



2427

CONDIÇÕES GERAIS
IPTA

MAG
SEGUROS

GRUPO MONGERAL  EGON

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

**SEGURO DE PESSOAS INDIVIDUAL
INVALIDEZ ACIDENTAL**
PROCESSO SUSEP Nº. 15414.600368/2021-11

CONDIÇÕES GERAIS

1) OBJETIVO DO SEGURO

Art. 1º. Este seguro tem por objetivo garantir o pagamento de uma indenização ao segurado na ocorrência de um dos eventos cobertos pelas coberturas contratadas, **exceto se decorrentes de riscos excluídos, desde que respeitadas as condições contratuais.**

Parágrafo único. Devido à natureza do regime financeiro de repartição simples, este plano não permite concessão de resgate ou devolução de quaisquer prêmios pagos, exceção feita ao disposto no art. 8º., 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, tendo como consequência direta a invalidez permanente total do segurado;

a.1) Incluem-se, ainda, no conceito de acidente pessoal as lesões decorrentes de:

- suicídio, ou a sua tentativa, que será equiparado, para fins de indenização, a acidente pessoal, observada a 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;
- seqüestros e tentativas de seqüestros; e
- 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; e
- as intercorrências ou complicações conseqüentes 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 conseqüências 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 proponente;

c) Capital Segurado: valor máximo para a cobertura contratada a ser pago pela sociedade seguradora na ocorrência do sinistro;

d) Carregamento: importância destinada a atender às despesas administrativas e de comercialização;

e) Coberturas: são as obrigações que a seguradora assume perante o segurado quando da ocorrência de um evento coberto;

f) Condições Contratuais: conjunto de disposições que regem a contratação, incluindo as constantes da proposta de contratação, das condições gerais e da apólice;

g) Condições Gerais: conjunto de cláusulas que regem um mesmo plano de seguro, estabelecendo obrigações e direitos, da seguradora e dos segurados;

h) Consignante: pessoa jurídica responsável, exclusivamente, pela efetivação de descontos em folha de pagamento e pelo respectivo repasse em favor da seguradora, correspondentes aos prêmios devidos pelos segurados;

i) Doenças ou Lesões Preexistentes e suas Conseqüências: são as doenças ou lesões, inclusive as congênitas, contraídas pelo segurado anteriormente à data de sua adesão ao seguro, caracterizando-se pela existência de sinais, sintomas e 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 contratação;

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

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

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

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

n) 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;

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

p) Período de Cobertura: aquele durante o qual o segurado fará jus aos capitais segurados contratados;

q) 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 segurado não terá direito à percepção dos capitais segurados contratados;

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

s) Prêmio Puro: valor correspondente ao prêmio pago, excluindo-se o carregamento e os impostos;

t) Proponente: o interessado em contratar a cobertura;

u) 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 uma cobertura (ou coberturas), manifestando pleno conhecimento das condições contratuais;

v) Riscos Excluídos: são aqueles riscos, previstos nas condições gerais, que não serão cobertos pelo plano;

w) Segurado: pessoa física sobre a qual se procederá a avaliação do risco e se estabelecerá o seguro;

x) 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;

y) Sinistro: a ocorrência do risco coberto, durante o período de vigência do plano de seguro; e

z) Vigência da Cobertura: é o período no qual a apólice de seguro está em vigor.

3) COBERTURAS DO SEGURO

Art. 3º. O seguro terá a cobertura de invalidez permanente total por acidente, descrita abaixo:

Invalidez Permanente Total por Acidente (IPTA): É a garantia do pagamento de uma indenização ao próprio segurado, relativa à perda, ou à impotência funcional definitiva, total, de um membro ou órgão em virtude de lesão física, causada por acidente coberto, ocorrido durante a vigência deste seguro.

