

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

SEGURO DE PESSOAS EM GRUPO MEDASSURE CONDIÇÕES GERAIS
PROCESSO SUSEP Nº 15414.646592/2024-00

1) OBJETIVO DO SEGURO

Art. 1º. Este seguro tem por objetivo garantir o pagamento, ao segurado, de uma indenização, no que se refere ao reembolso das despesas médicas decorrentes de complicações imprevistas resultantes da intervenção de uma Cirurgia Estética e para as quais é considerado necessário o tratamento médico prestado por um Médico, desde que não esteja abrangida pelo Item 4 - Riscos Excluídos e respeitadas as demais condições contratuais e o valor do limite da indenização.

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) Aceitação: ato de admissão, pela Seguradora, de Proposta de Contratação apresentada pelo Segurado para cobertura do Risco Coberto;

b) 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:

b.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.

b.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 póstratamentos, 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.**
- c) Agravamento do risco:** aumento da probabilidade de ocorrência do Risco Coberto ou da intensidade de seus efeitos por ato do Segurado;
- d) Apólice:** documento emitido pela seguradora formalizando a aceitação da cobertura solicitada pelo estipulante;
- e) Beneficiário:** pessoa física designada para receber o valor da indenização, na hipótese de ocorrência do sinistro;
- f) Cancelamento:** extinção do contrato de Seguro antes do término de sua Vigência;
- g) Capital Segurado:** valor máximo para a cobertura contratada a ser pago pela sociedade seguradora na ocorrência do sinistro;

- h) **Carregamento:** importância destinada a atender às despesas administrativas e de comercialização;
- i) **Cirurgia:** procedimento invasivo realizado em ambiente hospitalar;
- j) **Cirurgia Estética:** O procedimento invasivo cujo objetivo é melhorar a aparência física das diferentes partes do corpo do segurado, corrigindo imperfeições ou ajustando formas e contornos e, portanto, para fins puramente estéticos, **realizado em uma única vez (uma única anestesia)**, mas que pode ter combinações de diferentes regiões ou áreas faciais e corporais, desde que o Prêmio adicional tenha sido pago para cobrir múltiplas Cirurgias;
- k) **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;
- l) **Coberturas:** são as obrigações que a seguradora assume perante o segurado quando da ocorrência de um evento coberto;
- m) **Complicação:** Evento secundário à realização de uma Cirurgia Estética que altera a evolução normal da mesma ou que põe em perigo a vida ou viabilidade de um órgão ou região corporal do Segurado e que torna necessária uma nova Cirurgia ou Tratamento Médico para a resolução e reabilitação;
- n) **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;
- o) **Condições Gerais:** conjunto de cláusulas que regem um mesmo plano de seguro, estabelecendo obrigações e direitos, da seguradora, dos segurados e dos beneficiários;
- p) **Consentimento informado:** A aceitação livre, voluntária e consciente, por escrito, pelo paciente, em pleno uso de suas faculdades, após o recebimento das informações médicas necessárias, a fim de realizar determinadas ações que afetam a saúde do paciente;
- q) **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;

- r) **Despesas Médicas:** Despesas médicas incorridas pelo Segurado, relativas a um Tratamento coberto por esta Condição Geral e sujeito aos sublimites definidos na Proposta de Contratação;
- s) **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;
- t) **Estipulante/ Subestipulante:** 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;
- u) **Evento Coberto:** é o acontecimento futuro, possível e incerto, passível de ser indenizado pelas coberturas contempladas nestas condições gerais;
- v) **Formulário de Aviso de Sinistro:** é o documento pelo qual é feita a comunicação de um sinistro à seguradora;
- w) **Grupo Segurado:** é a totalidade do grupo segurável efetivamente aceita e incluída na apólice coletiva;
- x) **Grupo Segurável:** é a totalidade das pessoas físicas vinculadas ao estipulante que reúne as condições para inclusão na apólice coletiva;
- y) **Hospital:** é o estabelecimento legalmente habilitado, constituído e licenciado no Brasil, devidamente instalado e equipado para tratamento médico, clínico e/ou cirúrgico de seus pacientes. Não se entende como estabelecimento hospitalar, clínicas, creches, casas de repouso ou casas de convalescença para idosos, ou local que funcione como centro de tratamento para dependentes do uso de drogas e/ou álcool, exceto casos previamente autorizados pela seguradora;
- z) **Hospitalização ou Internação Hospitalar:** é a permanência em hospital em regime de internação, indicada por profissional médico habilitado, caracterizada pela utilização de acomodação de que o estabelecimento disponha para tratamentos clínicos ou cirúrgicos que não possam ser realizados em regime ambulatorial, domiciliar ou em consultório;
- aa) **Indenização:** valor que a seguradora deverá pagar ao beneficiário quando da ocorrência de um evento coberto contratado;

- bb) Início de Vigência:** é a data a partir da qual as coberturas de risco propostas serão garantidas pela sociedade seguradora;
- cc) Liquidação/Regulação do Sinistro:** procedimento por meio do qual a Seguradora, avisada de um Sinistro, apura os prejuízos ou os efeitos contratuais dele decorrentes e se pronuncia quanto ao pagamento do Capital Segurado;
- dd) Médico:** é o profissional legalmente licenciado para a prática da medicina. Não serão aceitos como Médico o próprio segurado, seu cônjuge, seus dependentes, parentes consanguíneos ou afins, mesmo que habilitados a exercer a prática da medicina;
- ee) Nota Técnica Atuarial:** documento que contém a descrição e o equacionamento técnico do seguro e que deverá ser protocolizado na SUSEP previamente à comercialização;
- ff) Período de Cobertura:** aquele durante o qual o segurado ou os beneficiários, quando for o caso, farão jus aos capitais segurados contratados;
- gg) 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;
- hh) Prêmio:** valor correspondente a cada um dos pagamentos destinados ao custeio do seguro;
- ii) Prêmio Puro:** valor correspondente ao prêmio pago, excluindo-se o carregamento e os impostos;
- jj) Proponente:** o interessado em contratar a cobertura;
- kk) 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;
- ll) 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;

