



2412 a 2414

CONDIÇÕES GERAIS

Doenças Graves Essencial,
Plus e Premium

MAG

SEGUROS

GRUPO MONGERAL  EGON

Mongeral Aegon Seguros e Previdência S/A
(CNPJ: 33.608.308.0001/73)

SEGURO DE PESSOAS EM GRUPO
DOENÇAS GRAVES
PROCESSO SUSEP Nº 15414.600359/2021-20

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 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 estipulante;

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 estipulante e a sociedade seguradora, que estabelecem as peculiaridades da contratação do plano coletivo, e fixam os direitos e obrigações do estipulante, 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) Estipulante: é a pessoa jurídica que contrata a apólice coletiva de seguro, investida dos poderes de representação dos segurados, nos termos da legislação e da regulamentação em vigor;

m) Evento Coberto: é o acontecimento futuro, possível e incerto, passível de ser indenizado pelas coberturas contempladas nestas condições gerais;

n) 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;**

o) Formulário de Aviso de Sinistro: é o documento pelo qual é feita a comunicação de um sinistro à seguradora;

p) Grupo Segurado: é a totalidade do grupo segurável efetivamente aceita e incluída na apólice coletiva;

o) Grupo Segurável: é a totalidade das pessoas físicas vinculadas ao estipulante que reúne as condições para inclusão na apólice coletiva;

p) Indenização: valor que a seguradora deverá pagar ao beneficiário quando da ocorrência de um evento coberto contratado;

q) Início de Vigência: é a data a partir da qual as coberturas de risco propostas serão garantidas pela sociedade seguradora;

r) 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 consangüíneos ou afins, mesmo que habilitados a exercer a prática da medicina;**

s) Nota Técnica Atuarial: documento que contém a descrição e o equacionamento técnico do seguro e que deverá ser protocolizado na SUSEP previamente à comercialização;

t) Período de Cobertura: aquele durante o qual o segurado ou os beneficiários, quando for o caso, farão jus aos capitais segurados contratados;

u) 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;

v) Prêmio: valor correspondente a cada um dos pagamentos destinados ao custeio do seguro;

- w) Prêmio Puro:** valor correspondente ao prêmio pago, excluindo-se o carregamento e os impostos;
- x) Proponente:** o interessado em contratar a cobertura;
- y) Proposta de 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;
- z) 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;
- aa) 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) Seguro Contributário:** seguro no qual o pagamento do prêmio é de responsabilidade exclusiva do segurado; e
- ae) Sinistro:** a ocorrência do risco coberto, durante o período de vigência do plano de seguro.

3) COBERTURAS DO SEGURO

Art. 3º. Este seguro divide-se em três módulos: (§1º) um módulo de **câncer (Doenças Graves Essencial)**, (§2º) um módulo **básico (Doenças Graves Plus)**, bem como (§3º) um **módulo completo (Doenças Graves Premium)**, e 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 descrito no art. 9º. e os riscos excluídos:

§ 1º. Para fins desta cobertura, no **módulo de câncer (Doenças Graves Essencial)**, será considerada como doenças graves a seguinte patologia:

- 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 Leve:

- 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).

II. Câncer Moderado:

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

III. Câncer Grave:

- T4 | N qualquer | M qualquer;
- T qualquer | N1 | M0;
- T qualquer | N qualquer | M1;
- A partir do estadio II da doença;
- Linfoma não Hodgkin;
- Leucemia.

§ 2º. Para fins desta cobertura, no **módulo básico (Doenças Graves Plus)**, além das patologias do módulo de câncer, também serão consideradas como doenças graves as seguintes patologias:

a) Acidente Vascular Cerebral Agudo: doença caracterizada por hemorragia subaracnóideia, 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. O diagnóstico 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.

§ 3º. Para fins desta cobertura, no **módulo completo (Doenças Graves Premium)**, além das patologias do módulo de câncer e do módulo básico, também serão consideradas como doenças graves as seguintes patologias/ procedimentos:

- a) **Transplante de Órgãos:** É a transferência de coração, pulmão, fígado, pâncreas, rim, medula óssea, intestino delgado ou 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.
- b) **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.

c) 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.

d) 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.

e) Danos Cerebrais Anatômicos: Conjunto de distúrbios cerebrais envolvendo a perda das funções cerebrais, causado exclusivamente por acidente.

f) Doenças Hepáticas Graves: 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.

g) 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.

h) 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.

i) 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.

j) Osteomielite: Doença infecciosa aguda ou crônica do osso, causada por agentes bacterianos que invadem e destroem o osso.

k) Doença do Neurônio Motor: Doença caracterizada por defeito na unidade motora do neurônio que afete os músculos ou nervos provocando sequelas neurológicas definitivas. A caracterização da cobertura se dará mediante diagnóstico feito por neurologista.

