



3509 e 3510

Vida Toda
CONDIÇÕES GERAIS
DIÁRIA DE INTERNAÇÃO
HOSPITALAR (DIH)

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

CONDIÇÕES GERAIS

1) OBJETIVO DO SEGURO

Art. 1º. O objetivo deste seguro é a garantia do pagamento ao segurado de diárias por internação hospitalar comprovadas em estabelecimento hospitalar de livre escolha do segurado, exclusivamente para tratamentos clínicos ou cirúrgicos que não possam ser realizados em regime ambulatorial, domiciliar ou consultório. Devem ser respeitados os Riscos Excluídos, períodos de carência, franquia e demais condições contratuais.

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 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;

- y) **Riscos Excluídos:** são aqueles riscos, previstos nas condições gerais, que não serão cobertos pelo seguro;
- z) **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;
- aa) **Segurado:** pessoa física sobre a qual se procederá a avaliação do risco e se estabelecerá o seguro;
- bb) **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. Diária por Internação Hospitalar (DIH): É a garantia de pagamento de diárias, de acordo com o valor contratado, para cada dia de internação hospitalar, em consequência de doença ou acidente pessoal cobertos, respeitados o período de carência e a franquia definidas, e observado o limite de diárias e as condições contratuais do seguro.

§ 1º. O pagamento é devido quando a internação decorrer de doença ou acidente pessoal coberto, ocorrer dentro da vigência do seguro e seguir orientação médica.

§ 2º. Para fins deste seguro, também estará garantido o pagamento ao segurado de diárias por internação hospitalar na Unidade de Tratamento Intensiva (UTI).

§ 3º. Para cada dia de internação hospitalar em UTI, será pago o triplo do valor da diária segurada, definida na proposta de contratação.

Art. 4º. O número de diárias a ser indenizado será determinado pela quantidade de dias de internação hospitalar, observado o art. 1º. sendo limitado ao número máximo de diárias definido na proposta de contratação, por evento coberto, observado o período de carência e a franquia simples.

§ 1º. Pelo mesmo evento, o número de diárias indenizadas não pode superar a quantidade de diárias contratadas por evento coberto.

§ 2º. A reintegração do capital segurado relativo à garantia de diária por internação hospitalar é automática após evento coberto, sem cobrança de prêmio adicional.

§ 3º. A indenização a ser paga será calculada baseando-se no o valor da diária definido na proposta de contratação, multiplicando-se pelo número de dias de internação hospitalar.

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 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) hospitalizações para check-up, diálise ou hemodiálise em pacientes crônicos, cirrose hepática e hepatite crônica;
- h) cirurgias plásticas, exceto para aquelas que tenham o objetivo comprovado de restaurar uma função que foi afetada diretamente por acidente pessoal coberto pelo seguro, e que tenham sido realizadas no prazo de 90 (noventa) dias, contados a partir da data do acidente;
- i) tratamentos para obesidade em suas várias modalidades;
- j) tratamentos para esterilização, fertilização e mudança de sexo;
- k) procedimentos não previstos no Código Brasileiro de Ética Médica e não reconhecidos pelo serviço Nacional de Fiscalização de Medicina e Farmácia;
- l) tratamentos relacionados à Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS) ou a qualquer doença ligada a ela. Também não há cobertura para consequências dessas doenças em pessoas soropositivas.
- m) lesões ou problemas de saúde causados por trauma ou cirurgia que já existiam antes da contratação do seguro e que já haviam feito o segurado procurar ou receber qualquer tipo de atendimento médico. Também não há cobertura se a internação acontecer por causa do agravamento, retorno, sequelas, sintomas ou complicações desses problemas que já existiam antes do seguro.
- n) transtornos ou doenças psiquiátricas e mentais, assim como qualquer consequência deles. Também não há cobertura para tratamentos como psicanálise, sonoterapia, psicoterapia (em qualquer modalidade), terapia ocupacional, atendimentos de psicologia, avaliações ou terapias desse tipo.
- o) tratamentos clínicos ou cirúrgicos com finalidade estética ou cosmética, assim como tratamentos relacionados à senilidade (ou seja, condições próprias do envelhecimento), rejuvenescimento, repouso, convalescença, emagrecimento estético ou cuidados geriátricos. Também não há cobertura para consequência desses tratamentos, se realizados.
- p) procedimentos como angioplastia, endarterectomia, embolectomia, laserterapia, escleroterapia e microcirurgia de varizes nos braços, pernas ou em qualquer outra parte do corpo, independentemente da técnica utilizada.
- q) Também não há cobertura para o tratamento de pequenos vasos (teleangiectasias), como a fulguração.
- r) ceratotomia (cirurgia para correção de miopia);
- s) qualquer procedimento relacionado à gravidez ou parto ou aborto, assim como suas consequências, exceto em caso de acidente pessoal;
- t) tratamento de hérnias de quaisquer naturezas e suas consequências, exceto em caso de acidente pessoal;
- u) qualquer tipo de exame ou check-up preventivo;
- v) tratamento odontológico e ortodontológico, mesmo que em consequência de acidente pessoal;
- w) tratamentos que envolvam a homeopatia, a acupuntura e tratamentos naturalistas;
- x) internação domiciliar;
- y) quaisquer procedimentos realizados em ambulatório;
- z) internações feitas apenas para exames ou investigação diagnóstica, quando não houver um tratamento efetivo realizado durante a internação; e
- aa) qualquer classe de Neoplasia Maligna (Câncer) sem invasão ou “in-situ” (incluindo displasia cervical), assim como o câncer de pele, exceto melanoma de invasão.