Art. 4º. Serão consideradas as seguintes perdas de membros ou órgãos no caso de acidente, as quais deverão ser avaliadas depois da conclusão do tratamento, ou depois de esgotados os recursos terapêuticos para recuperação, quando da alta médica definitiva:

Invalidez Permanente	Discriminação	% sobre a Importância Segurada
FOFAJ	Perda total da visão de ambos os olhos	100

	Perda total do uso de ambos os membros superiores	100
	Perda total do uso de ambos os membros inferiores	100
	Perda total do uso de ambas as mãos	100
	Perda total do uso de um membro superior e um membro inferior	100
	Perda total do uso de uma das mãos e um dos pés	100
	Perda total do uso de ambos os pés	100
	Alienação mental total e incurável	100
	Perda total de ambos os rins	100

§ 1º. Também será considerada invalidez permanente total por acidente, caso de um mesmo acidente resulte a perda de mais de um membro ou órgão avaliados de acordo com os percentuais descritos na tabela abaixo e desde que a soma dos percentuais seja igual ou superior a 100%, devendo-se observar, que neste caso, será pago 100% do capital segurado.

Invalidez Permanente	Discriminação	% sobre a Importância Segurada
PARCIAL DIVERSAS	Perda total da visão de um olho	30
	Perda total da visão de um olho, quando o Segurado já não tiver a outra vista	70
	Surdez total incurável de ambos os ouvidos	40
	Surdez total incurável de um dos ouvidos	20
	Mudez incurável	50
	Fratura não consolidada do maxilar inferior	20
	Imobilidade do segmento cervical da coluna vertebral	20
	Imobilidade do segmento tóraco-lombo-sacro da coluna vertebral	25
	Perda total de um rim	15
	Amputação total do nariz	25
	Amputação total de uma orelha	8
	Amputação total de ambas as orelhas	12
	Perda do baço	15
	Perda de um ovário	6
	Perda de dois ovários	20
	Perda de um testículo	6
	Perda de dois testículos	12
	Amputação traumática do pênis	40
	Mastectomia total de um seio	10
	Mastectomia total de dois seios	20
MEMBROS SUPERIORES	Perda total do uso de um dos membros superiores	70
	Perda total do uso de uma das mãos	60

	Fratura não consolidada de um dos úmeros	50
	Fratura não consolidada de um dos segmentos rádio-ulnares	30
	Anquilose total de um dos ombros	25
	Anquilose total de um dos cotovelos	25
	Anquilose total de um dos punhos	20
	Perda total do uso de um dos polegares, inclusive o metacarpiano	25
	Perda total do uso de um dos polegares, exclusive o metacarpiano	18
	Perda total do uso da falange distal do polegar	9
	Perda total do uso de um dos dedos indicadores	15
	Perda total do uso de um dos dedos mínimos ou um dos dedos médios	12
	Perda total do uso de um dos dedos anulares	9
	Perda total do uso de qualquer falange, excluídas as do polegar: indenização equivalente a 1/3 do valor do dedo respectivo	
	PARCIAL MEMBROS INFERIORES	Perda total do uso de um dos membros inferiores
Perda total do uso de um dos pés		50
Fratura não consolidada de um fêmur		50
Fratura não consolidada de um dos segmentos tíbio-peroneiros		25
Fratura não consolidada da rótula		20
Fratura não consolidada de um pé		20
Anquilose total de um dos joelhos		20
Anquilose total de um dos tornozelos		20
Anquilose total de um quadril		20
Perda parcial de um dos pés, isto é, perda de todos os dedos e de uma parte do mesmo pé		25
Amputação do 1º (primeiro) dedo		10
Amputação de qualquer outro dedo		3
Perda total do uso de uma falange do 1º dedo, indenização equivalente a 1/2 e dos demais dedos, equivalente a 1/3 do respectivo dedo		
Encurtamento de um dos membros inferiores		
- de 5 (cinco) centímetros ou mais		15
- de 4 (quatro) centímetros	10	
- de 3 (três) centímetros	6	
- menos de 3 (três) centímetros: sem indenização		

§ 2º. Nos casos não especificados na tabela, o percentual para contagem será estabelecido tomando-se por base a diminuição permanente da

capacidade física do segurado.

