



3500 e 3501

Vida Toda
CONDIÇÕES GERAIS
DOENÇAS GRAVES
ESSENCIAL E PLUS

MAG

SEGUROS

GRUPO MONGERAL  EGON

CONDIÇÕES GERAIS

1) OBJETIVO DO SEGURO	5
2) DEFINIÇÕES.....	5
3) COBERTURAS DO SEGURO	7
4) SITUAÇÕES NÃO COBERTAS: RISCOS EXCLUÍDOS	17
5) ÂMBITO GEOGRÁFICO DA COBERTURA	20
6) CARÊNCIA	21
7) ACEITAÇÃO DO SEGURO	21
8) VIGÊNCIA E RENOVAÇÃO DO SEGURO	21
9) CAPITAL SEGURADO	22
10) ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA.....	23
11) APLICABILIDADE DE MORA.....	24
12) PAGAMENTO PELO SEGURO (PRÊMIO)	24
13) CONDIÇÕES PARA MANUTENÇÃO E CANCELAMENTO DAS COBERTURAS	25
14) ENCERRAMENTO DA COBERTURA	26
15) PERDA DA GARANTIA NOS CASOS PREVISTOS EM LEI.....	26
16) ACIONAMENTO DO SEGURO	26
17) BENEFICIÁRIOS	29
18) DISPOSIÇÕES GERAIS	30
19) FORO.....	30
20) PRESCRIÇÃO.....	30

SEGURO DE PESSOAS INDIVIDUAL - DOENÇAS GRAVES
PROCESSO SUSEP N° 15414.673738/2025-62

CONDIÇÕES GERAIS

1) OBJETIVO DO SEGURO

Art. 1º. Este seguro tem por objetivo garantir o pagamento, ao segurado, do capital segurado contratado em decorrência do diagnóstico de uma das doenças especificadas e caracterizadas adiante, desde que ocorrido durante o período de cobertura contratado, **exceto se decorrente de riscos excluídos, desde que respeitadas as regras dispostas nestas condições gerais.**

Parágrafo único. Devido à natureza do regime financeiro de repartição simples, este seguro não permite concessão de resgate ou devolução de quaisquer prêmios pagos, uma vez que cada prêmio é destinado a custear o risco de pagamento das indenizações no período.

2) DEFINIÇÕES

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, ou a invalidez permanente, total ou parcial, 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:

- 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
- 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 Osteo-musculares Relacionadas ao Trabalho – DORT, Lesão por Trauma Continuado ou Contínuo – LTC, ou similares que venham a ser aceitas pela classe médico-científica, bem como as suas consequências pós-tratamentos, inclusive cirúrgicos, em qualquer tempo; e
- as situações reconhecidas por instituições oficiais de previdência ou assemelhadas, como “invalidez acidentária”, nas quais o evento causador da lesão não se enquadre integralmente na caracterização de invalidez por acidente pessoal.

- b) **Apólice:** documento emitido pela seguradora formalizando a aceitação da cobertura solicitada pelo segurado;
- c) **Beneficiário:** pessoa física designada para receber o valor da indenização, na hipótese de ocorrência do sinistro;
- d) **Capital Segurado:** valor máximo para a cobertura contratada a ser pago pela sociedade seguradora na ocorrência do sinistro;
- e) **Carregamento:** importância destinada a atender às despesas administrativas e de comercialização;
- f) **Certificado Individual:** documento destinado ao segurado, emitido pela seguradora quando da aceitação do proponente, da renovação do seguro ou da alteração de valores de capital segurado ou prêmio;
- g) **Coberturas:** são as obrigações que a seguradora assume perante o segurado quando da ocorrência de um evento coberto;
- h) **Condições Contratuais:** conjunto de disposições que regem a contratação, incluindo as constantes da proposta de contratação, das condições gerais, da apólice, do contrato, da proposta de adesão e do certificado individual;
- 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) **Contrato:** instrumento jurídico firmado entre o segurado e a sociedade seguradora, que estabelecem as peculiaridades da contratação do plano, e fixam os direitos e obrigações da sociedade seguradora, dos segurados, e dos beneficiários;
- 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 na data da contratação de seguro e não foram declaradas na proposta de adesão;
- l) **Evento Coberto:** é o acontecimento futuro, possível e incerto, passível de ser indenizado pelas coberturas contempladas nestas condições gerais;
- m) **Franquia:** é o período, em dias, contado a partir da data do evento coberto, durante o qual o segurado não terá direito ao recebimento da indenização. **A franquia é deduzida por evento;**
- n) **Formulário de Aviso de Sinistro:** é o documento pelo qual é feita a comunicação de um sinistro à seguradora;
- o) **Indenização:** valor que a seguradora deverá pagar ao beneficiário quando da ocorrência de um evento coberto contratado;
- p) **Início de Vigência:** é a data a partir da qual as coberturas de risco propostas serão garantidas pela sociedade seguradora;
- q) **Médico Assistente:** é o profissional legalmente licenciado para a prática da medicina. **Não serão aceitos como Médico Assistente o próprio segurado, seu cônjuge, seus dependentes, parentes consanguíneos ou afins, mesmo que habilitados a exercer a prática da medicina;**
- r) **Nota Técnica Atuarial:** documento que contém a descrição e o equacionamento técnico do seguro e que deverá ser protocolizado na SUSEP previamente à comercialização;
- s) **Período de Cobertura:** aquele durante o qual o segurado ou os beneficiários, quando for o caso, farão jus aos capitais segurados contratados;
- t) **Prazo de Carência:** período, contado a partir da data de início de vigência do seguro ou do aumento do capital segurado, durante o qual, na ocorrência do sinistro, o beneficiário ou o segurado não terá direito à percepção dos capitais segurados contratados;
- u) **Prêmio:** valor correspondente a cada um dos pagamentos destinados ao custeio do seguro;
- v) **Prêmio Puro:** valor correspondente ao prêmio pago, excluindo-se o carregamento e os impostos;
- w) **Proponente:** o interessado em contratar a cobertura;
- x) **Proposta de Adesão:** documento com declaração dos elementos essenciais do interesse a

ser garantido e do risco, em que o proponente, pessoa física, expressa a intenção de aderir à contratação coletiva, manifestando pleno conhecimento das condições contratuais;

- 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 as coberturas, manifestando pleno conhecimento das condições contratuais;
- z) **Riscos Excluídos:** são aqueles riscos, previstos nas condições gerais, que não serão cobertos pelo seguro;
- aa) **Regime Financeiro de Repartição Simples:** a estrutura técnica em que os prêmios pagos por todos os segurados do plano, em um determinado período, deverão ser suficientes para pagar as indenizações decorrentes dos eventos ocorridos nesse período;
- bb) **Segurado:** pessoa física sobre a qual se procederá a avaliação do risco e se estabelecerá o seguro;
- cc) **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;
- ab) **Sinistro:** a ocorrência do risco coberto, durante o período de vigência do plano de seguro
- ac) **Vigência da Cobertura:** Período no qual a apólice de seguro está em vigor.

3) COBERTURAS DO SEGURO

Art. 3º. Este seguro divide-se em três opções de cobertura para contratação:

- **Doenças Graves Essencial** - cobertura básica com proteção para **câncer (§1º)**;
- **Doenças Graves Plus** - cobertura intermediária com proteção para **25 diagnósticos (§2º)**; e
- **Doenças Graves Multi** - cobertura completa com **43 diagnósticos distribuídos em 4 módulos de proteção (§3º)**;

Este seguro garante o pagamento do capital segurado contratado em caso de diagnóstico positivo de uma das doenças graves descritas abaixo, adquiridas durante o período cobertura e, observado o período de carência, os riscos excluídos e demais disposições previstas nestas condições gerais:

§ 1º. Para fins desta cobertura básica com proteção para **câncer (Doenças Graves Essencial)**, será considerada como doenças graves a seguinte doença:

- a) **Câncer:** doença que se manifesta pela presença de um tumor caracterizado pelo crescimento e multiplicação descontrolados de células, e invasão de tecidos. O diagnóstico deve ser confirmado por um médico especialista e evidenciado por exame histológico conclusivo. A doença também inclui as leucemias e as doenças malignas do sistema linfático, como a Doença de Hodgkin. Classificaremos essa patologia em 3 (três) níveis, sendo eles:

Câncer estágio I:

- Tumores cerebrais benignos;
- Carcinoma in situ;
- Câncer de próstata nos estágios primários (abaixo de B0 pela classificação de Jewett e abaixo de T1c pela classificação TNM);
- Melanoma maligno, quando o grau de invasão de tecido é baixo (com profundidade menor do que 1,5 mm, segundo a classificação Breslow).

Câncer estágio II:

- T1-3 | NX | MX; - T1-3 | NO | MO;
- Estadio I da doença.

Câncer estágio III:

- T4 | N qualquer | M qualquer; - T qualquer | N1 | MO;
- T qualquer | N qualquer | M1;
- A partir do estadio II da doença; - Linfoma não Hodgkin; - Leucemia.

§ 2º. Para fins desta **cobertura intermediária (Doenças Graves Plus)**, além das doenças listadas na cobertura de câncer, também serão consideradas como doenças graves os seguintes diagnósticos:

a) Acidente Vascular Cerebral:

- **Acidente Vascular Cerebral em estágio I:** Considera-se Acidente Vascular Cerebral em estágio Inicial o evento neurológico súbito, de origem vascular, que cursa com déficit neurológico focal documentado, com imagem de pequena lesão isquêmica ou hemorrágica, sem incapacidade funcional significativa ou persistente.

Deve ser evidenciado por exame de imagem (Ressonância magnética ou CT) de lesão cerebral aguda menor que 1,5 cm (ou infarto lacunar único) compatível com isquemia ou hemorragia.

Deve apresentar como manifestações clínicas: Déficit neurológico focal de início súbito, resolvido em até 7 dias, ou persistente por mais de 24 horas, mas com NIHSS ≤ 3 e mRS ≤ 1 na alta hospitalar.

- **Acidente Vascular cerebral em estágio II (Agudo):** Considera-se Acidente Vascular Cerebral em estágio avançado a doença caracterizada por hemorragia subaracnóidea, hemorragia intracerebral e/ou infarto cerebral resultando em dano neurológico permanente (distúrbio da fala, perda de atividades, paralisia). O diagnóstico de acidente vascular cerebral crítico deve ser confirmado por médico especialista e feito por meio de tomografia computadorizada do cérebro ou ressonância magnética. Os sintomas clínicos de déficit neurológico devem ser documentados para auxiliar o diagnóstico.

b) Infarto Agudo do Miocárdio: é a morte do músculo cardíaco como resultado de um fluxo sanguíneo insuficiente para a área comprometida.

