



3503

**Vida Toda
CONDIÇÕES GERAIS
DOENÇAS GRAVES
PROTEÇÃO INFANTIL**

MAG
SEGUROS

GRUPO MONGERAL AEGON

ÍNDICE

CONDIÇÕES GERAIS

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

SEGURO DE PESSOAS INDIVIDUAL - DOENÇAS GRAVES
PROCESSO SUSEP N° 15414.673733/2025-30

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 accidental 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;
- ab) **Segurado:** pessoa física sobre a qual se procederá a avaliação do risco e se estabelecerá o seguro;
- ac) **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;
- ad) **Sinistro:** a ocorrência do risco coberto, durante o período de vigência do plano de seguro
- ae) **Vigência da cobertura:** Período no qual a apólice de seguro está em vigor.

3) COBERTURAS DO SEGURO

Art. 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, serão consideradas como doenças graves os seguintes diagnósticos:

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:

I. Câncer estágio I:

- Tumores cerebrais benignos;
- Carcinoma in situ;
- Câncer de próstata nos estágios primários (abaixo de T0 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).

II. Câncer estágio II:

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

III. 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) **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.

- c) **Anemia Aplástica:** Diagnóstico inequívoco de anemia aplásica, 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.
- 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) **Cirurgia da aorta:** Realização de cirurgia para tratamento de estreitamento, obstrução, aneurisma ou dissecção 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.
- f) **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 transcateter 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.
- 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) **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.
- i) **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.
- j) **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.
- k) **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.
- l) **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.
- m) **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.
- n) **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.
- o) **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.
- p) **Paralisia ou perda de membros:** Perda total, completa e irreversível da função motora de dois ou mais membros, exclusivamente decorrente doença que afete a medula espinhal ou o encéfalo.

Por total, entende-se força muscular grau 0 (ausência de contração muscular) ou grau 1 (discreta contratilidade, sem movimento da articulação), conforme classificação de força muscular do MRC – Medical Research Council. Por completa, entende-se que a paralisia motora deve afetar todo o membro (superior ou inferior) e não apenas parte deste. Por irreversível, entende-se que não é esperada recuperação relevante da paralisia motora com qualquer tratamento, sendo necessária demonstração de sua persistência por um período mínimo de 90 dias após a data do diagnóstico. Nesta definição também estão cobertas as perdas anatômicas resultantes de amputação cirúrgica ao nível do punho ou mais proximal, e de amputação cirúrgica ao nível do tornozelo ou mais proximal, desde que sejam exclusivamente decorrentes de doença. O diagnóstico, a sequela e a indicação cirúrgica devem ser confirmados por médico neurologista ou ortopedista e embasados por exames de imagem e estudos de condução nervosa.

- q) Epilepsia grave:** Diagnóstico inequívoco de epilepsia, confirmado por médico neurologista ou epileptologista, evidenciado por histórico clínico e exames complementares como eletroencefalograma (EEG) e neuroimagem. Considera-se grave quando há crises epilépticas recorrentes, de difícil controle, que persistem apesar do uso adequado de pelo menos dois medicamentos antiepilepticos em monoterapia ou associação, ou quando há indicação de cirurgia para epilepsia refratária. A condição deve impactar significativamente a qualidade de vida, podendo incluir crises tônico-clônicas frequentes, estado epiléptico, ou comprometimento cognitivo e funcional.
- r) Perda total da Visão:** Ocorrência de cegueira legal bilateral decorrente de 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.
- s) Perda total da Audição:** Perda total e irreversível da audição em ambos os ouvidos. O diagnóstico deve ser comprovado por médico especialista.
- t) Perda total da Fala:** Perda total e irreversível da capacidade de falar decorrente de doença. O diagnóstico deve ser comprovado por médico especialista.
- u) Artrite Idiopática Juvenil sistêmica grave:** Diagnóstico definitivo e inequívoco de artrite idiopática juvenil sistêmica que resulte em todas as seguintes situações:
 - Cirurgia para substituição de articulação comprometida por prótese e manifestações extra-articulares típicas.O diagnóstico e a cirurgia devem ser confirmados por médicos reumatologista e ortopedista.
- v) Doença de Kawasaki:** Diagnóstico inequívoco de doença de Kawasaki com dilatação aneurismática em uma ou mais artérias coronárias. O aneurisma deve ter no mínimo 8 (oito) mm de diâmetro e estar presente por pelo menos 180 dias após o diagnóstico. O diagnóstico e o aneurisma coronariano devem ser confirmados por médico cardiologista ou cirurgião cardíaco e demonstrado por exames complementares apropriados (ecocardiograma, angiorressonância coronariana, angiotomografia etc.), em conformidade com o preconizado pelas sociedades médicas científicas especializadas.
- w) 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.
- x) Distrofia Muscular:** Trata-se de um grupo de doenças genéticas caracterizadas por fraqueza muscular progressiva e degeneração das fibras musculares. Considera-se grave quando há perda funcional significativa, necessidade de cadeira de rodas, comprometimento respiratório ou cardíaco, e dependência de cuidados contínuos. Os tipos mais comuns incluem Duchenne, Becker, facioescapuloumural e miotônica. O diagnóstico deve ser confirmado por neurologista, evidenciado por exames genéticos, dosagem de enzimas musculares e/ou biópsia muscular.
- y) Diabetes tipo I:** Doença autoimune que destrói as células beta pancreáticas, levando à dependência de insulinoterapia desde o diagnóstico. Considera-se grave quando há episódios de cetoacidose diabética, hipoglicemias graves, ou complicações microvasculares (retinopatia, nefropatia, neuropatia). O diagnóstico deve ser confirmado por médico endocrinologista, evidenciado por hiperglycemia persistente, presença de autoanticorpos (anti-GAD, anti-IA2), e deficiência absoluta de insulina.