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:

Eventos		% sobre Capital Segurado
Câncer	Leve	30%
	Moderado	50%
	Grave	100%
Acidente Vascular Cerebral Agudo		100%
Infarto Agudo do Miocárdio		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%
Transplante de Órgãos		100%
Esclerose Múltipla		100%
D.P.O.C		100%
Coma por Traumatismo Craniano		100%
Danos Cerebrais Anatômicos		100%
Doenças Hepáticas Graves		100%
Pancreatites Crônicas		100%
Anemia Aplástica		100%
Queimaduras Graves		100%
Osteomielite		100%
Doença do Neurônio Motor		100%

§ 1º. O capital segurado (valor máximo da cobertura contratada) não será reintegrado após a ocorrência de cada sinistro. Ou seja, uma vez diagnosticado com um câncer leve, 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 moderado, o segurado receberá mais 50% do capital segurado adicionalmente aos 30% do capital segurado já recebido no diagnóstico do câncer leve, restando apenas 20% do capital segurado para os futuros eventos. Por outro lado, uma vez que o primeiro diagnóstico seja de um câncer moderado, 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 grave ou qualquer outro evento coberto, o segurado recebe 100% do capital segurado e a cobertura do segurado é encerrada.

§ 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) 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 outras convulsões da natureza;

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 - Acidente Vascular Cerebral Agudo:

- e) ataque Isquêmico Transitório e deficiências neurológicas isquêmicas;
- f) hemorragia cerebral causada por acidentes;
- g) hemorragia cerebral causada por cirurgia do cérebro;
- h) obstrução da artéria oftálmica resultando em dano neurológico;
- i) sintomas neurológicos provocados por enxaquecas;

III - Infarto Agudo do Miocárdio:

- j) angina do peito incluindo angina estável e instável;
- k) angina decúbito;
- l) infarto do miocárdio sem elevação do segmento ST no ECG com elevação da troponina "I" ou "T";
- m) outras síndromes coronarianas agudas;

IV - Doença de Alzheimer:

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

V – Insuficiência Renal Crônica:

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

VI – Perda da Visão:

- p) 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).

VII – Perda da Audição:

- q) 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;

VIII – Perda da Fala:

- r) 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.

IX – Paralisia de Membros:

- s) 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).

X – Parkinson:

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

XI – Coma por Traumatismo Craniano:

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

XII – Danos Cerebrais Anatômicos:

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

XIII – Doenças Hepáticas Graves:

- w) eventos ocorridos em consequência direta ou indireta de e/ou relacionados a:
 - i. 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)

XIV – Pancreatite Crônica:

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

XV – Esclerose Múltipla:

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

XVI – Osteomielite:

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

XVII – Queimaduras Graves:

- aa) eventos ocorridos em consequência direta ou indireta de e/ou relacionados a:
 - i. Queimaduras decorrentes de autoagressão.

XVIII – Transplante de Órgãos:

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

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. O período de carência será contado a partir do início de vigência da cobertura individual ou da sua recondução depois de suspensão, e será de 60 (sessenta) dias.

§ 1º. O pagamento antecipado dos prêmios não reduz o período de carência do seguro.

7) ACEITAÇÃO DO SEGURO

Art. 10. Poderão ser incluídos no seguro os componentes do grupo segurável que estiverem em plena atividade de suas funções e perfeitas condições de saúde na data da respectiva contratação do seguro, com idade mínima de 16 (dezesesseis) e máxima de 65 (sessenta e cinco) anos, mediante a assinatura e o preenchimento completo da proposta de adesão e da declaração pessoal de saúde, bem como a entrega dos documentos que a seguradora julgar necessários para análise dos riscos seguráveis.

§ 1º. Recebida a proposta de adesão pela seguradora, com todos os documentos exigidos para análise dos riscos, terá início um período de 15 (quinze) dias, no qual a seguradora avaliará o risco.

