

506 a 509

CONDIÇÕES GERAIS
SEGURANÇA EXCLUSIVA

MONGERAL AEGON

Construa seu amanhã

PARTE 1 - CONDIÇÕES GERAIS

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

PARTE 2 – SERVIÇOS ASSISTENCIAIS

1) DEFINIÇÕES	20
2) VIGÊNCIA	22
3) ÂMBITO TERRITORIAL	23
4) SERVIÇOS ASSISTENCIAIS	23
5) SINISTROS – ASSISTÊNCIA DOMICILIAR	28
6) EXCLUSÕES	28
7) REEMBOLSOS DE TRANSPORTES NÃO UTILIZADOS	32
8) REEMBOLSO PELA EMPRESA DE ASSISTÊNCIA	32
9) INACUMULABILIDADE	32
10) SUB-ROGAÇÃO	32

DESCONTOS EM MEDICAMENTOS	33
---------------------------	----

PARTE 1 - CONDIÇÕES GERAIS

1) OBJETIVO DO SEGURO

Art. 1º - Este seguro tem por objetivo garantir o pagamento de uma indenização ao próprio segurado ou aos seus beneficiários, na ocorrência de um dos eventos cobertos pelas garantias 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 § 1º. do 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 morte ou 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;
- 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
- alterações anatômicas ou funcionais da coluna vertebral, de origem traumática, causadas exclusivamente por fraturas ou luxações radiologicamente comprovadas.

a.2) Não se incluem no conceito de acidente pessoal:

- as doenças (incluídas as profissionais), quaisquer que sejam as suas causas, ainda que provocadas, desencadeadas ou agravadas, direta ou indiretamente por acidente, ressalvadas as infecções, estados septicêmicos e embolias, resultantes de ferimento visível;
- as intercorrências ou complicações consequentes da realização de exames, tratamentos clínicos ou cirúrgicos, quando não decorrentes de acidente coberto;

- as lesões decorrentes, dependentes, predispostas ou facilitadas por esforços repetitivos ou microtraumas cumulativos, ou que tenham relação de causa e efeito com os mesmos, assim como as lesões classificadas como: Lesão por Esforços Repetitivos – LER, Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho – DORT, Lesão por Trauma Continuado ou Contínuo – LTC, ou similares que venham a ser aceitas pela classe médico-científica, bem como as suas consequências pós-tratamentos, inclusive cirúrgicos, em qualquer tempo; e
 - as situações reconhecidas por instituições oficiais de previdência ou assemelhadas, como “invalidez acidentária”, nas quais o evento causador da lesão não se enquadre integralmente na caracterização de invalidez por acidente pessoal.
- b) **Apólice:** documento emitido pela sociedade seguradora formalizando a aceitação da cobertura solicitada pelo proponente;
- c) **Beneficiário:** pessoa física ou jurídica designada para receber os valores dos capitais segurados, na hipótese de ocorrência do sinistro;
- d) **Capital Segurado:** valor máximo para a cobertura contratada a ser pago pela sociedade seguradora na ocorrência do sinistro;
- e) **Carregamento:** importância destinada a atender às despesas administrativas e de comercialização;
- f) **Coberturas:** são as obrigações que a seguradora assume perante o segurado quando da ocorrência de um evento coberto;
- g) **Condições Contratuais:** conjunto de disposições que regem a contratação, incluindo as constantes da proposta de contratação, das condições gerais e da apólice;
- h) **Condições Gerais:** conjunto de cláusulas que regem um mesmo plano de seguro, estabelecendo obrigações e direitos, da sociedade seguradora, dos segurados e dos beneficiários;
- i) **Consignante:** pessoa jurídica responsável, exclusivamente, pela efetivação de descontos em folha de pagamento e pelo respectivo repasse em favor da sociedade seguradora, correspondentes aos prêmios devidos pelos segurados;
- j) **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 sinais, sintomas e quaisquer alterações evidentes do seu estado de saúde, e que eram de seu prévio conhecimento na data da contratação de seguro;
- k) **Evento Coberto:** é o acontecimento futuro, possível e incerto, passível de ser indenizado pelas coberturas contempladas nestas condições gerais;
- l) **Formulário de Aviso de Sinistro:** é o documento pelo qual é feita a comunicação de um sinistro à seguradora;
- m) **Indenização:** valor que a seguradora deverá pagar ao segurado ou a seus beneficiários quando da ocorrência de um evento coberto contratado;
- n) **Início de Vigência:** é a data a partir da qual as coberturas de risco propostas serão garantidas pela sociedade seguradora;