- Considera-se **Infarto Agudo do Miocárdio em estágio I** o quadro com elevação de troponina, indicando injúria miocárdica aguda, associada a evidência clínica ou eletrocardiográfica de isquemia, sem necrose extensa ou perda funcional significativa. Devem estar presente todos os seguintes critérios mínimos:

- Biomarcador: Elevação de troponina acima do percentil 99 do limite superior, com variação (delta) entre medidas confirmando injúria aguda, mas sem ultrapassar 3 vezes o limite superior de referência (ex: troponina $\leq 3x$ ULN).
- Evidência de isquemia: Dor torácica ou equivalente isquêmico de início súbito, ou alterações transitórias de ST/T no ECG compatíveis com isquemia, sem formação de onda Q patológica, ou achado de estreitamento coronariano $\geq 50\%$ em um vaso principal em angiografia, sem evidência de oclusão total.
- Função ventricular preservada: Ecocardiograma ou ressonância magnética cardíaca com fração de ejeção $\geq 50\%$; e ausência de áreas fixas de hipocinesia acentuada.

- Considera-se **Infarto Agudo do Miocárdio em estágio II** a apresentação, que deve ser comprovado por médico especialista e basear-se na ocorrência, concomitante, de:

- história de dores torácicas típicas;
- alterações recentes e características de Infarto no eletrocardiograma – ECG (Depressão de onda, ondas T, Q);
- elevação das enzimas cardíacas, troponinas ou outros marcadores bioquímicos de necrose miocárdica (incluindo CK-MB).

c) Doença de Alzheimer: Deterioração da capacidade intelectual ou comportamento anormal, apresentado pelo estado clínico e aos questionários padronizados a respeito da doença de Alzheimer, ou de alterações orgânicas irreversíveis, excluindo neurose e doenças psiquiátricas que resultam na diminuição importante do funcionamento social e que requer supervisão contínua do segurado. O diagnóstico deverá ser confirmado clinicamente por médico especialista.

d) Insuficiência Renal Crônica: Estágio final da doença renal, caracterizada pela perda funcional de ambos os rins, que necessita de diálise peritoneal, hemodiálise e/ou transplante renal. O diagnóstico deve ser comprovado por médico especialista.

e) Perda da Visão: Ocorrência de cegueira legal bilateral decorrente de acidente ou doença. Considera-se como cegueira legal para esta cobertura a acuidade visual igual ou inferior a 20/200 no melhor olho com a melhor correção, e/ou campo visual ou inferior a 20 graus no melhor olho. O diagnóstico deve ser comprovado por médico especialista.

- f) **Perda da Audição:** Perda total e irreversível da audição em ambos os ouvidos. O diagnóstico deve ser comprovado por médico especialista.
- g) **Perda da Fala:** Perda total e irreversível da capacidade de falar decorrente de acidente ou doença. O diagnóstico deve ser comprovado por médico especialista.
- h) **Paralisia de Membros:** Perda total e irreversível da função motora muscular e sensitiva do conjunto de dois ou mais membros (hemiplegia, paraplegia triplegia, tetraplegia) como resultado de acidente ou doença. O diagnóstico deve ser comprovado por médico especialista.
- i) **Parkinson:** Doença degenerativa do sistema nervoso central, lenta e progressiva, caracterizada pela perda de neurônios em uma região específica do cérebro, que produz a diminuição de dopamina, alterando os movimentos chamados extrapiramidais (não voluntários), sendo diagnosticadas alterações motoras, de rigidez e tremores em caráter permanente em pelo menos dois membros.
- j) **Cirurgia de Revascularização do Miocárdio (Bypass):** Realização de cirurgia cardíaca para correção de estreitamento ou oclusão de uma ou mais artérias coronarianas com implante de enxerto vascular (Bypass). Estão cobertos cirurgia cardíaca com esternotomia completa (divisão vertical do osso esterno) e procedimentos minimamente invasivos (esternotomia parcial ou toracotomia). A indicação cirúrgica deve ser feita por médico habilitado e respaldada por achados na coronariografia.
- k) **Cirurgia da Aorta:** Realização de cirurgia para tratamento de estreitamento, obstrução, aneurisma ou dissecação da aorta decorrente de doença. Os procedimentos minimamente invasivos, como a reparação endovascular, estão cobertos nessa definição. A cirurgia deve ser prescrita e realizada por médico cirurgião vascular inscrito em sociedade médica especializada e confirmada por exames de imagem/ou outros indicados para essa finalidade.
- l) **Cirurgia das Valvas Cardíacas:** Realização de cirurgia cardíaca para substituição ou reparo de uma ou mais valvas cardíacas (mitral, tricúspide, aórtica e pulmonar). A definição abrange os seguintes procedimentos com tórax aberto e endovasculares: esternotomia total, esternotomia parcial, toracotomia, cirurgia de Ross, valvoplastia por cateter, implante transcater de prótese valvar aórtica (TAVI). A cirurgia deve ser prescrita e realizada por médico cirurgião cardíaco inscrito em sociedades médicas científicas especializadas e com indicação comprovada por exames cardiológicos de imagem.
- m) **Angioplastia Coronária:** Procedimento cirúrgico invasivo, realizado por via percutânea, destinado ao tratamento de doença arterial coronariana clinicamente significativa, com ou sem implante de stent, indicado para correção de estenose ou obstrução de artéria coronária. Farão jus ao pagamento do capital segurado por Angioplastia Coronária, apenas os casos em que ao menos um dos critérios abaixo seja atendido:
- Procedimento realizado na síndrome coronariana aguda, compreendendo infarto agudo do miocárdio com ou sem supradesnivelamento de ST, ou angina instável, devidamente diagnosticados por médico assistente; ou
 - Procedimento realizado para o tratamento de doença arterial coronariana crônica, desde que haja:
 - estenose igual ou superior a 70% em uma ou mais artérias coronárias principais, ou
 - estenose igual ou superior a 50% em tronco de artéria coronária esquerda, associada a sintomas compatíveis com isquemia miocárdica ou comprovação objetiva de isquemia por método diagnóstico reconhecido; ou
 - Procedimento indicado com base em avaliação funcional invasiva, demonstrando isquemia miocárdica significativa, definida por reserva fracionada de fluxo (FFR) $\leq 0,80$ (ou método funcional equivalente).
- n) **Transplante de Coração:** Procedimento cirúrgico em que a pessoa segurada participa exclusivamente como receptora de um coração, originado de doador humano vivo ou morto. Deve ser demonstrada a perda irreversível da função do órgão que será substituído. A prescrição da cirurgia deverá ser feita e realizada por médico inscrito em sociedade de especialidade e comprovada por exames de imagem e/ou outros indicados para essa finalidade.
- o) **Transplante de Fígado:** Transferência do fígado de um indivíduo (doador) para implantá-lo no Segurado (receptor). A indicação de transplante deve ser feita por médico especialista na doença em questão.

- p) **Transplante de Intestino Delgado:** Transferência do intestino delgado de um indivíduo (doador) para implantá-lo no Segurado (receptor). A indicação de transplante deve ser feita por médico especialista na doença em questão.
- q) **Transplante de Medula Óssea:** Procedimento em que a pessoa segurada participa exclusivamente como receptora de células precursoras da medula óssea originadas de doador humano (transplante alogênico de células-tronco hematopoiéticas). O procedimento deve ser indicado e realizado por médico onco-hematologista com inscrição em sociedade médica especializada e com respaldo em exames de imagem e/ou outros que comprovem a necessidade do procedimento.
- r) **Transplante de Pâncreas:** Transferência do pâncreas de um indivíduo (doador) para implantá-lo no Segurado (receptor). A indicação de transplante deve ser feita por médico especialista na doença em questão.
- s) **Transplante de Pulmão:** Transferência do pulmão de um indivíduo (doador) para implantá-lo no Segurado (receptor). A indicação de transplante deve ser feita por médico especialista na doença em questão.
- t) **Transplante de Rim:** Transferência do rim de um indivíduo (doador) para implantá-lo no Segurado (receptor). A indicação de transplante deve ser feita por médico especialista na doença em questão.
- u) **Transplante de Tecido Composto:** Transferência do tecido composto de um indivíduo (doador) para implantá-lo no Segurado (receptor). A indicação de transplante deve ser feita por médico especialista na doença em questão.
- v) **Transplante de Córnea:** Transferência da córnea de um indivíduo (doador) para implantá-lo no Segurado (receptor). A indicação de transplante deve ser feita por médico especialista na doença em questão.

§ 3º. Para fins da **cobertura completa (Doenças Graves Multi)**, além serão consideradas como doenças graves os seguintes diagnósticos/ procedimentos, segmentados em 4 módulos de proteção:

Módulo I - CÂNCER E MEDULA

- a) **Câncer:** Doença que se manifesta pela presença de um tumor caracterizado pelo crescimento e multiplicação descontrolados de células, e invasão de tecidos. O diagnóstico deve ser confirmado por um médico especialista e evidenciado por exame histológico conclusivo. A doença também inclui as leucemias e as doenças malignas do sistema linfático, como a Doença de Hodgkin. Classificaremos essa patologia em 3 (três) níveis, sendo eles:

Câncer Estágio I:

- Tumores cerebrais benignos;
 - Carcinoma in situ;
- Câncer de próstata nos estágios primários (abaixo de B0 pela classificação de Jewett e abaixo de T1c pela classificação TNM);
- Melanoma maligno, quando o grau de invasão de tecido é baixo (com profundidade menor do que 1,5 mm, segundo a classificação Breslow).

Câncer Estágio II:

- T1-3 | NX | MX; - T1-3 | NO | MO;
- Estadio I da doença.

Câncer Estágio III:

- T4 | N qualquer | M qualquer; - T qualquer | N1 | MO;
- T qualquer | N qualquer | M1;
- A partir do estadio II da doença; - Linfoma não Hodgkin; - Leucemia.