§ 2º. O seguro será tacitamente aceito, caso a seguradora não manifeste a recusa da proposta de adesão através de comunicação formal ao proponente, no prazo de 15 (quinze) dias, devidamente justificada. Este prazo será suspenso quando a seguradora solicitar a apresentação de novos documentos para análise dos riscos, o que poderá ocorrer somente uma única vez, voltando a correr a partir da data em que se der a entrega dos mesmos.

§ 3º. Em caso de recusa do risco, onde tenha sido efetuado o pagamento do prêmio, após a formalização da recusa pela seguradora, o valor pago deverá ser devolvido, no prazo máximo de 10 (dez) dias corridos, atualizado pela variação do índice do plano, apurado entre o último índice publicado antes da data do recebimento do prêmio e aquele publicado imediatamente anterior à data de sua efetiva devolução, estando ainda sujeito à aplicação de mora, conforme disposto no art. 20, estando o proponente coberto pelo seguro desde o recebimento da proposta com o adiantamento do prêmio até a data da formalização da recusa.

§ 4º. A aceitação do seguro está sujeita à análise do risco.

Art. 11. A cada segurado incluído no seguro será enviado um certificado individual, assinado pelos representantes legais da seguradora, que conterá no mínimo os seguintes elementos:

- a) nome completo da sociedade seguradora, seu CNPJ e código de registro junto à Susep;
- b) nome completo da sociedade cosseguradora, seu CNPJ e código de registro junto à Susep;

- c) nome e CNPJ ou CPF do estipulante e, quando for o caso, do subestipulante;
- d) indicação do número da proposta e da apólice às quais o certificado individual está vinculado;
- e) número de controle do certificado individual;
- f) número do(s) processo(s) administrativo(s) de registro junto à Susep do(s) produtos(s) de seguro vinculado(s) ao certificado individual;
- g) nome ou razão social do segurado, seu endereço completo e respectivo CPF, se pessoa física, ou CNPJ, se pessoa jurídica;
- h) identificação do(s) beneficiário(s), no caso de seguro de pessoas;
- i) identificação do bem segurado, no caso de seguro de danos, se aplicável;
- j) cobertura(s) contratada(s);
- k) valor monetário do limite máximo de garantia ou do capital segurado de cada cobertura contratada;
- l) franquia(s) e/ou carência(s) aplicável(is) a cada cobertura, se prevista(s);
- m) o período de vigência, incluindo as datas de início e término da(s) cobertura(s) contratada(s);
- n) valor total do prêmio de seguro, discriminando:
 - I. valor do prêmio de seguro por cobertura contratada;
 - II. adicional de fracionamento, quando for o caso;
 - III. valor do IOF, quando for o caso; e
 - IV. remuneração do estipulante e do subestipulante, quando for o caso.
- o) prazo e forma de pagamento do prêmio e, se for o caso, sua periodicidade:
- p) data da emissão do certificado individual;
- q) chancela ou assinatura do representante da sociedade seguradora;
- r) nome e número do registro Susep do corretor de seguros, se houver;
- s) número de telefone da central de atendimento ao segurado/beneficiário disponibilizado pela sociedade seguradora responsável pela emissão do certificado individual;
- t) número do telefone da ouvidoria da seguradora;
- u) o endereço e o número de telefone de contato do estipulante ou, quando for o caso, do subestipulante, para atendimento ao segurado;
- v) número de telefone gratuito de atendimento ao público da Susep;
- w) informação do “link” no portal da Susep onde podem ser conferidas todas as informações sobre o(s) produtos (s) de seguro vinculado(s) ao certificado, e;
- x) texto informativo, com a seguinte redação: “SUSEP – Superintendência de Seguros Privados – Autarquia Federal responsável pela fiscalização, normatização e controle dos mercados de seguro, previdência complementar aberta, capitalização, resseguro e corretagem de seguros.”

Parágrafo único. Para fins do disposto na alínea “g”, caso o segurado seja estrangeiro, poderá ser utilizado o número do passaporte, com a identificação do País de expedição.

Art. 12. Os segurados que completarem 70 (setenta) anos serão excluídos das coberturas por Doenças Graves, com exceção das patologias Alzheimer, AVC, Câncer, Infarto Agudo do Miocárdio, Insuficiência Renal Crônica e Doença de Parkinson, que serão mantidas até o segurado completar 80 (oitenta) anos.