- mm) Relatório Médico:** Documento emitido por Médico que inclui um diagnóstico que pode ser usado como base para a Reclamação;
- nn) Riscos Excluídos:** são aqueles riscos, previstos nas condições gerais, que não serão cobertos pelo seguro;
- oo) Segurado:** pessoa física sobre a qual se procederá a avaliação do risco e se estabelecerá o seguro;
- pp) 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;
- qq) Seguro Contributivo:** seguro no qual o pagamento do prêmio é de responsabilidade exclusiva do segurado; e
- rr) Sinistro:** a ocorrência do risco coberto, durante o período de vigência do plano de seguro;
- ss) Tratamento:** Conjunto de medidas aplicadas por um Médico ao Segurado para remediar uma Complicação derivada de uma Cirurgia Estética;
- tt) Tratamento Médico Necessário:** Terapia curativa, serviços de saúde, procedimentos ou suprimentos médicos que a Seguradora, em mútuo acordo com o Médico do Segurado, tenha considerado necessários para o Tratamento e/ou diagnóstico de uma Complicação de Cirurgia Estética. Determina-se que o serviço médico não é medicamente necessário se:
1. É fornecido pela simples preferência ou desejo do Segurado, sua família ou provedor e não é essencial para aliviar a Complicação derivada da Cirurgia Estética no Segurado;
 2. Não é apropriado para diagnóstico ou tratamento da Complicação específica do Segurado;
 3. Ultrapassa o nível de cuidados necessários para o diagnóstico ou Tratamento de uma Complicação específica;
 4. Está fora das práticas geralmente aceitas da especialidade e das recomendações do Conselho Federal de Medicina.
- uu) Unidade de Terapia Intensiva (UTI):** Unidade especial dentro da área hospitalar que presta serviços de terapia intensiva e reanimação.

3) COBERTURAS DO SEGURO

Art. 3º. O seguro terá a seguinte cobertura:

I. Complicações Cirúrgicas: É a garantia do pagamento, ao segurado, de uma indenização, no que se refere ao reembolso das despesas médicas decorrentes de complicações imprevistas resultantes de uma Cirurgia Estética e para as quais é considerado necessário o tratamento médico prestado por um Médico, além dos custos dos tratamentos para recuperar o resultado estético original até o valor do limite da indenização.

Art. 4º. Os módulos disponíveis para contratação são os seguintes:

1. Complicações Cirúrgicas – Reembolso por Internação Hospitalar;
2. Complicações Cirúrgicas – Reembolso por Internação Hospitalar em Unidade de Tratamento Intensivo (UTI);
3. Módulos 1 + 2.

§ 1º. Aplicadas as demais limitações e exclusões previstas nesta Condição Geral, independentemente do módulo contratado, a cobertura contratada as coberturas contratadas aplica-se somente a Complicações exclusivamente decorrentes das seguintes Cirurgias Estéticas:

- a) Abdominoplastia (lifting do abdômen);
- b) Blefaroplastia (Cirurgia de rejuvenescimento das pálpebras/elevação das pálpebras);
- c) Lifting Facial (ritidectomia; nas áreas relevantes: face ou pescoço/gordura própria);
- d) Aumento das nádegas (aumento das nádegas/implantação/gordura própria);
- e) Lifting das nádegas;
- f) Ginecomastia (redução da glândula mamária masculina);
- g) Lifting da bolsa escrotal;
- h) Aumento do queixo (aumento do queixo/implante/suas próprias gorduras);
- i) Ninfoplastia/ Labioplastia (redução dos lábios vaginais);
- j) Lipoaspiração (lipoaspiração; nos seguintes setores relevantes: nádegas e pernas ou abdômen ou tronco ou pescoço ou braços);
- k) Body Lifting (parte inferior);
- l) Aumento dos seios (aumento dos seios/implante/sua própria gordura);

- m)** Redução plástica da mama (redução das mamas / eliminação da glândula mamária feminina);
- n)** Mastopexia (suspensão mamária);
- o)** Correção de cicatrizes;
- p)** Agulha / Needling (nos setores relevantes: cabeça ou braços ou tronco ou abdômen ou nádegas e pernas);
- q)** Lifting Braquial;
- r)** Lifting Crural;
- s)** Otoplastia (reposicionamento de orelhas proeminentes);
- t)** Aumento do pênis (espessamento/prolongamento);
- u)** Rinoplastia (correção nasal);
- v)** Sucção de glândulas sudoríparas;
- w)** Elevação da testa;
- x)** Aumento da panturrilha (aumento da panturrilha/implante); e
- y)** Aumento do rosto (aumento do rosto/da própria gordura).

§ 2º. Os riscos segurados, independente do módulo e das coberturas contratadas, são exclusivamente as seguintes Complicações, que podem ocorrer durante ou após a Cirurgia Estética segurada:

- a) Distúrbios de cicatrização de feridas;
- b) Infecções;
- c) Ruptura não intencional de suturas cirúrgicas;
- d) Necrose de tecidos;
- e) Tratamento de hematomas graves;
- f) Tratamento de seromas profundos;
- g) Choque anafilático, hipovolêmico ou asséptico;
- h) Choque anestésico;
- i) Trombose;
- j) Embolia;
- k) Hemorragia; e
- l) Insuficiência cardiovascular ou pulmonar.