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 COBERTAS	% de indenização sob o capital segurado
CÂNCER – ESTÁGIO I	30%
CÂNCER – ESTÁGIO II	50%
CÂNCER – ESTÁGIO III	100%
TUMOR CEREBRAL BENIGNO	100%
ANEMIA APLÁSTICA	100%
INSUFICIÊNCIA RENAL CRÔNICA	100%
CIRURGIA DA AORTA	100%
CIRURGIA DAS VALVAS CARDÍACAS	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%
PARALISIA OU PERDA DE MEMBROS	100%
EPILEPSIA GRAVE	100%
PERDA TOTAL DA VISÃO	100%
PERDA TOTAL DA AUDIÇÃO	100%
PERDA TOTAL DA FALA	100%
ARTRITE IDIOPÁTICA JUVENIL SISTêmICA GRAVE	100%
DOENÇA DE KAWASAKI	100%
LÚPUS ERITEMATOSO SISTêmICO	100%
DISTROFIA MUSCULAR	100%
DIABETES TIPO I	100%

§ 2º. O valor integral do prêmio continuará a ser cobrado pela seguradora até que o segurado receba 100% do capital segurado.

§ 3º. Havendo dois ou mais diagnósticos em um mesmo evento coberto no artigo acima, a soma dos percentuais correspondentes não pode exceder 100%.

4) SITUAÇÕES NÃO COBERTAS: RISCOS EXCLUÍDOS

Art. 5º. 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 de seu responsável e não declaradas na proposta de adesão;

- d. 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 acidentes ocorridos em consequência direta ou indireta de furacões, ciclones, terremotos, maremotos, erupções vulcânicas e outros fenômenos da natureza de caráter extraordinário;
- f. epidemias e/ou pandemias declaradas por órgão competente;
- g. 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 – Insuficiência Renal Crônica:

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

III – Perda da Visão:

- f) eventos ocorridos em consequência direta ou indireta de e/ou relacionados a:
 - i. doenças oftalmológicas ou neurológicas, agudas ou crônicas, preexistentes à contratação do seguro e que acarretem redução progressiva da acuidade visual;
 - ii. cegueira de origem central (sistema nervoso central);
 - i. qualquer cegueira ocorrida por causas accidentais; e
 - ii. qualquer cegueira ocorrida por doenças infecciosas.

IV – Perda da Audição:

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

V – Perda da Fala:

- h) eventos ocorridos em consequência direta ou indireta de e/ou relacionados a:
 - i. mudança de tom, na produção e na qualidade da voz (disfonia, rouquidão);
 - ii. perdas temporárias da voz decorrente de acidente ou doença.
 - iii. qualquer perda da fala ocorrida por causas accidentais; e
 - iv. qualquer perda da fala ocorrida por doenças infecciosas.

VI – Paralisia de Membros:

- i) eventos ocorridos em consequência direta ou indireta de e/ou relacionados a:
 - i. qualquer forma de paralisia temporária e/ou transitória;
 - ii. paralisia provocada por Síndrome de Guillain-Barré;
 - iii. a perda parcial das funções motoras e sensitivas (paresias);
 - iv. qualquer paralisia ocorrida por causas accidentais; e
 - v. qualquer paralisia ocorrida por doenças infecciosas.

