme as regras destas condições gerais e da Lei nº 15.040/2024.

Informações verdadeiras e completas

Você deve responder de forma verdadeira e completa a todas as informações pedidas pela seguradora na análise da proposta.

Com intenção (dolo)

Se houver omissão ou informação falsa, incorreta ou inexata feita de forma intencional, você perde o direito à garantia. Nesse caso, será preciso pagar o prêmio devido e ressarcir as despesas da seguradora.

Sem intenção (culpa)

Se a omissão ou a informação falsa, incorreta ou inexata não for intencional, a seguradora paga apenas parte da indenização, descontando dela, proporcionalmente, o prêmio que deveria ter sido pago.

Risco que não pode ser aceito

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

Você deve informar à seguradora qualquer dado relevante que venha a conhecer e que seja essencial para a avaliação correta do risco durante o período de análise da proposta. Essa comunicação não pode ser usada pela seguradora para reduzir direitos, restringir a cobertura ou cobrar prêmio adicional, exceto nos casos previstos nesta cláusula, conforme as regras da Lei nº 15.040/2024.

4 Se ocorrer um evento coberto

4.1 Acionamento do seguro

Em caso de **sinistro** coberto por este seguro, você deve comunicar o sinistro à seguradora e comprovar satisfatoriamente sua ocorrência, entregando os documentos básicos listados abaixo.

Documentos básicos

- cópia da carteira de identidade e do CPF;
- Formulário de Habilitação de Beneficiários, devidamente preenchido;
- cópia do comprovante de residência (contas de concessionárias de serviços públicos, como luz, gás, água, telefone fixo etc.);
- documentos médicos, como prontuários e receitas.

Documentos específicos

Além dos documentos básicos, poderá ser necessário enviar à seguradora documentação específica para cada diagnóstico coberto:

a) **Cópia completa do prontuário médico hospitalar** do hospital em que você foi atendido. Ela deve conter, de forma legível, as informações do paciente, sempre que disponíveis:

- evolução médica diária (no caso de internação);
- evoluções de enfermagem e de outros profissionais assistentes;
- exames realizados, raciocínio médico, hipóteses diagnósticas e diagnóstico definitivo;
- conduta terapêutica, prescrições médicas e descrições cirúrgicas;
- fichas anestésicas, resumo de alta, fichas de atendimento ambulatorial e/ou de atendimento de urgência, folhas de observação médica e boletins médicos.

b) **Ficha médica hospitalar de atendimento emergencial**, com registros clínicos, relatórios de procedimentos, evoluções, prescrições e demais informações necessárias para a análise da emergência médica.

c) **Exames de imagem comprobatórios** (como raio-X, tomografia ou outros exames equivalentes), com imagens nítidas, completas e legíveis, acompanhados do respectivo laudo médico. O laudo deve conter a descrição e a localização da fratura óssea, da ruptura total do tendão ou da ruptura total do ligamento coberto, a data da ocorrência da lesão, o mecanismo de produção e a classificação da lesão, devendo o evento ser caracterizado pelo médico habilitado como agudo, subagudo ou crônico. Devem ser incluídos também resultados, interpretações e relatórios complementares emitidos pelos profissionais responsáveis.

Em caso de acidente automobilístico ou de trabalho

Além dos documentos acima, será necessário enviar:

a) Boletim de Ocorrência Policial que descreva os fatos relacionados ao evento;

b) Carteira Nacional de Habilitação (CNH), quando o segurado for o condutor do veículo no momento do acidente, para comprovar sua habilitação regular;

c) Comunicação de Acidente de Trabalho (CAT), emitida pela empresa, quando se tratar de acidente de trabalho, que comprove o registro formal do evento perante os órgãos competentes;

d) laudo do exame toxicológico e alcoólico, se realizado.

Prazos e análise do evento coberto

Prazo para apurar e pagar a indenização
até 30 dias

Forma de pagamento
pagamento único

Depois que você entregar toda a documentação exigida nesta cláusula, a seguradora terá até 30 (trinta) dias para apurar o valor da indenização e realizar o pagamento do benefício, quando devido.

Em caso de dúvida fundada e justificável, a seguradora pode adotar medidas para esclarecer completamente o sinistro, inclusive pedir outros documentos que considerar necessários para a apuração.

- A contagem do prazo para análise e pagamento da indenização é suspensa a partir da data do pedido dos documentos e volta a correr a partir do dia útil seguinte àquele em que as exigências forem totalmente atendidas.
- Para a regulação do evento coberto, a seguradora pode pedir documentos complementares apenas uma vez, justificando o pedido.
- Nos seguros em que o capital segurado for maior que o equivalente a 500 (quinhentas) vezes o salário mínimo vigente, a seguradora pode pedir documentos complementares duas vezes, justificando o pedido em ambos os casos.