§ 3º. Caso seja optado na Proposta de Contratação a cobertura para Cirurgias Estéticas Múltiplas, estarão cobertas as complicações de no máximo 3 Cirurgias realizadas simultaneamente na mesma operação, respeitando a lista de Cirurgias contida no item 4.

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; e**
- h) de atos ilícitos dolosos ou por culpa grave do Segurado ou seu representante.**

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

- a) estados de convalescença (após a alta médica) e as despesas de acompanhantes;**

- b) aparelhos que se referem a órteses de qualquer natureza e a prótese de caráter permanente, salvo as próteses de silicone e para correção da perda de dentes naturais; e
- c) serviços e tratamentos odontológicos.

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

Art. 8º. Não se considera risco excluído a incapacidade do Segurado proveniente da utilização de meio de transporte mais arriscado, da prestação do serviço militar, da prática de esporte, ou de atos de humanidade em auxílio de outrem.

Art. 9º. Não serão reembolsadas Despesas Médicas incorridas como resultado de qualquer uma das seguintes circunstâncias:

- a) Complicações que curam ou podem curar sem ajuda médica dentro de 14 (catorze) dias; cobertura de seguro também não ocorre se, apesar disso, o segurado foi medicamente tratado;
- b) Complicações que podem surgir da tentativa ou execução efetiva de um ato criminoso punível por lei;
- c) Complicações decorrentes de lesões automotivas causadas pelo Segurado;
- d) Tratamentos radioativos;
- e) Terapias cirúrgicas de rejuvenescimento das pálpebras: cegueira;
- f) Perda de cabelo na testa em operações de lifting facial;
- g) Insatisfação com o resultado, baseada exclusivamente em um sentimento subjetivo do segurado;
- h) Complicações decorrentes de um defeito do produto ou como consequência de falha do produto ou negligência médica;
- i) Complicações decorrentes de diagnósticos, tratamentos e/ou procedimentos que estejam em andamento antes da data de vigência da apólice, ou que não estejam relacionados ao procedimento de Cirurgia Estética;
- j) Complicações dos procedimentos de Cirurgia Estética decorrentes de um Tratamento ou do fornecimento de medicamentos ou produtos não prescritos ou endossados pelo médico especialista em tratamento;
- k) Fibrose capsular Baker 1 e 2;
- l) Assimetrias;
- m) Pioramento da silhueta;

- n) Disestesias;
- o) Parestesia (formigueiro, comichão);
- p) Sensações de dormência;
- q) Lesões nervosas; e
- r) Entorpecimento.

5) ÂMBITO GEOGRÁFICO DA COBERTURA

Art. 10º. O presente Seguro somente cobre despesas médicas derivadas das Cirurgias realizadas no Brasil.

6) CARÊNCIA E FRANQUIA

Art. 11º. Não haverá carência para este produto.

Art. 12º. Não haverá franquia para este produto.

7) ACEITAÇÃO DO SEGURO

Art. 13º. 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 (dezesseis) e máxima de 75 (setenta e cinco) anos, mediante a assinatura e o preenchimento completo da proposta de adesão, 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. 22º, 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.

§ 5º. Caso o Segurado queira realizar nova Cirurgia Estética, o mesmo deverá contratar nova proposta, que será exclusivamente para pagamento de Complicações Cirúrgicas resultantes dessa nova Cirurgia, independentemente do módulo contratado.

Art. 14º. A cada segurado incluído no seguro será enviado um certificado individual, assinado pelos representantes legais da seguradora, que conterá no mínimo os elementos contidos na legislação em vigor.

8) VIGÊNCIA DA COBERTURA INDIVIDUAL

Art. 15º. Caso as propostas 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 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.

Art. 16º. Independentemente do módulo contratado, a cobertura terá vigência de 60 (sessenta) dias contados da data da Cirurgia. Não é possível aumentar ou reduzir o prazo de vigência uma vez que este Seguro tenha sido contratado.

Parágrafo único. Seguindo a regra do § 1º do art. 16º, não serão reembolsadas despesas médicas incorridas com Internação Hospitalar iniciadas após 60 (sessenta) dias da data da Cirurgia realizada.

9) VIGÊNCIA E RENOVAÇÃO DO SEGURO

Art. 17º. 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.

10) CAPITAL SEGURADO

Art. 18º. Independentemente do módulo contratado, o capital segurado será pago em forma de reembolso, referente as despesas médicas decorrentes de complicações imprevistas resultantes de uma Cirurgia Estética e para as quais é considerado necessário o tratamento médico prestado por um Médico.

Art. 19º. Independentemente do módulo contratado, o reembolso das Despesas Médicas será coberto com um montante máximo definido na Proposta de Contratação.

Art. 20º. Os valores máximos de reembolso serão conforme tabela abaixo:

Categoria	Limite de diárias	Referência	Limite de Reembolso
Diária de Hospital	10 (dez)	por sinistro	R\$ 1.000,00
Diária de Hospital em UTI	25 (vinte e cinco)	por sinistro	R\$ 6.000,00

§ 1º. No caso de UTI, o período máximo de cobertura é de 25 dias e um total de R\$ 150,000,00 (cento e cinquenta mil reais). No caso de outras hospitalizações, o período máximo de cobertura é de 10 dias e um total de R\$ 10.000,00. A soma total segurada da apólice é de R\$ 150.000,00, não podendo conter ambos os tipos de eventos na mesma apólice. Uma vez ocorrido o primeiro evento de sinistro (UTI ou não UTI), a apólice é cancelada.

11) ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA

Art. 21º. Os valores dos capitais segurados serão atualizados anualmente, no mês de aniversário da apólice, pelo IPCA (Índice de Preços ao Consumidor Amplo) acumulado nos 12 (doze) meses que antecedem o aniversário da apólice.

12) APLICABILIDADE DE MORA

Art. 22º. 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. 39º, 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. 23º. O custeio do seguro será contributivo.

Art. 24º. O pagamento do Prêmio deverá ser efetivado em uma única parcela.

§ 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. 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.

§ 5º. 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. 25º. As coberturas serão ainda canceladas no caso do recebimento de 100% do capital segurado por evento.

Art. 26º. 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.

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

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

§ 3º. Caso haja diferença de prêmio, esta será restituída ao segurado, corrigida pela variação do indexador previsto no plano, além de juros de mora.

§ 4º. As apólices não poderão ser canceladas durante a vigência pela sociedade seguradora sob a alegação de alteração da natureza dos riscos.

Art. 27º. No caso de pedido de cancelamento do plano de seguro cujo prêmio foi pago, o segurado permanecerá coberto pelo período correspondente ao risco ainda a decorrer, em função do prazo a que se refere o prêmio já pago, sem que haja devolução do prêmio.

Art. 28º. O contrato de seguro poderá 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. 29º. A cobertura individual cessa com a sua morte ou ao final do prazo de vigência da apólice e/ou cobertura.

16) PERDA DO DIREITO À INDENIZAÇÃO

Art. 30º. 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. 31º. O segurado perderá, ainda, o direito à indenização se agravar intencionalmente o risco.

17) LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

Art. 32º. No caso de uma Complicação que possa dar origem a uma obrigação de indenização, o Segurado deve consultar um Médico e seguir as suas prescrições.

Art. 33º. O Segurado é obrigado a informar imediatamente a Seguradora de quaisquer Complicações que tenha sofrido na sequência de uma Cirurgia Estética e que possam dar origem a uma obrigação de pagamento de indenização, no prazo máximo de 30 (trinta) dias após a apresentação da Complicação (data do diagnóstico) ou a consulta de um Médico e, em qualquer caso, antes da próxima Cirurgia ser efetuada.

Art. 34º. 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) aviso de sinistro;
- c) Relatório médico explicando os serviços médicos e/ou hospitalares prestados (definição técnica ou código da tabela TUSS) ao Segurado, bem como o relatório de alta médica ou hospitalar, nome do hospital, e data do procedimento;
- d) atestado do hospital confirmando a realização do procedimento e data do procedimento;
- e) cópia do comprovante de residência de contas (luz, gás, água, telefone fixo, etc.) do segurado;
- f) formulário de habilitação de beneficiários, devidamente preenchido e assinado pelo segurado ou beneficiários após a realização da Cirurgia; e
- g) exames laboratoriais pré-operatórios e o relatório médico, bem como laudo médico da Cirurgia realizada.
- h) Justificação ou prova de pagamento de faturas pelo Segurado.

- i) Identificação da pessoa singular ou coletiva que prestou os cuidados (médico, clínica ou hospital, etc.), indicando, se for caso disso, apelidos, nome próprio ou nome da empresa, endereço, número de sócio e número de identificação fiscal (N.I.F).
- j) A natureza das despesas médicas incorridas (Cirurgia, anestesia, medicamentos, etc.) e suas datas e montantes.

Art. 35º. A não entrega dos documentos listados acima será considerado como uma renúncia expressa a qualquer reembolso, salvo se não tiver sido possível cumprilas por motivos de força maior.

Art. 36º. A partir da entrega de toda a documentação exigível, listada no art. 34º, por parte do segurado, a seguradora terá o prazo de até 30 (trinta) dias para liquidação do sinistro.

Art. 37º. 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. 38º. 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 no art. 29º.

Art. 39º. A indenização devida e não paga, no prazo disposto no art. 36º, 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 e multa conforme disposto no art. 22º.

§ 2º. Nenhuma correção será devida no caso de cumprimento do prazo para pagamento disposto no art. 36º.

§ 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.

Art. 40º. As despesas efetuadas com a comprovação do Sinistro e documentos de habilitação correrão por conta do Segurado, salvo as diretamente realizadas pela Seguradora.

18) BENEFICIÁRIOS

Art. 41º. O beneficiário será o próprio segurado.

Parágrafo único. Caso ocorra a morte do segurado por conta do Tratamento da Complicação originária da Cirurgia Estética coberta pelo presente seguro após o aviso do sinistro à seguradora, respeitados os limites e carências, 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. 42º. 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. 43º. No caso de extinção ou vedação do índice de atualização de valores, a seguradora adotará como índice substitutivo o INPC.

Art. 44º. 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. 45º. 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. 46º. O registro deste plano na SUSEP não implica, por parte da Autarquia, incentivo ou recomendação a sua comercialização.

Art. 47º. 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. 48º. 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 Proposta de Contratação.

21) FORO

Art. 49º. As questões judiciais, entre o segurado e a sociedade 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.

22) PRESCRIÇÃO

Art. 50º. Os prazos prescricionais são aqueles previstos em lei.