VII – Transplante de Órgãos:

bb) qualquer autotransplante, demais órgãos ou células, exceto os cobertos citados na alínea “a” do § 3º do art. 3º.

XX – Cirurgia da Aorta

Bd) Cirurgia de qualquer ramo da aorta torácica ou abdominal, inclusive enxertos de bypass aorto-femoral e aorto-ilíaco;

Be) Cirurgia da aorta relacionada com doenças hereditárias do tecido conjuntivo (por exemplo: síndrome de Marfan, síndrome de Ehlers-Danlos).

Bf) Cirurgia após lesão traumática da aorta decorrente de acidente pessoal.

XXI – Cirurgia das valvas cardíacas

Bg) Clipagem da valva mitral transcateter.

XXV – Tumor cerebral benigno

Bm) Diagnóstico ou tratamento de qualquer cisto, granuloma, hamartoma ou malformação vascular (arterial ou venosa)

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

5) ÂMBITO GEOGRÁFICO DA COBERTURA

Art. 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 suicídio ou tentativa, que têm carência de 24 meses.

7) ACEITAÇÃO DO SEGURO

Art. 10. Este seguro poderá ser contratado com idade mínima de 2 (dois) e máxima de 13 (treze) anos, mediante a assinatura e o preenchimento completo da proposta de adesão e da declaração pessoal de saúde realizados pelo responsável legal, bem como a entrega dos documentos que a seguradora julgar necessários para análise dos riscos seguráveis.

§ 1º. A contratação deste seguro deverá 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. 11. O início de vigência da cobertura 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. 12. 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. A vigência da cobertura se encerrará na idade máxima de 14 (catorze) anos do segurado.

§ 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 não será reintegrado após a ocorrência de cada sinistro, mas poderá ser consumido em diferentes percentuais, a depender do diagnóstico coberto. Por exemplo, uma vez diagnosticado com um câncer estágio I, o segurado receberá 30% sobre o capital segurado e restará apenas 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 apenas 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 apenas 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.

§ 2º. As tabelas com os respectivos percentuais de cada diagnóstico está descrita no Art. 4º dessas Condições Gerais.

§ 3º. 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, 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 responsável pelo pagamento 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 por idade
2 anos	0,0%
3 anos	0,0%
4 anos	0,0%
5 anos	-11,4%
6 anos	-12,8%
7 anos	-15,9%
8 anos	-1,4%
9 anos	-1,5%
10 anos	-1,6%
11 anos	-1,5%
12 anos	-1,5%
13 anos	-1,6%
14 anos	-1,7%

11) APlicabilidade de Mora

Art. 19º Se a seguradora ultrapassar o prazo previsto para fazer o pagamento devido, 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 DE 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 adesão.

§ 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 suspensa 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 da apólice, se esta não for renovada, observado o disposto na cláusula Vigência e Renovação do seguro destas condições gerais.

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

- a. automaticamente com o cancelamento da apólice;
- b. quando o segurado alcançar a idade de saída da cobertura;
- c. com o recebimento integral do capital segurado contratado; e
- d. com a morte do segurado.

15) PERDA DA GARANTIA NOS CASOS PREVISTOS EM LEI

Art. 30º. 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. 31º. 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. 32º. 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 do responsável legal de contas de concessionárias de serviços públicos (luz, gás, água, telefone fixo, etc);
- d. documentos médicos, tais como prontuários e receitas.

Para as doenças cobertas:

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 – 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.

III – 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).

IV – 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.

V – 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.

VI – 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.

VII – Paralisia de Membros:

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

Art. 33º. 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. 34º. 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. 35º. 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. 36º. 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. 37º. Para fins deste seguro, as indenizações referentes às coberturas contratadas serão pagas sob a forma de pagamento único.

Art. 38º. 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. 39º. O beneficiário será o próprio segurado.

Parágrafo único. O beneficiário deverá ser assistido 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.

18) DISPOSIÇÕES GERAIS

Art. 40º. 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. 41º. No caso de extinção ou vedação do índice de atualização de valores, a seguradora adotará como índice substitutivo o IGPM/FGV.

Art. 42º. 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. 43º. O registro deste plano na SUSEP não implica, por parte da Autarquia, incentivo ou recomendação a sua comercialização.

Art. 44º. 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. 45º. Este seguro é por prazo determinado, tendo a seguradora à faculdade de não renovar a apólice na data do vencimento, sem a devolução dos prêmios pagos, nos termos da apólice.

Art. 46º. 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. 47º. 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. 48º. Os prazos prescricionais são aqueles previstos em lei.



GRUPO MONGERAL 

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 3355 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