§ 3º. Para efeito do percentual para contagem, a perda ou maior redução funcional de um membro ou órgão já defeituoso antes do acidente, deve ser deduzida do grau de invalidez definitiva.

§ 4º. A perda de dentes e os danos estéticos não dão direito à indenização por invalidez permanente.

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 contratação;

d) de atos ilícitos dolosos praticados pelo segurado ou pelo representante legal;

e) de acidentes ocorridos em consequência direta ou indireta de furacões, ciclones, terremotos, maremotos, erupções vulcânicas e outras convulsões da natureza; e

f) as perturbações e intoxicações alimentares de qualquer espécie, bem como as intoxicações decorrentes da ação de produtos químicos salvo quando prescritos por médico, em decorrência de acidente pessoal.

Art. 6º. Não estão cobertos danos e perdas causados direta ou indiretamente por ato terrorista, cabendo a 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. 7º. As coberturas do seguro previstas nestas condições aplicam-se para eventos cobertos ocorridos em qualquer parte do globo terrestre.

6) CARÊNCIAS

Art. 8º. Haverá carência, para a tentativa de suicídio, de 24 (vinte e quatro) meses ininterruptos, contados da data de adesão ao seguro, ou de sua recondução depois de suspenso e, neste caso, serão devolvidos ao segurado, os prêmios puros do seguro atualizados pela variação do índice do plano, apurado entre o último índice publicado antes da data do recebimento dos prêmios e aquele publicado imediatamente anterior à data da efetiva liquidação, estando ainda sujeito à aplicação de mora, conforme disposto no art. 17.

Parágrafo único. O pagamento antecipado dos prêmios não reduz o período de carência do plano.

7) ACEITAÇÃO DO SEGURO

Art. 9º. Poderão ser incluídos no seguro os proponentes com idade mínima de 16 anos e máxima de 85 anos, mediante a assinatura e o preenchimento completo da proposta de contratação, bem como a entrega dos documentos que a seguradora julgar necessários para análise dos riscos seguráveis.

§ 1º. Recebida a proposta de contratação 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 automaticamente aceito, caso a seguradora não manifeste a recusa da proposta de contratação por escrito 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 deduzido da parcela *pro rata temporis* correspondente ao período que tiver prevalecido a cobertura, compreendido entre a data de recepção do prêmio pela seguradora e a data de formalização da recusa, deverá ser devolvido, no prazo máximo de 10 (dez) dias corridos, atualizado pela variação do índice do plano de seguro, 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. 17.

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

Art. 10. A cada segurado incluído no seguro será enviada uma apólice, assinada pelos representantes legais da seguradora, que conterà no mínimo os seguintes elementos:

- a) nome da seguradora e seu CNPJ;
- b) número do processo SUSEP;
- c) dados cadastrais do segurado, incluindo o número da proposta;
- d) data de início de vigência;
- e) capital segurado;
- f) valor do prêmio e sua periodicidade de pagamento;
- g) data de emissão da apólice.

8) VIGÊNCIA DA COBERTURA

Art. 11. Caso a proposta tenha sido recepcionada 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.

Parágrafo único. A proposta recepcionada com adiantamento de valor para futuro pagamento total ou parcial do prêmio terá seu início de vigência a partir da data de recepção da proposta pela seguradora.

9) VIGÊNCIA DO SEGURO

Art. 12. O prazo de vigência deste seguro é vitalício.

10) CAPITAL SEGURADO

Art. 13. Para efeito de determinação do capital segurado, na liquidação dos sinistros, será considerado como data do evento gerador a data do acidente.

11) ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA

Art. 14. Nos casos de pagamento por desconto folha, o valor do prêmio e dos capitais segurados será atualizado anualmente, no mês de maio pelo IPCA (Índice de Preços ao Consumidor Amplo) acumulado nos 12 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. 15. Nos demais casos, onde o pagamento não se der por desconto em folha, o valor do prêmio e dos capitais segurados será atualizado anualmente, no mês de aniversário da contratação do Plano, pelo IPCA (Índice de Preços ao Consumidor Amplo) acumulado nos 12 meses que antecedem o mês anterior ao de aniversário da contratação do plano.

Art. 16. Caso o segurado tenha optado pela periodicidade anual do pagamento dos prêmios, o capital segurado será atualizado 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.

12) APLICABILIDADE DE MORA

Art. 17. Os valores relativos às obrigações pecuniárias da seguradora serão acrescidos de juros moratórios de 0,01% ao mês, quando o prazo de sua liquidação superar o prazo fixado no art. 26, sendo efetuada a partir do primeiro dia posterior ao término do referido prazo.

Parágrafo único. Para este plano não será adotada multa.

13) PAGAMENTO DE PRÊMIO

Art. 18. Os prêmios serão pagos mensalmente, trimestralmente, semestralmente ou anualmente, de acordo com o estabelecido na proposta de contratação, e sempre antecipadamente ao período de cobertura.

Parágrafo único. No caso de sinistro ou cancelamento do plano de seguro, será devolvida a parcela de prêmio proporcional aos meses correspondentes ao risco ainda a decorrer, em função do prazo a que se

refere o prêmio pago. O valor a ser devolvido será atualizado pela variação positiva do índice do plano desde a data do pagamento do prêmio até a data da efetiva devolução, estando ainda sujeito à aplicação de mora, conforme disposto no art. 17.

Art. 19. Os prêmios poderão ser pagos pelo segurado, em dinheiro, cheque, ordem de pagamento, documento de ordem de crédito, débito em conta corrente ou desconto em folha de pagamento.

§ 1º. Caso a data para pagamento do prêmio corresponda a um feriado bancário ou fim de semana, o pagamento poderá ser efetuado no primeiro dia útil subsequente.

§ 2º. Servirão de comprovante de pagamento de prêmios o recibo de pagamento em dinheiro ou cheque, o débito efetuado em conta bancária, o recibo de remessa ou de pagamento bancário ou postal devidamente compensado, ou ainda, a comprovação do desconto em folha de pagamento.

§ 3º. Caso a forma de pagamento seja o desconto em folha, a ausência de repasse a seguradora de prêmios recolhidos pelo consignante não poderá causar prejuízo aos segurados, no que se refere às coberturas previstas neste plano.

§ 4º. O segurado que não receber a ficha de compensação ou outro documento correspondente deverá fazer o recolhimento de seu pagamento por via postal ou por ordem de pagamento na rede bancária credenciada em favor da Seguradora até a data do vencimento, indicando seu nome, número de inscrição e endereço atualizado.

14) CONDIÇÕES PARA MANUTENÇÃO E CANCELAMENTO DAS COBERTURAS

Art. 20. Se, após a data estabelecida para pagamento do prêmio, este não tiver sido quitado, as coberturas deste seguro estarão suspensas a partir do primeiro dia de vigência do período de cobertura a que se referir à cobrança, ficando o segurado sem direito a receber indenização referente a qualquer cobertura contratada no caso de ocorrência do sinistro.

§ 1º. O segurado poderá ter a cobertura reabilitada no prazo máximo de 90 (noventa) dias, mediante quitação do prêmio do risco a decorrer 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.

Art. 21. No caso do prêmio pago mensalmente, a falta de pagamento de 3 (três) parcelas, consecutivas, 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 com antecedência de pelo menos 10 (dez) dias antes do término do prazo previsto no *caput* deste artigo e no parágrafo 1º, através de correspondência ao mesmo, advertindo-o quanto à necessidade de quitação dos prêmios em atraso, sob pena de cancelamento do seguro.