Junta médica

Se houver divergência sobre a causa, a natureza ou a extensão das lesões, a seguradora deverá propor a você, por correspondência escrita, dentro de 15 (quinze) dias contados da data da contestação, a formação de uma junta médica.

A junta médica é formada por 3 (três) membros: um nomeado pela seguradora, outro por você e um terceiro, desempatador, escolhido pelos dois nomeados. Cada parte paga os honorários do médico que indicar. Os honorários do terceiro são pagos em partes iguais pelo(s) beneficiário(s) ou segurado e pela seguradora.

- Todas as despesas para comprovar o sinistro são de sua responsabilidade, exceto os exames pedidos pela seguradora ou as providências determinadas por ela. As providências que a seguradora tomar para esclarecer as circunstâncias do sinistro não significam que ela reconheceu a obrigação de pagar o capital segurado.
- Ao contratar o seguro, você autoriza a perícia médica da seguradora a ter acesso a todos os seus dados clínicos e cirúrgicos, a fazer visita domiciliar ou hospitalar e a pedir e realizar exames. O assunto será tratado de forma confidencial, e os resultados, incluindo laudos dos exames, ficarão disponíveis apenas para você, seu médico e a seguradora.
- As indenizações das coberturas contratadas são pagas de uma só vez (pagamento único).

Se a indenização for paga fora do prazo

A indenização devida e não paga no **prazo previsto para pagamento ›** será atualizada monetariamente, desde a data do evento gerador até a data do efetivo pagamento, pelo índice estabelecido nestas condições gerais (**Atualização monetária ›**).

A atualização é feita com base na variação positiva entre o último índice publicado antes da data do evento e aquele publicado imediatamente antes da data da efetiva liquidação, e o valor está ainda sujeito à multa prevista em **Aplicabilidade de multa ›**.

Nenhuma correção é devida quando o prazo para pagamento for cumprido. Os valores de atualização monetária e juros moratórios são pagos de uma só vez, junto com os demais valores do contrato.

4.2 Beneficiários

Quem recebe a indenização

O beneficiário deste seguro é você, o próprio segurado.

Se você falecer após avisar o sinistro

Se a sua morte ocorrer depois do aviso do sinistro à seguradora, a indenização será paga, exceto nos casos não cobertos ou excluídos, aos seus herdeiros, conforme a ordem de vocação hereditária e a legislação específica.

Na falta de herdeiros

Na falta de herdeiros, serão beneficiários aqueles que provarem que a sua morte os privou dos meios necessários à própria subsistência.

5 Disposições gerais

5.1 Informações gerais

Registro na SUSEP

As condições contratuais deste seguro estão registradas na SUSEP, de acordo com o número de processo indicado na apólice ou proposta, e podem ser consultadas em www.susep.gov.br.

Índice substituto

Se o índice de atualização de valores for extinto ou proibido, a seguradora adotará como índice substituto o IGPM/FGV.

Tributos

Os tributos que incidam ou venham a incidir sobre os prêmios e/ou as indenizações devem ser pagos por quem a legislação específica determinar.

Registro não é recomendação

O registro deste plano na SUSEP não significa que a Autarquia incentive ou recomende a sua comercialização.

Consulta do corretor

Você pode consultar a situação cadastral do seu corretor de seguros no site www.susep.gov.br, usando o número de registro na SUSEP, o nome completo, o CNPJ ou o CPF.

Seguro por prazo determinado

Este seguro é por prazo determinado. A seguradora tem a faculdade de não renovar a cobertura na data do vencimento, sem devolução dos prêmios pagos.

Privacidade e proteção de dados

A Mongeral Aegon Seguros e Previdência S.A. se preocupa com a privacidade e a proteção dos dados pessoais de seus clientes e cumpre todas as legislações aplicáveis, em especial a Lei Federal nº 13.709/2018 (Lei Geral de Proteção de Dados). Para saber mais sobre como seus dados pessoais são tratados pela MAG Seguros, consulte a nossa **Política de Privacidade**.

5.2 Foro

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

Se não houver relação de hipossuficiência entre as partes, será válida a escolha de foro diferente.

5.3 Prescrição

Os prazos prescricionais são aqueles previstos em lei.

Fale com a MAG Seguros

Central de Relacionamento
Capitais e regiões metropolitanas:
4003 3355
Demais localidades: **0800 881 33 55**

SAC (24h)
0800 725 77 30

Na internet
www.mag.com.br
sac@mag.com.br
www.consumidor.gov.br

Ouvidoria
Sua solicitação não foi atendida? Entre em contato com a Ouvidoria:
0800 725 75 50

Mongeral Aegon Seguros e Previdência S.A. • CNPJ 33.608.308/0001-73
Matriz: Travessa Belas Artes, 15 • CEP 20060-000 • Rio de Janeiro – RJ