- o) **Médico Assistente:** é o profissional legalmente licenciado para a prática da medicina. Não serão aceitos como Médico Assistente o próprio segurado, seu cônjuge, seus dependentes, parentes consanguíneos ou afins, mesmo que habilitados a exercer a prática da medicina;
- p) **Nota Técnica Atuarial:** documento que contém a descrição e o equacionamento técnico do plano e que deverá ser protocolizado na SUSEP previamente à comercialização;
- q) **Período de Cobertura:** aquele durante o qual o segurado ou os beneficiários, quando for o caso, farão jus aos capitais segurados contratados;
- r) **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 ou os beneficiários não terão direito à percepção dos capitais segurados contratados;
- s) **Prêmio:** valor correspondente a cada um dos pagamentos destinados ao custeio do seguro;
- t) **Prêmio Puro:** valor correspondente ao prêmio pago, excluindo-se o carregamento e os impostos;
- u) **Proponente:** o interessado em contratar a cobertura;
- v) **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;
- w) **Riscos Excluídos:** são aqueles riscos, previstos nas condições gerais, que não serão cobertos pelo plano;
- x) **Segurado:** pessoa física sobre a qual se procederá a avaliação do risco e se estabelecerá o seguro;
- y) **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;
- z) **Sinistro:** a ocorrência do risco coberto, durante o período de vigência do plano de seguro; e
- aa) **Vigência da Cobertura:** é o período no qual a apólice de seguro está em vigor.

3) COBERTURAS DO SEGURO

Art. 3º - O seguro terá as seguintes coberturas, as quais não poderão ser contratadas isoladamente:

I. Morte: é a garantia do pagamento de uma indenização ao(s) beneficiário(s), caso o segurado venha a falecer por causas naturais ou acidentais, durante a vigência deste seguro.

II. Morte Acidental: é a garantia do pagamento de uma indenização extra ao(s) beneficiário(s), caso o segurado venha a falecer por acidente pessoal coberto ocorrido durante a vigência deste seguro.

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

Art. 4º - A cobertura de invalidez permanente total ou parcial por acidente deverá ser avaliada após a conclusão do tratamento, ou esgotados os recursos terapêuticos para recuperação e, se neste caso, for verificada a existência de invalidez permanente, avaliada quando da alta médica definitiva, a seguradora pagará ao próprio segurado uma indenização, de acordo com a tabela a seguir:

INVALIDEZ PERMANENTE	TABELA PARA O CÁLCULO DA INDENIZAÇÃO EM CASO DE INVALIDEZ PERMANENTE	% SOBRE A IMPORTÂNCIA SEGURADA
TOTAL	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 do uso de ambos os rins	100
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 (mandíbula)	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	08
	Amputação total de ambas as orelhas	12
	Perda do baço	15
	Perda de um ovário	06
	Perda de dois ovários	20
	Perda de um testículo	06
	Perda de dois testículos	12
	Amputação traumática do pênis	40
	Mastectomia total de um seio	10
	Mastectomia total de dois seios	20

PARCIAL MEMBROS SUPERIORES	Perda total do uso de um membro superior	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	09
	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	09
	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	70
	Perda total do uso de um dos pés	50
	Fratura não consolidada de um fêmur	50
	Fratura não consolidada de um dos segmentos tíbios 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 (primeiro) dedo	10
	Amputação de qualquer outro dedo	03
	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	06	
* menos de 3 (três) centímetros: sem indenização		

§ 1º. Não ficando abolidas por completo as funções do membro ou órgão lesado, a indenização por perda parcial é calculada pela aplicação, à percentagem prevista na tabela para sua perda total, do grau de redução funcional apresentado. Na falta de indicação da percentagem de redução e, sendo informado apenas o grau dessa redução (máximo, médio ou mínimo), a indenização será calculada, respectivamente, na base das percentagens de 75% (setenta e cinco por cento), 50% (cinquenta por cento) e 25% (vinte e cinco por cento).

§ 2º. Nos casos não especificados na tabela, a indenização é estabelecida tomando-se por base a diminuição permanente da capacidade física do segurado, independentemente de sua profissão ou atividade.

§ 3º. Quando do mesmo acidente resultar invalidez de mais de um membro ou órgão, a indenização deve ser calculada somando-se as percentagens respectivas, cujo total não pode exceder a 100% (cem por cento). Da mesma forma, havendo duas ou mais lesões em um mesmo membro ou órgão, a soma das percentagens correspondentes não pode exceder à da indenização prevista para sua perda total.

§ 4º. Para efeito de indenização, a perda ou maior redução funcional de um membro ou órgão já defeituoso antes do acidente, deve ser deduzida do grau de invalidez definitiva.

§ 5º. A perda de dentes e os danos estéticos não dão direito à indenização por invalidez permanente.

§ 6º. As coberturas de morte e invalidez permanente não se acumulam. Se depois de paga uma indenização por invalidez permanente por acidente, verificar-se a morte do segurado em consequência do mesmo acidente, da indenização por morte deve ser deduzida a importância já paga 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, pelo beneficiário ou pelo representante legal, de um ou de outro;
- e) de acidentes ocorridos em consequência direta ou indireta de furacões, ciclones, terremotos, maremotos, erupções vulcânicas e outras convulsões da natureza; e
- f) de perturbações e intoxicações alimentares de qualquer espécie, bem como as intoxicações decorrentes da ação de produtos químicos, drogas ou medicamentos, 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 à seguradora comprovar com documentação hábil, acompanhada de laudo circunstanciado que caracterize a natureza do atentado, independente de seu propósito, e desde que este tenha sido devidamente reconhecido como atentatório à ordem pública pela autoridade pública competente.