8) VIGÊNCIA DA COBERTURA INDIVIDUAL

Art. 13. Caso as propostas de adesão tenham sido recepcionadas pela seguradora, antes do pagamento do prêmio, o início de vigência da cobertura individual será às 24 (vinte e quatro) horas do dia de pagamento do respectivo prêmio, sendo esta data expressamente acordada entre as partes. O fim de vigência da cobertura não poderá ultrapassar a vigência da apólice.

Parágrafo único. As propostas de adesão que tenham sido recepcionadas, com adiantamento de valor para futuro pagamento parcial ou total do prêmio, terão seu início de vigência a partir da data de recepção da proposta.

9) VIGÊNCIA E RENOVAÇÃO DO SEGURO

Art. 14. A vigência do seguro constará da apólice e do contrato firmado entre seguradora e estipulante/subestipulante, sendo renovada automaticamente, uma única vez, salvo se a seguradora ou o estipulante, mediante aviso prévio de 60 (sessenta) dias comunicar por escrito o desinteresse pela mesma.

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

§ 2º. Caso a seguradora não tenha interesse em renovar a apólice, deverá comunicar aos segurados e ao estipulante mediante aviso prévio de, no mínimo, 60 (sessenta) dias que antecedam ao final de vigência da apólice.

§ 3º. Com exceção da primeira renovação, a qual poderá ser feita de forma automática, nas demais é obrigatório o consentimento expresso.

§ 4º. A renovação da apólice que não implicar em ônus, deveres adicionais ou redução de direito para os segurados poderá ser feita pelo estipulante.

§ 5º. Caso haja, na renovação, alteração da apólice que implique em ônus ou dever aos segurados, ou a redução de seus direitos, deverá haver anuência prévia e expressa de pelo menos $\frac{3}{4}$ (três quartos) do grupo segurado.

§ 6º. No caso de renovação do seguro não haverá reintegração do capital segurado conforme previsto no art.4 das Condições Gerais.

10) CAPITAL SEGURADO

Art. 15. Para efeito de determinação do capital segurado, na liquidação dos sinistros, será considerada como data do evento a data indicada como primeiro diagnóstico pelo médico assistente

em laudo médico ou exame complementar específico.

11) ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA

Art. 16. 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. 17. 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. 18. 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. 19. Além da atualização monetária, o valor dos prêmios sofrerá acréscimo periodicamente em decorrência da mudança de idade do segurado e conseqüente 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 nos arts. 16 e 17, 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:

FAIXA ETÁRIA	% DE REAJUSTE		
	MÓDULO CÂNCER	MÓDULO BÁSICO	MÓDULO COMPLETO
16 a 25 anos	-	-	-
26 a 30 anos	4,30%	9,51%	11,11%
31 a 35 anos	38,58%	40,98%	17,62%
36 a 40 anos	28,56%	29,82%	15,38%
41 a 45 anos	57,22%	63,27%	43,16%
46 a 50 anos	36,68%	39,11%	30,39%
51 a 55 anos	46,59%	54,88%	46,24%
56 a 60 anos	43,40%	47,60%	40,87%
61 a 65 anos	31,06%	36,71%	34,12%
66 a 70 anos	23,42%	26,76%	25,44%

FAIXA ETÁRIA	% DE REAJUSTE		
	MÓDULO CÂNCER	MÓDULO BÁSICO	MÓDULO COMPLETO
71 a 75 anos	17,33%	26,55%	27,11%
76 a 80 anos	13,73%	20,62%	20,95%

12) APLICABILIDADE DE MORA

Art. 20. Os valores relativos às obrigações pecuniárias da seguradora serão acrescidos de juros moratórios de 1% (um por cento) ao mês, quando o prazo de sua liquidação superar o prazo fixado no art. 34, sendo efetuada a partir do primeiro dia posterior ao término do referido prazo.

Parágrafo único. Para este seguro não será adotada multa.

13) PAGAMENTO DE PRÊMIO

Art. 21. O custeio do seguro será contributivo.

Art. 22. Os prêmios serão pagos mensalmente, trimestralmente, semestralmente ou anualmente, de acordo com o estabelecido na proposta de adesão.