- b) **Anemia Aplástica:** Diagnóstico inequívoco de anemia aplástica, confirmado por médico hematologista e evidenciado pela histologia da medula óssea, que resulte em insuficiência grave da medula óssea, com anemia, neutropenia e trombocitopenia. A doença deve ter sido tratada com transfusão de sangue e com pelo menos um dos seguintes itens:
- Medicamentos estimulantes da medula óssea;
 - Imunossupressores; ou;
 - Transplante de medula óssea.

- c) **Transplante de Medula Óssea:** Procedimento em que a pessoa segurada participa exclusivamente como receptora de células precursoras da medula óssea originadas de doador humano (transplante alogênico de células-tronco hematopoiéticas). O procedimento deve ser indicado e realizado por médico onco-hematologista com inscrição em sociedade médica especializada e com respaldo em exames de imagem e/ou outros que comprovem a necessidade do procedimento.

Módulo II - DOENÇAS CARDIOVASCULARES

a) Acidente Vascular Cerebral Agudo:

- Acidente Vascular Cerebral em Estágio I: Considera-se Acidente Vascular Cerebral em estágio Inicial o evento neurológico súbito, de origem vascular, que cursa com déficit neurológico focal documentado, com imagem de pequena lesão isquêmica ou hemorrágica, sem incapacidade funcional significativa ou persistente. Deve ser evidenciado por exame de imagem (Ressonância magnética ou CT) de lesão cerebral aguda menor que 1,5 cm (ou infarto lacunar único) compatível com isquemia ou hemorragia. Deve apresentar como manifestações clínicas: Déficit neurológico focal de início súbito, resolvido em até 7 dias, ou persistente por mais de 24 horas, mas com NIHSS ≤ 3 e mRS ≤ 1 na alta hospitalar.
- Acidente Vascular cerebral em Estágio II: Considera-se Acidente Vascular Cerebral em estágio avançado a doença caracterizada por hemorragia subaracnóidea, hemorragia intracerebral e/ou infarto cerebral resultando em dano neurológico permanente (distúrbio da fala, perda de atividades, paralisia). O diagnóstico de acidente vascular cerebral crítico deve ser confirmado por médico especialista e feito por meio de tomografia computadorizada do cérebro ou ressonância magnética. Os sintomas clínicos de déficit neurológico devem ser documentados para auxiliar o diagnóstico.

- b) **Cirurgia de Revascularização do Miocárdio (Bypass):** Realização de cirurgia cardíaca para correção de estreitamento ou oclusão de uma ou mais artérias coronarianas com implante de enxerto vascular (Bypass). Estão cobertos cirurgia cardíaca com esternotomia completa (divisão vertical do osso esterno) e procedimentos minimamente invasivos (esternotomia parcial ou toracotomia). A indicação cirúrgica deve ser feita por médico habilitado e respaldada por achados na coronariografia.

- c) **Cirurgia da Aorta:** Realização de cirurgia para tratamento de estreitamento, obstrução, aneurisma ou dissecação da aorta decorrente de doença. Os procedimentos minimamente invasivos, como a reparação endovascular, estão cobertos nessa definição. A cirurgia deve ser prescrita e realizada por médico cirurgião vascular inscrito em sociedade médica especializada e confirmada por exames de imagem/ou outros indicados para essa finalidade.

- d) **Cirurgia das Valvas Cardíacas:** Realização de cirurgia cardíaca para substituição ou reparo de uma ou mais valvas cardíacas (mitral, tricúspide, aórtica e pulmonar). A definição abrange os seguintes procedimentos com tórax aberto e endovasculares: esternotomia total, esternotomia parcial, toracotomia, cirurgia de Ross, valvoplastia por cateter, implante transcater de prótese valvar aórtica (TAVI). A cirurgia deve ser prescrita e realizada por médico cirurgião cardíaco inscrito em sociedades médicas científicas especializadas e com indicação comprovada por exames cardiológicos de imagem.

- e) **Infarto Agudo do Miocárdio:** é a morte do músculo cardíaco como resultado de um fluxo sanguíneo insuficiente para a área comprometida.

- Considera-se **Infarto Agudo do Miocárdio em Estágio I** o quadro com elevação de troponina, indicando injúria miocárdica aguda, associada a evidência clínica ou eletrocardiográfica de isquemia, sem necrose extensa ou perda funcional significativa. Devem estar presente todos os seguintes critérios mínimos:
 - Biomarcador: Elevação de troponina acima do percentil 99 do limite superior, com variação (delta) entre medidas confirmando injúria aguda, mas sem ultrapassar 3 vezes o limite superior de referência (ex: troponina $\leq 3 \times$ ULN).
 - Evidência de isquemia: Dor torácica ou equivalente isquêmico de início súbito, ou alterações transitórias de ST/T no ECG compatíveis com isquemia, sem formação de onda Q patológica, ou achado de estreitamento coronariano $\geq 50\%$ em um vaso principal em angiografia, sem evidência de oclusão total.
 - Função ventricular preservada: Ecocardiograma ou ressonância magnética cardíaca com fração de ejeção $\geq 50\%$; e ausência de áreas fixas de hipocinesia acentuada.

- Considera-se **Infarto Agudo do Miocárdio em Estágio II** a apresentação, que deve ser comprovado por médico especialista e basear-se na ocorrência, concomitante, de:
 - História de dores torácicas típicas;
 - Alterações recentes e características de Infarto no eletrocardiograma – ECG (Depressão de onda, ondas T, Q);
 - Elevação das enzimas cardíacas, troponinas ou outros marcadores bioquímicos de necrose miocárdica (incluindo CK-MB).
- f) Angioplastia Coronária:** procedimento cirúrgico invasivo, realizado por via percutânea, destinado ao tratamento de doença arterial coronariana clinicamente significativa, com ou sem implante de stent, indicado para correção de estenose ou obstrução de artéria coronária. Farão jus ao pagamento do capital segurado por Angioplastia Coronária, apenas os casos em que ao menos um dos critérios abaixo seja atendido:
- Procedimento realizado na síndrome coronariana aguda, compreendendo infarto agudo do miocárdio com ou sem supradesnivelamento de ST, ou angina instável, devidamente diagnosticados por médico assistente; ou
 - Procedimento realizado para o tratamento de doença arterial coronariana crônica, desde que haja:
 - estenose igual ou superior a 70% em uma ou mais artérias coronárias principais, ou
 - estenose igual ou superior a 50% em tronco de artéria coronária esquerda, associada a sintomas compatíveis com isquemia miocárdica ou comprovação objetiva de isquemia por método diagnóstico reconhecido; ou
 - Procedimento indicado com base em avaliação funcional invasiva, demonstrando isquemia miocárdica significativa, definida por reserva fracionada de fluxo (FFR) $\leq 0,80$ (ou método funcional equivalente).
- g) Transplante de Coração:** Procedimento cirúrgico em que a pessoa segurada participa exclusivamente como receptora de um coração, originado de doador humano vivo ou morto. Deve ser demonstrada a perda irreversível da função do órgão que será substituído. A prescrição da cirurgia deverá ser feita e realizada por médico inscrito em sociedade de especialidade e comprovada por exames de imagem e/ou outros indicados para essa finalidade.
- h) Miocardiopatia Dilatada Grave:** Diagnóstico inequívoco de miocardiopatia dilatada, confirmado por médico cardiologista e evidenciado por exames de imagem como ecocardiograma, ressonância magnética cardíaca ou biópsia endomiocárdica, que demonstrem dilatação significativa do ventrículo esquerdo e disfunção sistólica grave, com fração de ejeção reduzida. A condição deve resultar em insuficiência cardíaca congestiva com sintomas como dispneia, fadiga, edema periférico e arritmias.

Módulo III - FALÊNCIA DE ÓRGÃOS E OUTROS

- a) Doença Hepática Grave:** Diagnóstico inequívoco de doença hepática avançada, que deve ter sua gravidade evidenciada por escore mínimo de 7 pontos (classe B ou C) na classificação de Child-Pugh. A pontuação deve ser calculada com base na soma de todas as variáveis a seguir:
- Níveis de bilirrubina total;
 - Níveis de albumina sérica;
 - Gravidade da ascite;
 - INR – Índice Internacional Normalizado (indicador de coagulação sanguínea); e;
 - Encefalopatia hepática.
- O diagnóstico deve ser confirmado por médico hepatologista ou gastroenterologista e apoiado por exames de imagem.
- b) Hepatite Aguda Fulminante:** Diagnóstico inequívoco de hepatite viral fulminante que deve ser confirmado por médico hepatologista ou gastroenterologista e obedecer a todos os seguintes critérios:
- Curso sorológico típico de hepatite viral aguda.
 - Desenvolvimento de encefalopatia hepática.
 - Diminuição do tamanho do fígado.