3200 a 3211

CONDIÇÕES GERAIS
REEMBOLSO DE
RISCOS CIRÚRGICOS

med+assure

MAG
SEGUROS

GRUPO MONGERAL  EGON

CONDIÇÕES GERAIS

1) OBJETIVO DO SEGURO	5
2) DEFINIÇÕES	5
3) COBERTURAS DO SEGURO	7
4) RISCOS EXCLUÍDOS	8
5) ÂMBITO GEOGRÁFICO DA COBERTURA	9
6) CARÊNCIA	9
7) ACEITAÇÃO DO SEGURO	9
8) VIGÊNCIA DA COBERTURA INDIVIDUAL	10
9) VIGÊNCIA E RENOVAÇÃO DO SEGURO	10
10) CAPITAL SEGURADO	10
11) ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA	11
12) APLICABILIDADE DE MORA	11
13) PAGAMENTO DE PRÊMIO	11
14) CONDIÇÕES PARA MANUTENÇÃO E CANCELAMENTO DAS COBERTURAS	11
15) CESSAÇÃO DA COBERTURA INDIVIDUAL	12
16) PERDA DO DIREITO À INDENIZAÇÃO	12
17) LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS	12
18) BENEFICIÁRIOS	14
19) OBRIGAÇÕES DO ESTIPULANTE	14
20) DISPOSIÇÕES GERAIS	14
21) FORO	15
22) PRESCRIÇÃO	15

CONDIÇÕES GERAIS

1) OBJETIVO DO SEGURO

Art. 1º. Este seguro tem por objetivo garantir o pagamento, ao segurado, de reembolso das despesas médicas decorrentes de complicações imprevistas, resultantes da intervenção de uma Cirurgia Estética e para as quais é considerado necessário o tratamento médico prestado por um Médico, além dos custos dos tratamentos para recuperar o resultado estético original, até o valor do limite da indenização, desde que não esteja abrangida pelo Item 4 - Riscos Excluídos e respeitadas as 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) **Aceitação:** ato de admissão, pela Seguradora, de Proposta de Contratação apresentada pelo Segurado para cobertura do Risco Coberto.
- b) **Agravamento do risco:** aumento da probabilidade de ocorrência do Risco Coberto ou da intensidade de seus efeitos por ato do Segurado.
- c) **Apólice:** documento emitido pela seguradora formalizando a aceitação da cobertura solicitada pelo estipulante;
- d) **Beneficiário:** pessoa física designada para receber o valor da indenização, na hipótese de ocorrência do sinistro;
- e) **Cancelamento:** extinção do contrato de Seguro antes do término de sua Vigência.
- f) **Capital Segurado:** valor máximo para a cobertura contratada a ser pago pela sociedade seguradora na ocorrência do sinistro;
- g) **Carregamento:** importância destinada a atender às despesas administrativas e de comercialização;
- h) **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;
- i) **Cirurgia:** procedimento médico invasivo realizado em ambiente hospitalar;
- j) **Cirurgia Estética:** O procedimento médico invasivo cujo objetivo é melhorar a aparência física das diferentes partes do corpo do segurado e, portanto, para fins puramente estéticos, **realizada em uma única vez (uma única anestesia)**, mas que pode ter combinações de diferentes regiões ou áreas faciais e corporais, desde que o Prêmio adicional tenha sido pago para cobrir múltiplas Cirurgias;
- k) **Coberturas:** são o conjunto dos riscos cobertos elencados na apólice ou no certificado individual;
- l) **Complicação:** Evento secundário à realização de uma Cirurgia Estética que altera a evolução normal do seu resultado ou que põe em perigo a vida do segurado ou oferece risco à viabilidade de um órgão ou região corporal do Segurado, havendo a necessidade de uma nova Intervenção ou Tratamento Médico para a resolução e reabilitação.
- m) **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;

- n) **Condições Gerais:** conjunto de cláusulas que regem um mesmo plano de seguro, estabelecendo obrigações e direitos, da seguradora, dos segurados e dos beneficiários;
- o) **Consentimento informado:** A aceitação livre, voluntária e consciente, por escrito, pelo paciente ou seu representante legal, em pleno uso de suas faculdades, após o recebimento das informações médicas necessárias, a fim de realizar determinadas ações que afetam a saúde do paciente.
- p) **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;
- q) **Corretora:** representante do segurado legalmente autorizada a angariar e promover a contratação de um determinado seguro;
- r) **Despesas Médicas:** Despesas médicas incorridas pelo Segurado, relativas a um Tratamento coberto por esta Condição Geral e sujeito aos sublimites definidos na Proposta de Contratação.
- s) **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; **Evento Coberto:** é o acontecimento futuro, possível e incerto, passível de ser indenizado pelas coberturas contempladas nestas condições gerais;
- t) **Formulário de Aviso de Sinistro:** é o documento pelo qual é feita a comunicação de um sinistro à seguradora;
- u) **Grupo Segurado:** é a totalidade do grupo segurável efetivamente aceita e incluída na apólice coletiva;
- v) **Grupo Segurável:** é a totalidade das pessoas físicas vinculadas ao estipulante que reúne as condições para inclusão na apólice coletiva;
- w) **Hospital:** é o estabelecimento legalmente habilitado, constituído e licenciado no Brasil, devidamente instalado e equipado para tratamento médico, clínico e/ou cirúrgico de seus pacientes. Não se entende como estabelecimento hospitalar, clínicas, creches, casas de repouso ou casas de convalescença para idosos, ou local que funcione como centro de tratamento para dependentes do uso de drogas e/ou álcool, exceto casos previamente autorizados pela seguradora;
- x) **Hospitalização ou Internação Hospitalar:** é a permanência em hospital em regime de internação, indicada por profissional médico habilitado, caracterizada pela utilização de acomodação de que o estabelecimento disponha para tratamentos clínicos ou cirúrgicos que não possam ser realizados em regime ambulatorial, domiciliar ou em consultório;
- y) **Indenização:** valor que a seguradora deverá pagar ao beneficiário quando da ocorrência de um evento coberto contratado;
- z) **Início de Vigência:** é a data a partir da qual as coberturas de risco contratadas serão garantidas pela sociedade seguradora;
- aa) **Liquidação/Regulação do Sinistro:** procedimento por meio do qual a Seguradora, avisada de um Sinistro, apura os prejuízos ou os efeitos contratuais dele decorrentes e se pronuncia quanto ao pagamento ou não do Capital Segurado.
- bb) **Médico:** é o profissional legalmente licenciado para a prática da medicina. Não serão aceitos como Médico o próprio segurado, seu cônjuge, seus dependentes, parentes consanguíneos ou afins, mesmo que habilitados a exercer a prática da medicina;
- cc) **Nota Técnica Atuarial:** documento que contém a descrição e o equacionamento técnico do seguro e que deverá ser protocolizado na SUSEP previamente à comercialização;
- dd) **Período de Cobertura:** período durante o qual o segurado ou os beneficiários, quando for o caso, farão jus aos capitais segurados contratados;
- ee) **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;
- ff) **Prêmio:** valor correspondente a cada um dos pagamentos destinados ao custeio do seguro;
- ii) **Prêmio Puro:** valor correspondente ao prêmio pago, excluindo-se o carregamento e os impostos;
- jj) **Proponente:** o interessado em contratar a cobertura;