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

§ 2º. Sob sua exclusiva responsabilidade perante os segurados, a seguradora poderá delegar ao estipulante o recolhimento dos prêmios, ficando este responsável por seu repasse à seguradora, conforme as condições estabelecidas na apólice. O não repasse à seguradora de prêmios recolhidos pelo estipulante não poderá prejudicar o segurado.

§ 3º. É expressamente vedado ao estipulante o recolhimento, a título de prêmio, de qualquer valor que exceda o destinado ao custeio do seguro. Quando houver o recolhimento, juntamente com o prêmio, de outros valores devidos ao estipulante, a qualquer título, é obrigatório o destaque, no documento de cobrança, do valor do prêmio discriminado referente ao seguro e aos demais valores devidos. É vedada, ainda, a cobrança de qualquer taxa de inscrição ou de intermediação.

§ 4º. 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.

§ 5º. 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.

§ 6º. 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.

14) CONDIÇÕES PARA MANUTENÇÃO E CANCELAMENTO DAS COBERTURAS

Art. 23. No caso da ocorrência do evento gerador durante período de até 60 (sessenta) dias de atraso do prêmio, o capital segurado será pago deduzido do prêmio devido.

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

Art. 24. Transcorridos 60 (sessenta) dias do vencimento do prêmio devido e não pago, o seguro será automaticamente cancelado sem que seja devido ao segurado ou seu(s) beneficiário(s) a percepção proporcional de qualquer indenização, cujo fato gerador tenha ocorrido durante o período de inadimplência ou após o cancelamento do plano, ou prêmios já pagos.

§ 1º. A qualquer momento, antes do término do prazo previsto no caput deste artigo, o segurado poderá efetuar o pagamento do prêmio em atraso.

§ 2º. A seguradora notificará o segurado com antecedência de pelo menos 10 (dez) dias antes do término do prazo previsto no caput artigo, através de correspondência ao mesmo, advertindo-o quanto à necessidade de quitação do prêmio em atraso, sob pena de cancelamento do seguro.

Art. 25. 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. 26. As apólices não poderão ser canceladas durante a vigência pela sociedade seguradora sob a alegação de alteração da natureza dos riscos

Art. 27. O contrato de seguro pode ser rescindido a qualquer tempo mediante acordo entre as partes contratantes, com a anuência prévia e expressa de segurados que representem, no mínimo, três quartos do grupo segurado.

15) CESSAÇÃO DA COBERTURA INDIVIDUAL

Art. 28. A cobertura individual cessa ao final do prazo de vigência da apólice, se esta não for renovada, observada a limitação constante no art. 14 destas condições gerais.

Art. 29. O segurado é obrigado a comunicar à seguradora, logo que saiba, todo incidente suscetível de agravar consideravelmente o risco coberto, sob pena de perder o direito à cobertura se for provado que silenciou de má-fé. 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. 30. Respeitando o período correspondente ao prêmio pago, as coberturas do segurado cessam, ainda:

- a) automaticamente com o cancelamento da apólice;
- b) quando o segurado solicitar a sua exclusão da apólice;
- c) com o recebimento integral do capital segurado contratado; e
- d) com a morte do segurado.

16) PERDA DO DIREITO À INDENIZAÇÃO

Art. 31. Se o segurado, seu representante, ou seu corretor de seguros fizer declarações inexatas ou omitir circunstâncias que possam influir na aceitação da proposta ou no valor do prêmio, ficará prejudicado o direito à indenização, além de estar o segurado obrigado ao pagamento do prêmio vencido.

Parágrafo único. Se a inexatidão ou a omissão nas declarações não resultar de má-fé do segurado, a sociedade seguradora poderá:

I. na hipótese de não ocorrência do sinistro:

- a) cancelar o seguro, retendo, do prêmio originalmente pactuado, a parcela proporcional ao tempo decorrido; ou
- b) mediante acordo entre as partes, permitir a continuidade do seguro, cobrando a diferença de prêmio cabível ou restringindo a cobertura contratada.

II. na hipótese de ocorrência de sinistro com pagamento integral do capital segurado:

- a) cancelar o seguro, após o pagamento da indenização, deduzindo, do valor a ser indenizado, a diferença de prêmio cabível.

Art. 32. O segurado perderá, ainda, o direito à indenização se agravar intencionalmente o risco.

17) LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

Art. 33. 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.