- Aumento dos níveis de bilirrubina.
 - Distúrbio de coagulação com INR (Índice Internacional Normalizado) maior que 1,5
 - Desenvolvimento de insuficiência hepática em até 7 (sete) dias após o início dos sintomas
 - Ausência de histórico conhecido de doença hepática que possa ter causado o problema anterior
- c) **Pancreatites Crônicas:** Diagnóstico inequívoco de pancreatite crônica grave, confirmado por médico gastroenterologista e apoiado por exames de imagem e laboratoriais (por exemplo: elastase fecal), devendo ser evidenciado por um período mínimo contínuo de 3 (três) meses e atender a todos os itens a seguir:
- Insuficiência pancreática exócrina com perda de peso e esteatorreia;
 - Insuficiência pancreática endócrina com diabetes pancreático; e;
 - Necessidade de reposição oral de enzimas pancreáticas.
- d) **Transplante de Fígado:** Transferência do fígado de um indivíduo (doador) para implantá-lo no Segurado (receptor). A indicação de transplante deve ser feita por médico especialista na doença em questão.
- e) **Transplante de Intestino Delgado:** Transferência do intestino delgado de um indivíduo (doador) para implantá-lo no Segurado (receptor). A indicação de transplante deve ser feita por médico especialista na doença em questão.
- f) **Transplante de Pâncreas:** Transferência do pâncreas de um indivíduo (doador) para implantá-lo no Segurado (receptor). A indicação de transplante deve ser feita por médico especialista na doença em questão.
- g) **Transplante de Pulmão:** Transferência do pulmão de um indivíduo (doador) para implantá-lo no Segurado (receptor). A indicação de transplante deve ser feita por médico especialista na doença em questão.
- h) **Transplante de Rim:** Transferência do rim de um indivíduo (doador) para implantá-lo no Segurado (receptor). A indicação de transplante deve ser feita por médico especialista na doença em questão.
- i) **Transplante de Tecido Composto:** Transferência do tecido composto de um indivíduo (doador) para implantá-lo no Segurado (receptor). A indicação de transplante deve ser feita por médico especialista na doença em questão.
- j) **Transplante de Córnea:** Transferência da córnea de um indivíduo (doador) para implantá-lo no Segurado (receptor). A indicação de transplante deve ser feita por médico especialista na doença em questão.
- k) **Insuficiência Renal Crônica:** Estágio final da doença renal, caracterizada pela perda funcional de ambos os rins, que necessita de diálise peritoneal, hemodiálise e/ou transplante renal. O diagnóstico deve ser comprovado por médico especialista.
- l) **Lúpus Eritematoso Sistêmico:** Doença crônica inflamatória de caráter autoimune, caracterizado por diversos sinais e sintomas, cujos desenvolvimentos dependem do local acometido pelo seu processo inflamatório. Será considerada como a data do evento, o dia do início do diagnóstico.
- m) **D.P.O.C. (Doenças Pulmonares Obstrutivas Crônicas):** Diagnóstico inequívoco de doença pulmonar grave com insuficiência respiratória crônica, que deve obedecer a todos os seguintes critérios:
- VEF1 (Volume Expiratório Forçado no 1º segundo) inferior a 40% do previsto, verificado em duas medições feitas com pelo menos um mês de intervalo;
 - Oxigenoterapia de pelo menos 16 horas por dia durante um período mínimo de 3 (três) meses; e;
 - Redução persistente da pressão parcial de oxigênio (PaO2) para níveis abaixo de 55 mmHg (7,3 kPa) na gasometria arterial, em medidas sem administração de oxigênio.
- n) **Embolia Pulmonar ou Tromboembolismo Pulmonar (TEP):** Bloqueio da artéria pulmonar ou de um de seus ramos. Ocorre quando um coágulo de sangue (trombo ou êmbolo) se desloca de seu local de formação e interrompe o fornecimento sanguíneo arterial dos pulmões. Haverá cobertura para embolia pulmonar ou tromboembolismo pulmonar quando houver redução permanente e moderada da função respiratória comprovada com exames específicos.

- o) Queimaduras Graves:** Queimaduras de terceiro grau, cobrindo ao menos 20% (vinte por cento) da área da superfície do corpo do Segurado. O diagnóstico deverá ser confirmado por um especialista e evidenciado por resultados da carta de Lund Browder ou por um calculador equivalente de áreas corporais queimadas.
- p) Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (SIDA):** Doença infectocontagiosa causada pelo Vírus da Imunodeficiência Humana (também chamado de HIV).
- q) Osteomielite:** Doença infecciosa aguda ou crônica do osso, causada por agentes bacterianos que invadem e destroem o osso.

Módulo IV - DOENÇAS NEUROLÓGICAS

- a) Doença de Alzheimer:** Deterioração da capacidade intelectual ou comportamento anormal, apresentado pelo estado clínico e aos questionários padronizados a respeito da doença de Alzheimer, ou de alterações orgânicas irreversíveis, excluindo neurose e doenças psiquiátricas que resultam na diminuição importante do funcionamento social e que requer supervisão contínua do segurado. O diagnóstico deverá ser confirmado clinicamente por médico especialista.
- b) Parkinson:** Doença degenerativa do sistema nervoso central, lenta e progressiva, caracterizada pela perda de neurônios em uma região específica do cérebro, que produz a diminuição de dopamina, alterando os movimentos chamados extrapiramidais (não voluntários), sendo diagnosticadas alterações motoras, de rigidez e tremores em caráter permanente em pelo menos dois membros.
- c) Coma por Traumatismo Craniano:** Diagnóstico inequívoco de coma, exclusivamente decorrente de traumatismo cranioencefálico causado por acidente pessoal coberto, que se caracteriza por estado de inconsciência em que não há resposta a estímulos externos ou internos e que:
 - Resulta em uma pontuação de 8 ou menos na escala de coma de Glasgow por pelo menos 96 horas.
 - Requer o uso de sistemas de suporte à vida.
 - Resulta em déficit neurológico persistente que pode ser verificado após 30 (trinta) dias ou mais do início do coma.
- d) Tumor Cerebral Benigno:** Diagnóstico inequívoco de neoplasia cerebral benigna (não maligna), localizada dentro da caixa craniana (neurocrânio) e originada em tecido do cérebro, das meninges ou dos nervos cranianos. A neoplasia deve ter sido tratada com pelo menos um dos seguintes procedimentos:
 - Ressecção cirúrgica (total ou parcial).
 - Radiocirurgia estereotáxica.
 - Radioterapia.
 - Caso nenhuma das opções de tratamento citadas tenha sido possível por razões médicas.

Esta garantia só será caracterizada se a neoplasia cerebral benigna causar déficit neurológico permanente, que deve ser documentado por pelo menos 3 (três) meses após a data do diagnóstico. O diagnóstico deve ser confirmado por médico neurologista ou neurocirurgião inscrito em sociedade de especialidade médica e embasado por exames de imagem e/ou outros aplicáveis a essa finalidade.

- e) Esclerose Múltipla:** Doença que acomete o sistema nervoso central, lenta e progressivamente e que promove uma destruição da bainha de mielina que recobre e isola as fibras nervosas. A caracterização da cobertura se dará mediante diagnóstico feito por neurologista e mediante a comprovação da necessidade do auxílio ao Segurado por outra pessoa para realização de atividades cotidianas, incluindo a alimentação e higiene. O segurado deve apresentar anomalias neurológicas por um período contínuo de, pelo menos, 6 (seis) meses ou deve ter tido, no mínimo, 2 (dois) episódios clinicamente bem documentados, com um intervalo mínimo de 1 (um) mês entre eles, ou, ainda, um episódio, clinicamente documentado, com manifestações características no fluído cérebro-espinhal, assim como lesões cerebrais específicas detectadas na ressonância nuclear magnética.

- f) **Paralisia de Membros:** Perda total e irreversível da função motora muscular e sensitiva do conjunto de dois ou mais membros (hemiplegia, paraplegia triplegia, tetraplegia) como resultado de acidente ou doença. O diagnóstico deve ser comprovado por médico especialista.
- g) **Perda de Audição:** Perda total e irreversível da audição em ambos os ouvidos. O diagnóstico deve ser comprovado por médico especialista.
- h) **Perda da Visão:** Ocorrência de cegueira legal bilateral decorrente de acidente ou doença. Considera-se como cegueira legal para esta cobertura a acuidade visual igual ou inferior a 20/200 no melhor olho com a melhor correção, e/ou campo visual ou inferior a 20 graus no melhor olho. O diagnóstico deve ser comprovado por médico especialista.
- i) **Perda da Fala:** Perda total e irreversível da capacidade de falar decorrente de acidente ou doença. O diagnóstico deve ser comprovado por médico especialista.
- j) **Danos Cerebrais Anatômicos:** Conjunto de distúrbios cerebrais envolvendo a perda das funções cerebrais, causado exclusivamente por acidente.
- k) **Doença do Neurônio Motor:** Doença caracterizada por defeito na unidade motora do neurônio que afete ou os músculos ou nervos provocando sequelas neurológicas definitivas. A caracterização da cobertura se dará mediante diagnóstico feito por neurologista.

§ 4º. Ao contratar a cobertura completa (Doenças Graves Multi), o segurado passará por uma análise de risco referente aos quatro módulos de proteção. Essa análise determinará se todos os módulos de proteção poderão ser aceitos pela seguradora. Assim, a depender do resultado da avaliação de risco, com base nas informações e comorbidades declaradas pelo segurado durante o preenchimento da declaração pessoal de saúde, a cobertura poderá ser contratada com 3, 2 ou até mesmo 1 módulo.

§ 5º. Será permitido o pagamento de até 100% do capital segurado para cada módulo de proteção, desde que os acionamentos tenham ocorrido por eventos distintos e que não haja relação entre eles, respeitando o período de carência determinado para os acionamentos. Quando consumido 100% do capital segurado para qualquer módulo de proteção, o mesmo será cancelado, permitindo a manutenção da cobertura nos módulos ativos restantes.

§ 6º. Em caso de acionamento de mais de um módulo simultaneamente, decorrente de um mesmo evento originado por doença, o pagamento será realizado para apenas um dos diagnósticos, que terá o seu módulo cancelado. O módulo a ser indenizado será aquele referente ao diagnóstico coberto originário.

§ 7º. Em caso de acionamento da cobertura em mais de um módulo decorrente de um mesmo evento de causa acidental, o pagamento será realizado para apenas um dos diagnósticos, que terá o seu módulo cancelado. A escolha pelo módulo a ser indenizado ficará a cargo do segurado.

§ 8º. Somente será permitido o pagamento por diferentes diagnósticos no mesmo módulo de proteção quando o diagnóstico permitir pagamento parcial, limitado à 100% do capital segurado contratado.