Art. 6º. 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. 7º. As coberturas do seguro previstas nestas condições aplicam-se para eventos cobertos ocorridos em qualquer parte do globo terrestre.

6) CARÊNCIA

Art. 8º. 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.

Art. 9º. Será estabelecida franquia simples de 3 (três) dias, contada a partir da data do evento coberto, isto é, eventos com prazos inferiores ou iguais a 3 (três) não serão pagos e eventos com prazos superiores a 3 (três) dias serão pagos integralmente, sem o desconto da franquia.

Parágrafo único: Para internações hospitalares decorrentes de câncer e acidentes, a franquia simples deste seguro será reduzida para 48 (quarenta e oito) horas.

7) ACEITAÇÃO DO SEGURO

Art. 10º. Este seguro poderá ser contratado com idade mínima de 16 (dezesseis) 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) relacionada(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 da internação hospitalar e/ou a data da internação hospitalar em Unidade de Terapia Intensiva (UTI).

§1º. O capital segurado não tem caráter de reembolso de despesas e honorários médicos.

§2º. Em caso de diária de internação hospitalar em Unidade de Terapia Intensiva (UTI), o valor da diária será triplicado.

§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 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:

Idades	Reenquadramento		Idades	Reenquadramento	
	DIH 150 + UTI	DIH 250 + UTI		DIH 150 + UTI	DIH 250 + UTI
16 anos	0,00%	0,00%	49 anos	2,71%	2,99%
17 anos	0,00%	0,00%	50 anos	6,74%	7,04%
18 anos	5,57%	6,43%	51 anos	2,73%	3,01%
19 anos	5,52%	6,44%	52 anos	2,75%	3,03%
20 anos	0,64%	1,49%	53 anos	2,76%	3,03%
21 anos	5,55%	6,43%	54 anos	2,77%	3,05%
22 anos	5,59%	6,44%	55 anos	2,80%	3,05%
23 anos	5,55%	6,46%	56 anos	0,58%	3,68%
24 anos	5,55%	6,42%	57 anos	0,63%	3,67%
25 anos	5,54%	6,48%	58 anos	0,67%	3,69%
26 anos	2,29%	2,79%	59 anos	0,72%	3,69%
27 anos	2,33%	2,79%	60 anos	10,67%	13,93%
28 anos	2,36%	2,83%	61 anos	0,80%	3,71%
29 anos	2,35%	2,82%	62 anos	0,85%	3,73%
30 anos	4,67%	5,14%	63 anos	0,88%	3,73%
31 anos	2,34%	2,87%	64 anos	0,95%	3,74%
32 anos	2,37%	2,85%	65 anos	0,99%	3,75%
33 anos	2,38%	2,86%	66 anos	2,13%	3,47%
34 anos	2,36%	2,84%	67 anos	2,16%	3,46%
35 anos	2,42%	2,88%	68 anos	2,21%	3,48%
36 anos	4,48%	4,13%	69 anos	2,25%	3,49%
37 anos	4,45%	4,13%	70 anos	2,29%	3,51%
38 anos	4,48%	4,12%	71 anos	2,34%	3,52%
39 anos	4,47%	4,14%	72 anos	2,38%	3,53%
40 anos	4,59%	4,21%	73 anos	2,43%	3,55%
41 anos	4,47%	4,13%	74 anos	2,49%	3,56%
42 anos	4,46%	4,13%	75 anos	2,53%	3,57%
43 anos	4,50%	4,13%	76 anos	2,58%	3,59%
44 anos	4,47%	4,13%	77 anos	2,64%	3,60%
45 anos	4,47%	4,12%	78 anos	2,69%	3,62%
46 anos	2,67%	2,96%	79 anos	2,75%	3,63%
47 anos	2,68%	2,99%	80 anos	2,80%	3,65%
48 anos	2,70%	2,99%			

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 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 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) Quando consumidas todas as diárias contratadas;
- c) Quando o segurado alcançar a idade de saída da cobertura; e
- d) 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 do segurado;
- b)** cópia do comprovante de residência de contas de concessionárias de serviços públicos (luz, gás, água, telefone fixo, etc.);
- c)** Formulário de Habilitação de Beneficiários, devidamente preenchido;
- d)** Formulário “Aviso para Concessão Benefício de Afastamento” preenchido, com assinatura e carimbo de CRM, pelo próprio médico assistente.;
- e)** Formulário Aviso de Alta Médica;
- f)** Resultados dos exames comprobatórios da doença ou acidente (radiografias, tomografias, ressonâncias, ultrassonografias, eletroneuromiografias, etc. – laudos e imagens);
- g)** Formulário Laudo Oftalmológico, se necessário;
- h)** cópia autenticada do Boletim de Ocorrência Policial, em caso de acidente;
- i)** cópia autenticada da Carteira Nacional de Habilitação, em caso de acidente com veículo dirigido pelo segurado;
- j)** cópia autenticada do Laudo do Exame Toxicológico e de Teor Alcoólico, quando realizado, em caso de acidente;
- k)** para internação deverá ser anexada uma declaração da entidade constando o nome do segurado, data da internação e da alta, diagnóstico detalhado e descrição do tratamento ou cirurgias realizadas, bem como identificação do(s) seu(s) médico(s) assistente(s); e
- l)** cópia do prontuário médico;

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 apólice na data do vencimento, sem a devolução dos prêmios pagos, nos termos da apólice.

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)