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 – 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 seqüela 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. 34. A partir da entrega de toda a documentação exigível, listada no art. 33, por parte do segurado, a seguradora terá o prazo de até 30 (trinta) dias para liquidação do sinistro.

Art. 35. É facultada à seguradora, em caso de dúvida fundada e justificável, a adoção de medidas que visem à plena elucidação do sinistro, podendo, inclusive, solicitar outros documentos que julgar necessários à apuração do sinistro.

Parágrafo único. A contagem do prazo para liquidação do sinistro será suspensa a partir da data de solicitação dos documentos e voltará a correr a partir do dia útil subsequente àquele em forem completamente atendidas as exigências.

Art. 36. A seguradora não poderá contestar o pagamento da indenização para a cobertura contratada por alegação de doenças ou lesões preexistentes, de conhecimento do segurado e não declaradas na proposta de contratação, se na data do evento gerador já tiver decorrido o período de contestabilidade de 24 (vinte e quatro) meses, contados a partir do primeiro início de vigência da apólice ou da data de reabilitação do seguro, observado o disposto nos arts. 30 e 31.

Art. 37. A indenização devida e não paga, no prazo disposto no art. 34, 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 art. 20.

§ 2º. Nenhuma correção será devida no caso de cumprimento do prazo para pagamento disposto no art. 20.

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

18) BENEFICIÁRIOS

Art. 38. 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 metade ao cônjuge não separado judicialmente e o restante 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.

19) OBRIGAÇÕES DO ESTIPULANTE

Art. 39. São obrigações do estipulante:

- a) fornecer à seguradora todas as informações necessárias para a análise e aceitação do risco, previamente estabelecidas pela seguradora, incluindo os dados cadastrais dos proponentes;
- b) manter a seguradora informada a respeito dos segurados, seus dados cadastrais, alteração no risco coberto, bem como quaisquer eventos que possam, no futuro, acarretar-lhe responsabilidade, de acordo com o definido contratualmente, além de enviar à seguradora relações mensais dos segurados que anteciparem o pagamento de prestações, falecerem, liquidarem o débito, atrasarem o pagamento das prestações, ou tiverem por qualquer forma os valores de seus seguros alterados;
- c) fornecer ao segurado, sempre que solicitado, quaisquer informações relativas ao contrato de seguro;
- d) discriminar o valor do prêmio de seguro no documento de cobrança, bem como a seguradora responsável pelo risco;
- e) repassar os prêmios à seguradora nos prazos estabelecidos contratualmente;
- f) repassar aos segurados todos os avisos e comunicações inerentes à apólice, quando for diretamente responsável pela sua administração, discriminando o nome da seguradora responsável pelo risco nesses documentos;
- g) comunicar de imediato à seguradora, tão logo tome conhecimento, a ocorrência de qualquer sinistro ou expectativa de sinistro referente ao grupo que representa, quando esta comunicação estiver sob sua responsabilidade;
- h) dar ciência aos segurados dos prazos e procedimentos para a liquidação de sinistros;
- i) comunicar de imediato a SUSEP quaisquer procedimentos que considere irregulares quanto ao seguro contratado; e
- j) fornecer a SUSEP quaisquer informações solicitadas, dentro do prazo por ela especificado.

20) DISPOSIÇÕES GERAIS

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

Art. 41. 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. 42. Qualquer alteração na apólice que implique em ônus, dever ou redução de direitos para os segurados dependerá de anuência expressa de segurados que representem três quartos do grupo segurado.

Parágrafo único. Quando a alteração não implicar em ônus, dever ou redução de direitos para os segurados, esta pode ser realizada apenas com a anuência do estipulante.

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

Art. 44. 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. 45. 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.

21) FORO

Art. 46. 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.

22) PRESCRIÇÃO

Art. 47. 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: 4003-3355 (capitais e regiões metropolitanas), 0800 881 3355 (todas as localidades), 0800 771 5472 (deficientes auditivos ou de fala) ou sac@mag.com.br; Ouvidoria – essa é uma instância superior à qual você pode recorrer caso sua questão não tenha sido resolvida pelos outros canais – 0800 725 7550, ouvidoria@mag.com.br ou Cx. Postal 40994 – CEP 20270-971 - Rio de Janeiro/RJ.

mag.com.br

 facebook.com/MAGSEGUROS

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