Art. 4º. Após o diagnóstico de um dos eventos cobertos por este seguro, a seguradora deve pagar uma indenização, de acordo com os percentuais estabelecidos na “Tabela para Cálculo de Indenização em caso de Doenças Graves”, descrita a seguir:

Doenças Graves Essencial

Diagnóstico coberto	% de indenização sob o capital segurado
CÂNCER – ESTÁGIO I	30%
CÂNCER – ESTÁGIO II	50%
CÂNCER – ESTÁGIO III	100%

Doenças Graves Plus

Diagnóstico coberto	% de indenização sob o capital segurado
CÂNCER – ESTÁGIO I	30%
CÂNCER – ESTÁGIO II	50%
CÂNCER – ESTÁGIO III	100%
ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL AGUDO - ESTÁGIO I	25%
ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL AGUDO - ESTÁGIO II	100%
INFARTO AGUDO DO MIOCÁRDIO - ESTÁGIO I	25%
INFARTO AGUDO DO MIOCÁRDIO - ESTÁGIO II	100%
DOENÇA DE ALZHEIMER	100%
INSUFICIÊNCIA RENAL CRÔNICA	100%
PERDA DE VISÃO	100%
PERDA DA AUDIÇÃO	100%
PERDA DA FALA	100%
PARALISIA DE MEMBROS	100%
PARKINSON	100%
CIRURGIA DE REVASCULARIZAÇÃO DO MIOCÁRDIO (BYPASS)	100%
CIRURGIA DA AORTA	100%
CIRURGIA DAS VALVAS CARDÍACAS	100%
ANGIOPLASTIA CORONÁRIA	100%
TRANSPLANTE DE CORAÇÃO	100%
TRANSPLANTE DE FÍGADO	100%
TRANSPLANTE DE INTESTINO DELGADO	100%
TRANSPLANTE DE MEDULA ÓSSEA	100%
TRANSPLANTE DE PÂNCREAS	100%
TRANSPLANTE DE PULMÃO	100%
TRANSPLANTE DE RIM	100%
TRANSPLANTE DE TECIDO COMPOSTO	100%
TRANSPLANTE DE CÓRNEA	100%

Doenças Graves Multi

Diagnóstico coberto	% de indenização sob o capital segurado
Módulo I - Câncer e medula	
CÂNCER – ESTÁGIO I	30%
CÂNCER – ESTÁGIO II	50%
CÂNCER – ESTÁGIO III	100%
ANEMIA APLÁSTICA	100%
TRANSPLANTE DE MEDULA ÓSSEA	100%
Módulo II - Doenças Cardiovasculares	
ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL AGUDO – ESTÁGIO I	25%
ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL AGUDO – ESTÁGIO II	100%
CIRURGIA DE REVASCULARIZAÇÃO DO MIOCÁRDIO (BYPASS)	100%
CIRURGIA DA AORTA	100%
CIRURGIA DAS VALVAS CARDÍACAS	100%
INFARTO AGUDO DO MIOCÁRDIO – ESTÁGIO I	25%
INFARTO AGUDO DO MIOCÁRDIO – ESTÁGIO II	100%
ANGIOPLASTIA CORONÁRIA	100%
TRANSPLANTE DE CORAÇÃO	100%
MIOCARDIOPATIA DILATADA GRAVE	100%

Módulo III - Falência de órgãos e outros	
DOENÇA HEPÁTICA GRAVE	100%
HEPATITE AGUDA FULMINANTE	100%
PANCREATITE CRÔNICA	100%
TRANSPLANTE DE FÍGADO	100%
TRANSPLANTE DE INTESTINO DELGADO	100%
TRANSPLANTE DE PÂNCREAS	100%
TRANSPLANTE DE PULMÃO	100%
TRANSPLANTE DE RIM	100%
TRANSPLANTE DE TECIDO COMPOSTO	100%
TRANSPLANTE DE CÓRNEA	100%
INSUFICIÊNCIA RENAL CRÔNICA	100%
LÚPUS ERITEMATOSO SISTÊMICO	100%
DOENÇA PULMONAR OBSTRUTIVA CRÔNICA (D.P.O.C.)	100%
EMBOLIA PULMONAR OU TROMBOEMBOLISMO PULMONAR (TEP)	100%
QUEIMADURAS GRAVES (3º GRAU)	100%
SÍNDROME DA IMUNODEFICIÊNCIA ADQUIRIDA (SIDA)	100%
OSTEOMIELOITE	100%
Módulo IV - Doenças Neurológicas	
DOENÇA DE ALZHEIMER	100%
PARKINSON	100%
COMA POR TRAUMATISMO CRÂNIO-ENCEFÁLICO	100%
TUMOR CEREBRAL BENIGNO	100%
ESCLEROSE MÚLTIPLA	100%
PARALISIA DE MEMBROS	100%
PERDA DE AUDIÇÃO	100%
PERDA DA VISÃO	100%
PERDA DA FALA	100%
DANOS CEREBRAIS ANATÔMICOS	100%
DOENÇA DO NEURÔNIO MOTOR	100%

4) SITUAÇÕES NÃO COBERTAS: RISCOS EXCLUÍDOS

Art. 5º. Estão expressamente excluídos de todas as coberturas deste seguro os eventos ocorridos em consequência:

- 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;
- 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;
- de doenças preexistentes à contratação do seguro de conhecimento do segurado e não declaradas na proposta de adesão;
- 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;
- de acidentes ocorridos em consequência direta ou indireta de furacões, ciclones, terremotos, maremotos, erupções vulcânicas e outros fenômenos da natureza de caráter extraordinário;
- epidemias e/ou pandemias declaradas por órgão competente;
- anomalias do nascimento, independentemente de quando se manifestem de conhecimento do segurado e não declaradas na proposta de adesão.

Art. 6º. Além dos riscos mencionados acima, consideram-se também como Riscos Excluídos os seguintes eventos:

I – Câncer:

- a) Qualquer tumor e/ou lesão descrita histologicamente como pré-maligna;
- b) Qualquer tumor maligno na presença de qualquer vírus da imunodeficiência humana;
- c) Câncer existente antes do início da vigência da cobertura;
- d) Qualquer câncer de pele que não seja melanoma maligno.

II – Acidente Vascular Cerebral Agudo:

Em estágio I:

- a) AIT sem imagem de lesão (sintomas transitórios com RM normal);
- b) Doenças desmielinizantes, encefalopatia hipertensiva, ou causas não vasculares;
- c) Eventos iatrogênicos pós-procedimentos.

Em estágio II:

- a) ataque Isquêmico Transitório e deficiências neurológicas isquêmicas;
- b) hemorragia cerebral causada por acidentes;
- c) hemorragia cerebral causada por cirurgia do cérebro;
- d) obstrução da artéria oftálmica resultando em dano neurológico;
- e) sintomas neurológicos provocados por enxaquecas.

III – Infarto Agudo do Miocárdio:

Em estágio I:

- a) Injúria miocárdica secundária (por sepse, taquiarritmia, insuficiência renal, embolia pulmonar etc.);
- b) Miocardite ou causas não isquêmicas.

Em estágio II:

- a) angina do peito incluindo angina estável e instável;
- b) angina decúbito;
- c) infarto do miocárdio sem elevação do segmento ST no ECG com elevação da troponina “I” ou “T”;
- d) outras síndromes coronarianas agudas;

IV – Angioplastia Coronária:

- a) angioplastias realizadas de forma eletiva sem evidências clínicas ou funcionais de isquemia miocárdica.

V - Doença de Alzheimer:

- a) eventos ocorridos em consequência direta ou indireta de e/ou relacionados a outros tipos de demência.

VI – Insuficiência Renal Crônica:

- a) Insuficiência Renal Aguda e/ou Insuficiência Renal Crônica que não necessite de diálise peritoneal, hemodiálise e/ou transplante renal.

VII – Perda da Visão:

- a) Eventos ocorridos em consequência direta ou indireta de e/ou relacionados a:
 - doenças oftalmológicas ou neurológicas, agudas ou crônicas, preexistentes à contratação do seguro e que acarretem redução progressiva da acuidade visual;
 - cegueira de origem central (sistema nervoso central).

VIII – Perda da Audição:

- a) eventos ocorridos em consequência direta ou indireta de e/ou relacionados a:
 - surdez decorrente de Perda Auditiva Induzida por Ruído Ocupacional (PAIRO);
 - doenças otorrinolaringológicas ou neurológicas, agudas ou crônicas, preexistentes à contratação do seguro e que acarretem redução progressiva da audição.

IX – Perda da Fala:

- a) eventos ocorridos em consequência direta ou indireta de e/ou relacionados a:
 - mudança de tom, na produção e na qualidade da voz (disfonia, rouquidão);
 - perdas temporárias da voz decorrente de acidente ou doença.

X – Paralisia de Membros:

- a) eventos ocorridos em consequência direta ou indireta de e/ou relacionados a:
 - qualquer forma de paralisia temporária e/ou transitória;
 - paralisia provocada por Síndrome de Guillain-Barré;
 - a perda parcial das funções motoras e sensitivas (paresias).

XI – Parkinson:

- a) eventos ocorridos em consequência direta ou indireta de e/ou relacionados a:
 - Doença ou Mal de Parkinson decorrente de uso crônico de medicamentos;
 - Doenças neurológicas, agudas ou crônicas, que acarretem quadro clínico semelhante a Doença ou Mal de Parkinson;
 - Doença ou Mal de Parkinson de intoxicação por manganês, derivados de petróleo e de inseticidas;
 - Doença ou Mal de Parkinson decorrente de trauma craniano repetitivo.

XII – Coma por Traumatismo Craniano:

- a) eventos ocorridos em consequência direta ou indireta de e/ou relacionados a:
 - Coma induzido;
 - Qualquer coma decorrente de ferimentos autoinfligidos, uso de álcool ou drogas/ medicamentos;
 - Qualquer coma não decorrente de traumatismo cranioencefálico causado por acidente pessoal coberto.

XIII – Danos Cerebrais Anatômicos:

- a) eventos ocorridos em consequência direta ou indireta de e/ou relacionados a:
 - Todos os danos cerebrais causados por doenças orgânicas e psicossomáticas e todos os danos cerebrais anatômicos anteriores a contratação desta apólice de seguro;
 - Danos anatômicos decorrentes de doenças cerebrovasculares, de doenças neoplásicas e de qualquer moléstia adquirida pelo indivíduo que não seja de causa traumática.

XIV – Doenças Hepáticas Graves:

- a) eventos ocorridos em consequência direta ou indireta de e/ou relacionados a Doença hepática grave secundária ao uso de álcool ou drogas e/ou medicamentos (incluindo hepatites B e C adquiridas pelo uso de drogas e/ou medicamentos intravenosos).

XV – Pancreatite Crônica:

- a) eventos ocorridos em consequência direta ou indireta de e/ou relacionados a:
 - Pancreatite crônica devido ao uso de álcool ou drogas/ medicamentos;
 - Pancreatite aguda.

XVI – Esclerose Múltipla:

- a) eventos ocorridos em consequência direta ou indireta de e/ou relacionados a doença na fase inicial ou que esteja em remissão (sem sintomas).

XVII – Osteomielite:

- a) eventos ocorridos em consequência direta ou indireta de e/ou relacionados a Osteomielite diagnosticada antes a contratação do seguro, bem como as osteomielites ocorridas dentro da vigência da apólice decorrentes de doenças preexistentes à contratação.

XVIII – Queimaduras Graves:

- a) eventos ocorridos em consequência direta ou indireta de e/ou relacionados a queimaduras decorrentes de autoagressão.