Art. 22. O seguro será cancelado, ainda, com a solicitação do segurado.

Art. 23. 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.

§ 1º. A seguradora, desde que o faça nos quinze dias seguintes ao recebimento do aviso da agravação do risco, poderá dar ciência ao segurado, por escrito, de sua decisão de cancelar o contrato.

§ 2º. O cancelamento só será eficaz trinta dias após a notificação.

Art. 24. As apólices não poderão ser canceladas durante a vigência pela sociedade seguradora sob a alegação de alteração da natureza dos riscos.

Art. 25. No caso de resilição total ou parcial do seguro, a qualquer tempo, por iniciativa de quaisquer das partes contratantes e com a concordância recíproca, a sociedade seguradora poderá reter do prêmio recebido, além dos emolumentos, a parte proporcional ao tempo decorrido.

15) PERDA DO DIREITO À INDENIZAÇÃO

Art. 26. 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 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.

16) LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

Art. 27. 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:

DOCUMENTOS DO SEGURADO

- 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 Aviso de Sinistro de Seguro de Acidentes Pessoais, devidamente preenchido;
- d) Formulário de Habilitação de Beneficiários, devidamente preenchido;
- e) Formulário Aviso de Alta Médica, devidamente preenchido;
- f) Formulário Relatório do Médico Assistente, devidamente preenchido com firma reconhecida;
- g) Formulário Laudo Oftalmológico, se necessário;
- h) radiografias, se houver;
- i) cópia autenticada do Boletim de Ocorrência Policial;
- j) cópia autenticada da Carteira Nacional de Habilitação, em caso de acidente com veículo dirigido pelo segurado; e
- k) cópia autenticada do Laudo do Exame Toxicológico e de Teor Alcoólico, quando realizado.

Art. 28. A partir da entrega de toda documentação básica exigível, listada no art. 27, por parte do segurado, a seguradora terá o prazo de até 30 (trinta) dias para liquidação do sinistro.

Art. 29. É facultada a 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 às exigências.

Art. 30. No caso de divergências sobre a causa, natureza ou extensão de lesões, bem como a avaliação da incapacidade relacionada ao segurado, a sociedade 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 junta médica.

§ 1º. A junta médica de que trata o *caput* deste artigo será constituída por 3 (três) membros, sendo um nomeado pela sociedade seguradora, outro pelo segurado e um terceiro, desempatador, escolhido pelos dois nomeados.

§ 2º. Cada uma das partes pagará os honorários do médico que tiver designado; os do terceiro serão pagos, em partes iguais, pelo segurado e pela seguradora.

§ 3º. O prazo para constituição da junta médica será de, no máximo, 15 (quinze) dias a contar da data da indicação do membro nomeado pelo segurado.

Art. 31. A indenização devida e não paga, no prazo disposto no art. 28, será atualizada monetariamente da data do evento gerador até a data do efetivo pagamento pelo índice estabelecido nessas condições gerais.

Parágrafo único. 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 anterior à data de sua efetiva liquidação, estando ainda sujeito à aplicação de mora, conforme disposto no art. 17.

Art. 32. A cobertura de invalidez permanente total por acidente será paga de forma única.

17) BENEFICIÁRIOS

Art. 33. O beneficiário será o próprio segurado.

18) DISPOSIÇÕES GERAIS

Art. 34. No caso de extinção ou vedação do índice de atualização de valores, a seguradora adotará como índice substitutivo o IGPM.

Art. 35. 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. 36. O registro deste seguro na SUSEP não implica, por parte da Autarquia, incentivo ou recomendação a sua comercialização.

Art. 37. 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. 38. Qualquer alteração na apólice em vigor dependerá de anuência do segurado.

20) FORO

Art. 39. As questões judiciais, entre o segurado e a seguradora, serão processadas no foro do domicílio do segurado.

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.

21) Prescrição

Art. 40. 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)