- kk) 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;
- ll) 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;
- mm) Relatório Médico:** Documento emitido por Médico que inclui um diagnóstico que pode ser usado como base para a Reclamação.
- nn) Riscos Excluídos:** são aqueles riscos, previstos nas condições gerais, que não são cobertos pelo seguro;
- oo) Segurado:** pessoa física sobre a qual a Seguradora procederá a avaliação do risco e se estabelecerá o seguro;
- pp) 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;
- qq) Seguro Contributivo:** seguro no qual o pagamento do prêmio é de responsabilidade exclusiva do segurado;
- rr) Sinistro:** a ocorrência do risco coberto, durante o período de vigência do plano de seguro.
- ss) SUSEP:** a Superintendência de Seguros Privados, autarquia federal vinculada ao Ministério da Economia que atua na regulação, supervisão, fiscalização e incentivo das atividades de seguros, previdência complementar aberta e capitalização.
- tt) Tratamento:** Conjunto de medidas aplicadas por um Médico ao Segurado para remediar uma Complicação derivada de uma Cirurgia Estética.
- uu) Tratamento Médico Necessário:** Terapia curativa, serviços de saúde, procedimentos ou suprimentos médicos que a Seguradora, em mútuo acordo com o Médico do Segurado, tenha considerado necessários para o Tratamento e/ou diagnóstico de uma Complicação de Cirurgia Estética. Determina-se que o serviço médico não é medicamente necessário se:
1. É fornecido pela simples preferência ou desejo do Segurado, sua família ou provedor e não é essencial para aliviar a Complicação derivada da Cirurgia Estética no Segurado;
 2. Não é apropriado para diagnóstico ou tratamento da Complicação específica do Segurado;
 3. Ultrapassa o nível de cuidados necessários para o diagnóstico ou Tratamento de uma Complicação específica;
 4. Está fora das práticas geralmente aceitas da especialidade e das recomendações do Conselho Federal de Medicina.
- vv) Unidade de Terapia Intensiva (UTI):** Unidade especial dentro da área hospitalar que presta serviços de terapia intensiva e reanimação.

3) COBERTURAS DO SEGURO

Art. 3º. Aplicadas as demais limitações e exclusões previstas nestas Condições Gerais, a cobertura contratada aplica-se somente a complicações exclusivamente decorrentes das seguintes Intervenções:

- a) Abdominoplastia (lifting do abdômen);
- b) Blefaroplastia (cirurgia de rejuvenescimento das pálpebras/elevação das pálpebras);
- c) Lifting Facial (ritidectomia; nas áreas relevantes: face ou pescoço/gordura própria);
- d) Aumento das nádegas (aumento das nádegas/implantação/gordura própria);
- e) Lifting das nádegas;
- f) Ginecomastia (redução da glândula mamária masculina);
- g) Lifting da bolsa escrotal;
- h) Aumento do queixo (aumento do queixo/implante/suas próprias gorduras);
- i) Ninfoplastia / Labioplastia (redução dos lábios vaginais);

- j) Lipoaspiração (lipoaspiração; nos seguintes setores relevantes: nádegas e pernas ou abdômen ou tronco ou pescoço ou braços);
- k) Body Lifting (parte inferior);
- l) Aumento dos seios (aumento dos seios/implante/sua própria gordura);
- m) Redução plástica da mama (redução das mamas / eliminação da glândula mamária feminina);
- n) Mastopexia (suspensão mamária);
- o) Correção de cicatrizes;
- p) Agulha / Needling (nos setores relevantes: cabeça ou braços ou tronco ou abdômen ou nádegas e pernas);
- q) Lifting Braquial;
- r) Lifting Crural;
- s) Otoplastia (reposicionamento de orelhas proeminentes);
- t) Aumento do pênis (espessamento/prolongamento);
- u) Rinoplastia (correção nasal);
- v) Sucção de glândulas sudoríparas;
- w) Elevação da testa;
- x) Aumento da panturrilha (aumento da panturrilha/implante); e
- y) Aumento do rosto (aumento do rosto/da própria gordura).

§ 1º. Respeitada a lista constante do Art. 3º, serão cobertas até o máximo de 3 (três) Intervenções por operação, desde que o Prêmio Adicional para Cirurgias Estéticas Múltiplas tenha sido pago pelo Segurado.