XIX – Transplante de Órgãos:

- a) qualquer autotransplante, demais órgãos ou células, exceto os cobertos citados na descrição da cobertura.

XIX – Cirurgia de Revascularização do Miocárdio (Bypass)

- a) Angioplastia coronariana ou implante de stent.

XX – Cirurgia da Aorta

- a) Cirurgia de qualquer ramo da aorta torácica ou abdominal, inclusive enxertos de bypass aorto-femoral e aorto-ilíaco;
- b) Cirurgia da aorta relacionada com doenças hereditárias do tecido conjuntivo (por exemplo: síndrome de Marfan, síndrome de Ehlers-Danlos).
- c) Cirurgia após lesão traumática da aorta decorrente de acidente pessoal.

XXI – Cirurgia das Valvas Cardíacas

- a) Clipagem da valva mitral transcater.

XXII – Miocardiopatia Dilatada Grave

- a) Outros tipos de miocardiopatia, tais como: miocardiopatia hipertensiva, entre outros

XXIII – Lúpus Eritematoso Sistêmico

- a) Outras doenças auto-imunes;
- b) Outros tipos de lúpus.

XXIV – Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (SIDA)

- a) Portadores do HIV que não desenvolveram a Síndrome da Imunodeficiência Adquirida;
- b) Portadores do HIV positivo sem doenças oportunistas relacionadas.

XXV – Tumor Cerebral Benigno

- a) Diagnóstico ou tratamento de qualquer cisto, granuloma, hamartoma ou malformação vascular (arterial ou venosa);
- b) Neoplasias da glândula hipófise.

Art. 7º. Não estão cobertos danos e perdas causados direta ou indiretamente por ato terrorista, cabendo à seguradora comprovar com documentação hábil, acompanhada de laudo circunstanciado que caracterize a natureza do atentado, independentemente de seu propósito, e desde que este tenha sido devidamente reconhecido como atentatório à ordem pública pela autoridade pública competente.

5) ÂMBITO GEOGRÁFICO DA COBERTURA

Art. 8º. As coberturas do seguro previstas nestas condições aplicam-se para eventos cobertos ocorridos em qualquer parte do globo terrestre.

6) CARÊNCIA

Art. 9º. Não há carência para diagnósticos cobertos decorrentes de acidentes pessoais ou doenças, exceto no caso de tentativa de suicídio, que têm carência de 24 meses.

§ 1º. Na contratação da cobertura completa, Doenças Graves Multi, quando disponível a possibilidade de mais de um pagamento de indenização, haverá carência de 90 (noventa) dias entre acionamentos, contados a partir da data do evento coberto indenizado, respeitando o disposto no Art. 3 destas condições gerais.

§ 2º. Na contratação da cobertura completa, Doenças Graves Multi, para os diagnósticos que preveem pagamento parcial, a progressão de estágio, agravamento ou evolução clínica de um mesmo diagnóstico será considerada como continuidade do evento originalmente coberto, não havendo prazos de carência.

7) ACEITAÇÃO DO SEGURO

Art. 10º. Este seguro poderá ser contratado com idade mínima de 14 (quatorze) e máxima de 70 (setenta) anos, mediante a assinatura e o preenchimento completo da proposta de contratação e da declaração pessoal de saúde, bem como a entrega dos documentos que a seguradora julgar necessários para análise dos riscos seguráveis.

§ 1º. Seguros contratados por menores de 18 (dezoito) anos de idade deverão contar com representação ou assistência pelos pais, tutores ou curadores, observada a legislação vigente. As obrigações previstas para o segurado neste caso serão obrigações do seu responsável legal.

§ 2º. A aceitação do seguro estará sujeita à análise do risco e a MAG Seguros tem o prazo de até 25 (vinte e cinco) dias, contados da data que vier a ser registrada pelo relógio protocolo, para manifestar-se em relação à aceitação ou recusa desta proposta. Neste prazo a seguradora analisará o risco da cobertura contratada e quando necessária a requisição de outros documentos ou dados para análise do risco, esse prazo poderá ser suspenso. A eventual suspensão citada terminará quando forem protocolados os documentos ou dados solicitados complementarmente para análise do risco. Caso não haja manifestação de recusa desta proposta pela MAG Seguros no prazo antes referido, a aceitação da proposta se dará automaticamente.

§ 3º. Excepcionalmente, quando 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) correlacionada(s), declaradas na declaração pessoal de saúde que integra a proposta de contratação.

§ 4º. 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.

8) VIGÊNCIA E RENOVAÇÃO DO SEGURO

Art. 11º. 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.

Art. 12º. O prazo de vigência deste seguro é de 5 anos, podendo ser renovável por igual período, limitado à idade máxima de encerramento da cobertura.

§ 1º. Será disponibilizado novo certificado individual aos segurados em cada uma das renovações do seguro.

§ 2º. Com exceção da primeira renovação, a qual poderá ser feita de forma automática, nas demais é obrigatório o consentimento expresso.

§ 3º. No caso de renovação do seguro, não haverá reintegração do capital segurado previamente utilizado.

Art. 13º. A vigência do seguro constará no certificado e do contrato firmado entre seguradora e segurado, sendo renovada automaticamente, uma única vez, salvo se qualquer uma das partes, mediante aviso prévio de 60 (sessenta) dias, comunicar por escrito o desinteresse pela mesma.

§ 1º. Quando o segurado completar 80 (oitenta) anos, será encerrada a vigência da cobertura.

§ 2º. O término da vigência da cobertura será às 23h59 (vinte e três horas e cinquenta e nove minutos) da data para tal fim indicada na apólice.

9) CAPITAL SEGURADO

Art. 14º. Para efeito de determinação do capital segurado, ou seja, o valor a ser recebido como benefício deste seguro, será considerada como data do evento a data indicada como primeiro diagnóstico pelo médico assistente em laudo médico ou exame complementar específico.

§1º. O capital segurado das coberturas deste seguro não será reintegrado após a ocorrência de cada sinistro.

§2º. Para a cobertura **Doenças Graves Essencial**, será permitido pagamento parcial para os diagnósticos de Câncer em diferentes estágios. **Esta cobertura está limitada ao recebimento de 100% do capital segurado, dividido em único ou múltiplo acionamento, conforme exemplo a seguir:**

§3º. Por exemplo, uma vez diagnosticado com um câncer estágio I, o segurado receberá 30% sobre o capital segurado e restará 70% do capital segurado para os futuros eventos. Da mesma forma, uma vez que o câncer evolua para um câncer estágio II, o segurado receberá mais 50% do capital segurado adicionalmente aos 30% do capital segurado já recebido no diagnóstico do câncer estágio I, restando 20% do capital segurado para os futuros eventos. Por outro lado, uma vez que o primeiro diagnóstico seja de um câncer estágio II, o segurado recebe 50% do capital segurado, restando mais 50% do capital segurado para os futuros eventos. Da mesma forma, se o primeiro diagnóstico for de um câncer estágio III ou qualquer outro evento coberto, o segurado recebe 100% do capital segurado e a cobertura do segurado é encerrada.

§4º. Para a cobertura **Doenças Graves Plus**, será permitido pagamento parcial para os diagnósticos de Câncer, Infarto Agudo do Miocárdio e Acidente Vascular Cerebral em diferentes estágios. **Esta cobertura está limitada ao recebimento de 100% do capital segurado, dividido em único ou múltiplo acionamento, conforme exemplo a seguir:**

§5º. Para a cobertura **Doenças Graves Plus**, além da regra apresentada no inciso § 2º. para, o capital segurado poderá ser consumido em diferentes percentuais também para os diagnósticos de Infarto Agudo do Miocárdio e Acidente Vascular Cerebral. Por exemplo, uma vez diagnosticado com Infarto Agudo do Miocárdio em estágio I, o segurado receberá 25% do capital segurado e restará 75% do capital segurado para os futuros diagnósticos dentro da listagem de diagnósticos cobertos. Uma vez recebido 100% do capital segurado, a cobertura do segurado é encerrada.

§6º. Para a cobertura **Doenças Graves Multi**, será permitido pagamento parcial para os diagnósticos de Câncer, Infarto Agudo do Miocárdio e Acidente Vascular Cerebral. **Esta cobertura está limitada ao recebimento de 100% do capital segurado para cada módulo de proteção contratado, desde que tenham ocorrido por eventos distintos e que não haja relação entre eles, conforme exemplo a seguir:**

§7º. Para a cobertura **Doenças Graves Multi**, além da regra apresentada no inciso § 2º., válida para o módulo de Câncer, o capital segurado poderá ser consumido em diferentes percentuais dentro do mesmo módulo, para os diagnósticos de Infarto Agudo do Miocárdio e Acidente Vascular Cerebral. Por exemplo, uma vez diagnosticado com Infarto Agudo do Miocárdio em estágio I, o segurado receberá 25% do capital segurado e restará 75% do capital segurado para os futuros diagnósticos dentro do mesmo módulo de proteção. Uma vez consumido 100% do capital segurado, o módulo de proteção será cancelado. Os demais módulos não terão o capital segurado afetado e, se estiverem ativos, permitirão pagamento parcial ou integral, a depender do novo diagnóstico decorrente de evento distinto.

§8º. As tabelas com os respectivos percentuais de cada diagnóstico está descrita no Art. 4º dessas Condições Gerais.

§9º. Este seguro é cumulativo com outras coberturas contratadas, para benefícios solicitados decorrentes do mesmo evento.

10) ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA

Art. 15º. Nos casos de pagamento por desconto em folha, os valores do prêmio e dos capitais segurados serão atualizados anualmente, no mês de maio, pelo IPCA (Índice de Preços ao Consumidor Amplo) acumulado nos 12 (doze) 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. 16º. Nos demais casos, onde o pagamento não se der por desconto em folha, os valores do prêmio e dos capitais segurados serão atualizados anualmente, no mês de aniversário da contratação individual do seguro por cada segurado, 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. 17º. Caso o segurado tenha optado pela periodicidade anual do pagamento dos prêmios, o capital segurado será atualizado desde a data da última atualização do prêmio até a data de ocorrência do evento gerador, observado o IPCA (Índice de Preços ao Consumidor Amplo) acumulado, proporcional ao número de meses decorridos desde a última atualização.

Art. 18º. Além da atualização monetária, o valor dos prêmios sofrerá acréscimo periodicamente em decorrência da mudança de idade do segurado e consequente aumento de risco, com a finalidade de manter o equilíbrio atuarial, financeiro e econômico do seguro, na forma da lei.