§ 2º. A cobertura de cada Complicação termina após 12 (doze) meses contados da data do primeiro Tratamento da referida Complicação, desde que a Cirurgia Estética tenha ocorrido durante o período de vigência do contrato.

§ 3º. Não serão reembolsadas despesas médicas incorridas mais de 12 (doze) meses após a data do primeiro Tratamento de uma Complicação.

4) RISCOS EXCLUÍDOS

Art. 4º. 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; e
- h) de atos ilícitos dolosos ou por culpa grave do Segurado ou seu representante.

- Art. 5º.** Além dos riscos mencionados acima, consideram-se também como Riscos Excluídos os seguintes eventos:
- a) estados de convalescença (após a alta médica) e as despesas de acompanhantes;
 - b) aparelhos que se referem a órteses de qualquer natureza e a prótese de caráter permanente, salvo as próteses de silicone e para correção da perda de dentes naturais; e
 - c) serviços e tratamentos odontológicos.
- 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, independente de seu propósito, e desde que este tenha sido devidamente reconhecido como atentatório à ordem pública pela autoridade pública competente.
- Art. 7º.** Não serão reembolsadas Despesas Médicas incorridas como resultado de qualquer uma das seguintes circunstâncias:
- a) Complicações que curam ou podem curar sem ajuda médica dentro de 14 dias,;
 - b) Complicações que podem surgir da tentativa ou execução efetiva de um ato criminoso punível por lei.
 - c) Complicações decorrentes de lesões automotivas causadas pelo Segurado.
 - d) Tratamentos radioativos.
 - e) Cegueira em Terapias cirúrgicas de rejuvenescimento das pálpebras;
 - f) Perda de cabelo na testa em operações de lifting facial.
 - g) Insatisfação com o resultado, baseada exclusivamente em um sentimento subjetivo do segurado.
 - h) Complicações decorrentes de um defeito do produto ou como consequência de falha do produto ou negligência médica.
 - i) Complicações decorrentes de diagnósticos, tratamentos e/ou procedimentos que estejam em andamento antes da data de vigência da apólice, ou que não estejam relacionados ao procedimento de Cirurgia Estética;
 - j) Complicações dos procedimentos de Cirurgia Estética decorrentes de um Tratamento ou do fornecimento de medicamentos ou produtos não prescritos ou endossados pelo médico especialista em tratamento;
 - k) Fibrose capsular Baker 1 e 2;
 - l) Assimetrias;
 - m) Pioramento da silhueta;
 - n) Disestesias;
 - o) Parestesia (formigueiro, comichão);
 - p) Sensações de dormência;
 - q) Lesões nervosas;e
 - r) Entorpecimento.

5) ÂMBITO GEOGRÁFICO DA COBERTURA

- Art. 8º.** O presente Seguro somente cobre despesas médicas derivadas das Intervenções realizadas no Brasil.

6) CARÊNCIA

- Art. 9º.** Não haverá carência para este produto.

7) ACEITAÇÃO DO SEGURO

- Art. 10º.** 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 (dezesseis) anos e máxima de 75 (sessenta e cinco) anos**, mediante a assinatura e o preenchimento completo da proposta de adesão, 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. 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. 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 elementos contidos na legislação em vigor.

Art. 12. Serão excluídos do seguro os segurados que completarem 80 (oitenta) anos.

8) VIGÊNCIA DA COBERTURA INDIVIDUAL

Art. 13. Caso as propostas 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 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.

Art. 14. Este Seguro pode ter a vigência entre 1 (um) e 5 (cinco) anos contados da data da Intervenção, conforme esteja definido na Proposta de Contratação. Não é possível aumentar ou reduzir o prazo de vigência uma vez que este Seguro tenha sido contratado.

9) VIGÊNCIA E RENOVAÇÃO DO SEGURO

Art. 15. A vigência do seguro constará da apólice e do certificado individual firmado entre seguradora e estipulante/ subestipulante,.

10) CAPITAL SEGURADO

Art. 16. O capital segurado será pago em forma de reembolso, referente as despesas médicas decorrentes de complicações imprevistas resultantes da intervenção de uma Cirurgia Estética e para as quais é considerado necessário o tratamento médico prestado por um Médico.

Art. 17. O reembolso das Despesas Médicas será coberto com um montante máximo definido na Proposta de Contratação.

Art. 18. A cada tratamento de uma Complicação, com período definido de 12 (doze) meses a partir da data do diagnóstico, haverá limites de reembolso por despesas médicas/hospitalares, que poderão ser efetuadas uma ou várias vezes, estando a soma de todos os reembolsos sempre dentro desses limites definidos abaixo, bem como no Certificado do Seguro:

Categoria	Referência	Limite de Reembolso
Despesas médicas pós-operatórias sem cirurgia	por Sinistro	R\$ 500,00
Despesas médicas sob anestesia local	por Sinistro	R\$ 700,00
Despesas médicas sob anestesia geral (máximo 3 horas)	por hora por sinistro	R\$ 700,00
Despesas da anestesia (máximo 3 horas)	por hora por sinistro	R\$ 1.250,00
Despesas com medicamentos	por Sinistro	R\$ 500,00
Despesas por Implante	por Sinistro	R\$ 1.500,00
Despesas Hospitalares com cirurgia (primeiras 24 horas)	por operação	R\$ 4.500,00
Diária de Hospital partir do segundo dia por máximo de 3 dias	por sinistro	R\$ 500,00

11) ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA

Art. 19. Os valores dos capitais segurados serão atualizados anualmente, no mês de aniversário da apólice, pelo IPCA (Índice de Preços ao Consumidor Amplo) acumulado nos 12 (doze) meses que antecedem o aniversário da apólice.