Parágrafo único. O acréscimo, em decorrência da mudança de idade, será realizado nas datas previstas nesta cláusula, conforme a forma de pagamento escolhida pelo segurado, de acordo com a tabela abaixo, onde constam os percentuais de reajuste de uma faixa etária para a imediatamente anterior:

Idade	% de reajuste			Idade	% de reajuste		
	Essencial	Plus	Multi		Essencial	Plus	Multi
14	0,0%	0,0%	0,0%	48	6,4%	8,7%	7,0%
15	0,0%	0,0%	0,0%	49	7,9%	8,0%	7,0%
16	0,0%	0,0%	0,0%	50	7,9%	7,4%	6,1%
17	0,0%	0,0%	0,0%	51	7,9%	6,9%	7,0%
18	0,0%	0,0%	0,0%	52	7,9%	6,4%	5,7%
19	0,0%	0,0%	0,0%	53	7,9%	6,1%	5,1%
20	0,0%	0,0%	0,0%	54	7,5%	5,7%	6,4%
21	0,5%	0,5%	2,9%	55	7,5%	5,4%	5,6%
22	0,5%	0,5%	9,5%	56	7,5%	11,0%	13,7%
23	0,5%	0,5%	6,1%	57	7,5%	9,9%	11,4%
24	0,5%	0,5%	4,9%	58	7,5%	9,0%	10,3%
25	0,5%	6,9%	10,2%	59	5,6%	8,3%	9,8%
26	0,5%	10,4%	7,1%	60	5,6%	7,6%	8,5%
27	0,5%	9,4%	4,6%	61	5,6%	7,1%	7,8%
28	0,5%	8,6%	10,8%	62	5,6%	6,6%	7,6%
29	6,7%	7,9%	5,7%	63	5,6%	6,2%	6,7%
30	6,7%	7,3%	7,6%	64	4,3%	5,8%	6,3%
31	6,7%	6,8%	5,0%	65	4,3%	5,5%	5,9%
32	6,7%	6,4%	8,1%	66	4,3%	7,8%	8,3%
33	6,7%	6,0%	3,1%	67	4,3%	7,2%	7,4%

34	5,2%	5,7%	7,3%	68	4,3%	6,7%	7,1%
35	5,2%	5,4%	4,0%	69	3,2%	6,3%	6,4%
36	5,2%	8,6%	10,4%	70	3,2%	5,9%	6,2%
37	5,2%	7,9%	10,5%	71	3,2%	5,6%	5,7%
38	5,2%	7,3%	10,7%	72	3,2%	5,3%	5,6%
39	9,5%	6,8%	7,7%	73	3,2%	5,0%	5,1%
40	9,5%	6,4%	7,9%	74	2,6%	4,8%	5,0%
41	9,5%	6,0%	6,6%	75	2,6%	4,6%	4,6%
42	9,5%	5,7%	6,2%	76	2,6%	13,4%	16,2%
43	9,5%	5,4%	8,0%	77	2,6%	6,6%	7,2%
44	6,4%	5,1%	5,4%	78	2,6%	6,7%	7,3%
45	6,4%	4,8%	5,1%	79	2,6%	6,7%	7,2%
46	6,4%	10,5%	8,9%	80	2,6%	6,7%	7,4%
47	6,4%	9,5%	9,3%				

11) APLICABILIDADE DE MORA

Art. 19º. No caso de acionamento do seguro, se a seguradora ultrapassar o prazo previsto para fazer o pagamento da indenização devida, o valor será acrescido de juros de mora de 2% ao mês sobre o montante devido, corrigido monetariamente, contados a partir do primeiro dia após o fim desse prazo.

Parágrafo único. Este plano não aplica multa, apenas juros de mora.

12) PAGAMENTO PELO SEGURO (PRÊMIO)

Art. 20º. Os prêmios serão pagos mensalmente, trimestralmente, semestralmente ou anualmente, de acordo com o estabelecido na proposta de adesão, e sempre antecipadamente ao período de cobertura.

§ 1º. Os prêmios poderão ser pagos pelo segurado, em boleto bancário, pix, cartão de crédito, débito em conta corrente ou desconto em folha de pagamento, conforme definido na proposta de contratação.

§ 2º. O segurado também poderá optar pelo pagamento da primeira parcela do seguro via pix. Neste caso, a efetivação deverá ocorrer conforme descrito na cláusula condições para manutenção e cancelamento das coberturas deste documento.

§ 3º. Quando a forma de cobrança do prêmio for o desconto em folha, o empregador, salvo nos casos de cancelamento da apólice, somente poderá interromper o recolhimento em caso de perda do vínculo empregatício ou mediante o pedido do segurado por escrito.

§ 4º. Servirão de comprovante de pagamento de prêmios o débito efetuado em conta bancária, o recibo de remessa ou de pagamento bancário, ou ainda, a comprovação do desconto em folha de pagamento.

Art. 21º. **Qualquer indenização somente passa a ser devida depois do pagamento do respectivo prêmio, que deve ser realizado até a data estabelecida na proposta de adesão.** No entanto, caso esta data corresponda a um feriado bancário ou fim de semana, o pagamento poderá ser efetuado no primeiro dia útil subsequente, sem que haja suspensão das coberturas.

§ 1º. 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.

§ 2º. 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 juros de 1% a.m. (um por cento ao mês), pro rata temporis.

13) CONDIÇÕES PARA MANUTENÇÃO E CANCELAMENTO DAS COBERTURAS

Art. 22º. Em caso de não pagamento do prêmio até a data de vencimento, o segurado será comunicado sobre a inadimplência e a cobertura do seguro permanecerá vigente durante um período de tolerância de 30 dias. Se após o período de tolerância o seguro não tiver sido quitado, as coberturas deste seguro estarão suspensas a partir do primeiro dia posterior ao fim do período de tolerância, ficando o segurado ou o beneficiário sem direito a receber indenização referente a qualquer cobertura contratada no caso de ocorrência do sinistro.

§ 1º. O segurado poderá ter a cobertura reabilitada a qualquer momento, no prazo máximo de 60 (sessenta) dias a contar da data de vencimento do primeiro prêmio devido e não pago, mediante quitação do prêmio do risco em atraso e, as coberturas serão restabelecidas a partir das 24 (vinte e quatro) horas da data em que for retomado o pagamento do prêmio, respondendo a seguradora, nesta hipótese, por todos os sinistros ocorridos a partir de então.

§ 2º. Durante a vigência do contrato, a cobertura somente poderá ser suspensão por 3 (três) vezes.

§ 3º. O período em que a cobertura estiver suspensa não será considerado para efeito de cumprimento do período de carência, sendo retomada a contagem deste no momento da reabilitação da cobertura. No caso da ocorrência do evento gerador durante período de até 60 (sessenta) dias de atraso do prêmio, a cobertura permanecerá vigente, sendo o capital segurado pago mediante dedução do prêmio devido.

Art. 23º. No caso do prêmio pago mensalmente, a falta de pagamento de 3 (três) parcelas, consecutivas e, depois de transcorrido o prazo de 60 (sessenta) dias, a contar da data de vencimento da primeira parcela de prêmio devida e não paga, acarretará o cancelamento do seguro, não produzindo efeitos, direitos ou obrigações, desde a data de inadimplência, não cabendo qualquer restituição de prêmios anteriormente pagos, independente de notificação e/ou interpelação judicial ou extrajudicial.

§ 1º. Para os prêmios pagos trimestralmente, semestralmente ou anualmente, o cancelamento do seguro ocorrerá depois de transcorrido o prazo de 90 (noventa) dias, a contar da data do vencimento de uma parcela de prêmio devida e não paga, não produzindo efeitos, direitos ou obrigações, desde a data de inadimplência, não cabendo qualquer restituição de prêmios anteriormente pagos, independente de notificação e/ou interpelação judicial ou extrajudicial.

§ 2º. A falta de pagamento de 3 (três) parcelas não consecutivas, para a periodicidade de pagamento mensal, também acarretará o cancelamento do seguro, não cabendo qualquer restituição de prêmios anteriormente pagos, independente de notificação e/ou interpelação judicial ou extrajudicial.

§ 3º. A seguradora notificará o segurado de forma clara e comprovável, com antecedência de pelo menos 10 (dez) dias antes do término do prazo de suspensão, através de correspondência ao mesmo, advertindo-o quanto à necessidade de quitação do prêmio em atraso, sob pena de cancelamento do seguro.

Art. 24º. No caso de pedido de cancelamento do plano de seguro cujos prêmios foram pagos trimestralmente, semestralmente ou anualmente, o segurado permanecerá coberto pelo período correspondente ao risco ainda a decorrer, em função do prazo a que se refere o prêmio já pago.

Art. 25º. O seguro não poderá ser cancelado durante a vigência pela sociedade seguradora sob a alegação de alteração da natureza dos riscos.

Art. 26º. O contrato de seguro pode ser rescindido a qualquer tempo mediante acordo entre as partes contratantes, com a anuência prévia e expressa do segurado.

Art. 27º. Caso o segurado tenha optado em realizar o pagamento do primeiro prêmio via pix, o seguro será cancelado se não houver a efetivação do mesmo no prazo de 13 dias contados da data do aceite pela Seguradora.

14) ENCERRAMENTO DA COBERTURA

Art. 28º. A cobertura se encerra ao final do prazo de vigência do seguro cobertura, se esta não for renovada, observado o disposto na cláusula Vigência e Renovação do seguro destas condições gerais.

Art. 29º. 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. 30º. Respeitando o período correspondente ao prêmio pago, as coberturas do segurado se encerram, ainda:

- a) Automaticamente com o cancelamento do seguro, em caso de não renovação;
- b) Para as coberturas Doenças Graves Essencial e Doenças Graves Plus: com o recebimento integral do capital segurado contratado;
- c) Para a cobertura Doenças Graves Multi: com o recebimento integral do capital segurado de todos os módulos contratados;
- d) Quando o segurado alcançar a idade de saída da cobertura; e
- e) com a morte do segurado.

15) PERDA DA GARANTIA NOS CASOS PREVISTOS EM LEI

Art. 31º. 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. 32º. 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 15.040.

16) ACIONAMENTO DO SEGURO

Art. 33º. Em caso de sinistro coberto por este seguro, o segurado deverá comunicar o sinistro à seguradora e provar satisfatoriamente sua ocorrência, através da entrega dos documentos básicos listados abaixo:

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

Além dos documentos citados acima, poderá ser necessário o envio à seguradora de documentação específica para cada diagnóstico coberto:

I – Câncer:

- a) laudo médico com diagnóstico do câncer, firmado por médico oncologista, contendo o carimbo com o CRM do médico assistente, com expressa indicação médica da necessidade de tratamento cirúrgico, quimioterapia e/ou radioterapia, data do primeiro diagnóstico e o tipo histológico; e
- b) cópia autenticada do resultado da biópsia ou outro exame complementar que evidenciou a doença maligna.

II – Acidente Vascular Cerebral:

- a) laudo médico, firmado por médico neurologista, diagnosticando o acidente vascular cerebral isquêmico ou hemorrágico, com destruição do tecido cerebral causada por trombose, hemorragia ou embolia de origem extracraniana, indicando a sequela decorrente; e
- b) exame de imagem apropriado de tomografia computadorizada ou ressonância nuclear magnética.

III – Infarto Agudo do Miocárdio:

- a) laudo médico, firmado por médico cardiologista;
- b) cópia dos exames de enzimas cardíacas;
- c) laudo de cateterismos cardíaco; e
- d) eletrocardiogramas recentes.

IV – Doença de Alzheimer:

- a) laudo do neurologista, firmado por médico de especialidade neurológica, informando a data do diagnóstico da doença, condição atual do segurado e se o mesmo já possui indicação para o termo de curatela; e
- b) exame de imagem apropriado de tomografia computadorizada ou ressonância nuclear magnética.

V – Insuficiência Renal Crônica:

- a) laudo do nefrologista assistente comprovando a realização do tratamento dialítico regular, a data do seu início ou a inclusão no cadastro de transplante renal.

VI – Perda da Visão:

- a) laudo do oftalmologista assistente informando a acuidade visual do(a) segurado(a) com a melhor correção possível e a medida do campo visual (campimetria).

VII – Perda da Audição:

- a) laudo do otorrinolaringologista assistente comprovando a surdez total e bilateral, acompanhado de laudo de audiometria ratificando a mesma. Informar a data da caracterização da irreversibilidade no quadro.

VIII – Perda da Fala:

- a) laudo do otorrinolaringologista assistente comprovando a perda total e irreversível da fala e informando sua etiologia e a data da sua caracterização.

IX – Transplante de Órgãos:

- a) laudo do médico assistente comprovando a falência do órgão a ser transplantado, a data da sua caracterização e a inclusão no cadastro de receptor do transplante.

X – Paralisia de Membros:

- a) laudo do neurologista assistente comprovando a plegia de dois ou mais membros, sua etiologia e a data da sua caracterização.

XI – Doença de Parkinson:

- a) laudo do neurologista ou geriatra firmado por médico de especialidade neurológica ou geriatria, informando a data do diagnóstico da doença, condição atual do segurado; e
- b) Cópia do laudo do exame de imagem apropriado de tomografia computadorizada ou ressonância nuclear magnética.

XII – Queimaduras Graves:

- a) laudo médico ou documento do hospital informando o diagnóstico, confirmando o grau de lesão, o percentual da área corporal atingida e a condição atual do segurado e prognóstico.

XIII – Coma por Traumatismo Craniano:

- a) laudo médico, firmado por médico neurologista ou intensivista, confirmando o diagnóstico de coma profundo, a data do traumatismo craniano, e o prognóstico.

XIV – D.P.O.C. (Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica):

- a) laudo do médico pneumologista, informando a data do diagnóstico da doença, condição atual do segurado e prognóstico;
- b) laudo do raio X de tórax (PA e perfil) recente;
- c) laudo de tomografia computadorizada ou ressonância nuclear magnética do pulmão;
- d) cópia do resultado do Eritrograma (sangue); e
- e) cópia da Prova de Função Pulmonar (espirometria).

XV – Doenças Hepáticas Graves:

- a) laudo do médico clínico geral ou de gastroenterologia, informando a data do diagnóstico da doença, condição atual do segurado, e prognóstico;
- b) Cópia dos Exames de sangue (hemograma completo, TGO, TGP, Alanina transaminases, Albumina e Fosfatase alcalina; e
- c) Cópia dos exames Bilirrubina total e frações, Gama-glutamil transpeptidase, Desidrogenase láctica, 5'-nucleotidase, Sorologia viral e Medição de TP/INR).

XVI – Pancreatites Crônicas:

- a) laudo do médico clínico geral ou de gastroenterologia, informando a data do diagnóstico da doença, condição atual do segurado, e prognóstico; e
- b) Cópia dos laudos do Raios X simples do abdome, e do TC do abdome, e exames de sangue (amilase, lipase, hemoglobina glicosilada, glicemia, lipídios, aminotransferase (TGP/ALT e TGO/AST), fosfatase alcalina, gama-GT e Bilirrubina total, direta e indireta).

XVII – Esclerose Múltipla:

- a) laudo do neurologista ou do clínico geral comprovando a etiologia e a data da sua caracterização, e prognóstico; e
- b) Cópia do laudo da Ressonância magnética do cérebro.

XVIII – Doença do Neurônio Motor:

- a) laudo do neurologista comprovando a etiologia e a data da sua caracterização, e prognóstico; e
- b) Cópia dos laudos da ressonância magnética do cérebro, e de exames de eletromiografia.

XIX – Anemia Aplástica:

- a) laudo do hematologista comprovando a etiologia, a data da sua caracterização, e prognóstico; e
- b) Hemograma completo, coagulograma, cópia do laudo de biópsia de medula óssea.

XX – Danos Cerebrais Anatômicos:

- a) Cópias dos exames de imagem (Tomografia Computadorizada ou Ressonância Magnética mostrando as alterações anatômicas cerebrais).

XXI – Osteomielite:

- a) Cópias dos exames de radiografia, tomografia ou ressonância mostrando lesão óssea compatível com osteomielite;
- b) Biópsia de fragmento ósseo e cultura mostrando a presença de bactérias.

Art. 34º. A partir da entrega de toda a documentação exigível, listada nesta cláusula, por parte do segurado, a seguradora terá o prazo de até 30 (trinta) dias para liquidação do sinistro.

Art. 35º. 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.

§ 1º. A contagem do prazo para análise e pagamento da indenização 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.

§ 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.

§ 4º. 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.

§ 5º. 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.

Art. 36º. Todas as despesas com a comprovação do sinistro correm por conta do segurado, com exceção dos exames solicitados pela seguradora, ou de providências determinadas pela mesma. As providências que a seguradora tomar, visando esclarecer as circunstâncias do sinistro, não constituem ato de reconhecimento da obrigação de pagamento do capital segurado.

Art. 37º. O segurado, ao contratar o seguro, autoriza a perícia médica da seguradora a ter acesso a todos os seus dados clínicos e cirúrgicos, empreender visita domiciliar ou hospitalar e requerer e proceder a exames. O assunto será tratado como de natureza confidencial e os resultados apurados, incluindo-se laudos dos exames, estarão disponíveis apenas para o segurado, seu médico e a seguradora.

Art. 38º. Para fins deste seguro, as indenizações referentes às coberturas contratadas serão pagas sob a forma de pagamento único.

Art. 39º. A indenização devida e não paga, no prazo disposto para liquidação do sinistro, será atualizada monetariamente da data do evento gerador até a data do efetivo pagamento pelo índice estabelecido nessas condições gerais.

§ 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 item aplicabilidade de mora.

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

§ 3º. O pagamento de valores relativos à atualização monetária e juros moratórios ocorrerá de uma só vez, juntamente com os demais valores do contrato.

17) BENEFICIÁRIOS

Art. 40º. O beneficiário será o próprio segurado.

Parágrafo Único: Caso ocorra a morte do segurado após o aviso do sinistro à seguradora, a indenização será paga aos herdeiros do segurado, obedecida à ordem de vocação hereditária, sendo, ainda observado 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.

18) DISPOSIÇÕES GERAIS

- Art. 41º.** 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. 42º.** No caso de extinção ou vedação do índice de atualização de valores, a seguradora adotará como índice substitutivo o IGPM/FGV.
- Art. 43º.** O pagamento dos tributos que incidam ou venham a incidir sobre os prêmios e/ou indenizações deverá ser efetuado por quem a legislação específica determinar.
- Art. 44º.** O registro deste plano na SUSEP não implica, por parte da Autarquia, incentivo ou recomendação a sua comercialização.
- Art. 45º.** 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. 46º.** Este seguro é por prazo determinado, tendo a seguradora à faculdade de não renovar a cobertura na data do vencimento, sem a devolução dos prêmios pagos.
- Art. 47º.** A Mongeral Aegon Seguros e Previdência S.A. se preocupa com a privacidade e a proteção dos dados pessoais de seus clientes, cumprindo todas as legislações aplicáveis, em especial, a Lei Federal nº 13.709/2018 (Lei Geral de Proteção de Dados). Caso o titular dos dados pessoais tenha interesse em obter mais informações sobre como os seus dados serão tratados pela MAG Seguros, ele poderá consultar nossa Política de Privacidade, disponível em <https://mag.com.br/atendimento/ajuda/politica-de-privacidade>.

19) FORO

- Art. 48º.** As questões judiciais, entre o segurado ou beneficiário e a sociedade 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.

20) PRESCRIÇÃO

- Art. 49º.** Os prazos prescricionais são aqueles previstos em lei.

MAG

SEGUROS

GRUPO MONGERAL AEGON

Mongeral Aegon Seguros e Previdência S.A ■ CNPJ 33.608.308/0001-73

Central de Relacionamento MAG Seguros - Capitais e Regiões Metropolitanas - 4003 3355 • Demais Localidades - 0800 881 33 55 SAC (24h) - 0800 725 77 30 • www.mag.com.br • sac@mag.com.br • www.consumidor.gov.br • Mongeral Aegon Seguros e Previdência S.A. CNPJ 33.608.308/0001-73 • Matriz: Travessa Belas Artes, 15 • CEP 20060-000 • Rio de Janeiro RJ
Sua solicitação não foi atendida? Entre em contato com a Ouvidoria - 0800 725 75 50

mag.com.br

 facebook.com/MAGSEGUROS

 [@mongeralaegon](https://twitter.com/mongeralaegon)