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. 37, 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. O pagamento do Prêmio deverá ser efetivado em uma única parcela.

§ 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. O segurado também poderá optar pelo pagamento da primeira parcela do seguro via pix. Neste caso, a efetivação deverá ocorrer em até 15 dias da data do aceite pela Seguradora, conforme descrito no Art. 26. deste documento.

§ 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. **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.

§ 5º. 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 30 (trinta) 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 30 (trinta) 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. **As coberturas serão ainda canceladas no caso do recebimento de 100% do capital segurado por evento.**

Art. 25. 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.

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

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

§ 3º. Caso haja diferença de prêmio, esta será restituída ao segurado, corrigida pela variação do indexador previsto no plano, além de juros de mora.

§ 4º. As apólices não poderão ser canceladas durante a vigência pela sociedade seguradora sob a alegação de alteração da natureza dos riscos.

Art. 26. No caso de pedido de cancelamento do plano de seguro cujo prêmio foi pago, o segurado permanecerá coberto pelo período correspondente ao risco ainda a decorrer, em função do prazo a que se refere o prêmio já pago, sem que haja devolução do prêmio.

Art. 27. O contrato de seguro poderá 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.

Art. 28. 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 15 dias contados da data do aceite pela Seguradora.

15) CESSAÇÃO DA COBERTURA INDIVIDUAL

Art. 29. A cobertura individual cessa com a sua morte ou ao final do prazo de vigência da apólice, observada a limitação constante no art. 13 destas Condições Gerais.

16) PERDA DO DIREITO À INDENIZAÇÃO

Art. 30. 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. 31. O segurado perderá, ainda, o direito à indenização se agravar intencionalmente o risco.

17) LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

Art. 32. No caso de uma Complicação que possa dar origem a uma obrigação de indenização, o Segurado deve consultar um Médico e seguir as suas prescrições.

Art. 33. O Segurado é obrigado a informar imediatamente à Seguradora de quaisquer Complicações que tenha sofrido na sequência de uma Cirurgia Estética e que possam dar origem a uma obrigação de pagamento de indenização, no prazo máximo de 30 (trinta) dias após a apresentação da Complicação ou a consulta de um Médico e, em qualquer caso, antes da próxima Intervenção ser efetuada.

Art. 34. 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) aviso de sinistro;
- c) Relatório médico explicando os serviços médicos e/ou hospitalares prestados (definição técnica ou código da tabela TUSS) ao Segurado, bem como o relatório de alta médica ou hospitalar, nome do hospital, e data do procedimento;
- d) atestado do hospital confirmando a realização do procedimento e data do procedimento;
- e) cópia do comprovante de residência de contas (luz, gás, água, telefone fixo, etc.) do segurado;
- f) formulário de habilitação de beneficiários, devidamente preenchido e assinado pelo segurado ou beneficiários após a realização da cirurgia; e
- g) exames laboratoriais pré-operatórios e o relatório médico, bem como laudo médico da cirurgia realizada.
- h) Justificação ou prova de pagamento de faturas pelo Segurado.
- i) Identificação da pessoa singular ou coletiva que prestou os cuidados (médico, clínica ou hospital, etc.), indicando, se for caso disso, apelidos, nome próprio ou nome da empresa, endereço, número de sócio e número de identificação fiscal (N.I.F).
- j) A natureza das despesas médicas incorridas (cirurgia, anestesia, medicamentos, etc.) e suas datas e montantes.

Art. 35. A não entrega dos documentos listados acima será considerado como uma renúncia expressa a qualquer reembolso, salvo se não tiver sido possível cumpri-las por motivos de força maior.

Art. 36. A partir da entrega de toda a documentação exigível, listada no art. 34, por parte do segurado, a seguradora terá o prazo de até 30 (trinta) dias para liquidação do sinistro.

Art. 37. **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 que forem completamente atendidas as exigências.**

Art. 38. **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 no art. 29 .**

Art. 39. A indenização devida e não paga, no prazo disposto no art. 36, 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 e multa conforme disposto no art. 20.

§ 2º. Nenhuma correção será devida no caso de cumprimento do prazo para pagamento disposto no art. 36.

§ 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.

Art. 40. As despesas efetuadas com a comprovação do Sinistro e documentos de habilitação correrão por conta do Segurado, salvo as diretamente realizadas pela Seguradora.

18) BENEFICIÁRIOS

Art. 41. O beneficiário será o próprio segurado.

Parágrafo único. Caso ocorra a morte do segurado por conta do Tratamento da Complicação originária da Cirurgia Estética coberta pelo presente seguro após o aviso do sinistro à seguradora, respeitados os limites, 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. 42. 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;
- j) fornecer a SUSEP quaisquer informações solicitadas, dentro do prazo por ela especificado;
- l) discriminar a razão social e, se for o caso, o nome fantasia da sociedade seguradora responsável pelo risco nos documentos, comunicações e materiais de comercialização e publicidade referentes ao seguro

20) DISPOSIÇÕES GERAIS

Art. 43. No caso de extinção ou vedação do índice de atualização de valores, a seguradora adotará como índice substitutivo o IGPM/FGV.

Art. 44. 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. 45. 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. 46. O registro deste plano na SUSEP não implica, por parte da Autarquia, incentivo ou recomendação a sua comercialização.

Art. 47. 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. 48. Este seguro é por prazo determinado.

21) FORO

Art. 49. As questões judiciais, entre o segurado e a sociedade seguradora, serão processadas no foro do domicílio do segurado.

22) PRESCRIÇÃO

Art. 50. Os prazos prescricionais são aqueles previstos em lei.

med+assure

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)