5) ÂMBITO GEOGRÁFICO DA COBERTURA

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

6) CARÊNCIAS

Art. 8º - Neste plano de seguro não será adotado período de carência, sendo o mesmo substituído pelo preenchimento obrigatório da Declaração Pessoal de Saúde, exceto no caso de suicídio que deverá observar carência de 24 (vinte e quatro) meses.

§ 1º. Na ocorrência de evento gerador no período de carência, inclusive no caso de suicídio, serão devolvidos ao segurado ou ao(s) beneficiário(s), 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. 19.

§ 2º. 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 (dezesesseis) anos e máxima de 65 (sessenta e cinco) 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 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. 19.

§ 4º. Em caso de contratação eletrônica deverá haver o posterior envio de proposta.

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

- a) nome da seguradora e seu CNPJ;
- b) modalidade e número do processo SUSEP;
- c) dados cadastrais do segurado, incluindo o número da proposta;
- d) data de início de vigência da cobertura;
- e) informação de que o prazo de vigência é vitalício;
- f) capital segurado por cobertura;
- g) valor do prêmio e sua periodicidade de pagamento;
- h) nome do corretor e seu número de registro na SUSEP; e
- i) data de emissão da apólice.

Art. 11 - A inclusão do cônjuge poderá ser feita de forma facultativa pelo segurado principal, tendo o cônjuge o equivalente a 100% (cem por cento) do capital segurado do segurado principal para a cobertura de Morte e, também, 100% (cem por cento) do capital segurado para a cobertura de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente.

Parágrafo Único. São equiparados aos cônjuges, as(os) companheiras(os) dos segurados principais, desde que haja concordância com a anotação feita na carteira profissional. Os segurados principais pertencentes a categorias profissionais para as quais não são expedidas carteiras profissionais poderão incluir no seguro as(os) companheiras(os), quando estas estiverem registradas de acordo com regulamentação própria.

8) VIGÊNCIA DA COBERTURA INDIVIDUAL

Art. 12 - 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. 13 - O prazo de vigência deste seguro é vitalício.

10) CAPITAL SEGURADO

Art. 14 - Para efeito de determinação do capital segurado, na liquidação dos sinistros, será considerado como data do evento gerador:

a) na cobertura de morte, a data do falecimento; e

b) na cobertura de morte acidental e invalidez permanente total ou parcial por acidente, a data do acidente.

11) ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA

Art. 15 - Nos casos de pagamento por desconto em 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 (doze) meses que antecedem ao mês de abril.

Parágrafo Único - A primeira atualização observará o IPCA (Índice de Preços ao Consumidor Amplo) acumulado, proporcional ao número de meses decorridos desde a subscrição.

Art. 16 - 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 (doze) meses que antecedem o mês anterior ao de aniversário da contratação do plano.

Art. 17 - 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.

Art. 18 - Além da atualização monetária, o valor dos prêmios sofrerá acréscimo periodicamente em decorrência da mudança de idade do segurado e consequente aumento de risco, com a finalidade de manter o equilíbrio atuarial, financeiro e econômico do plano, na forma da lei.

§ 1º. O acréscimo, em decorrência da mudança de idade, será realizado nas datas previstas nos arts. 15 e 16, conforme a forma de pagamento escolhida pelo segurado.

§ 2º. Para cálculo do reajuste por faixa etária, primeiramente é necessário retirar do valor pago o valor referente ao carregamento fixo. Sobre o prêmio sem o carregamento fixo devem ser aplicados os percentuais de reajuste de uma faixa etária para a outra imediatamente anterior e depois somado o novo valor de carregamento fixo, atualizado de acordo com o mesmo critério e periodicidade previstos nos arts. 15 e 16.

I – Plano sem Inclusão de Cobertura de Cônjuge e Capitais Segurados Iguais para todas as coberturas:

Valores Iniciais de carregamentos fixos:

Periodicidade de pagamento mensal: R\$ 4,91

Periodicidade de pagamento mensal: R\$ 14,73

Periodicidade de pagamento mensal: R\$ 29,46

Periodicidade de pagamento mensal: R\$ 58,92

REGIÃO 1: Maranhão, Paraíba, Piauí, Rio Grande do Norte, Rio Grande do Sul, Santa Catarina e Tocantins

FAIXA ETÁRIA	% DE REAJUSTE	FAIXA ETÁRIA	% DE REAJUSTE
16 a 25 anos	-	61 a 65 anos	44,09%
26 a 30 anos	-0,75%	66 a 70 anos	48,31%
31 a 35 anos	1,01%	71 a 75 anos	46,52%
36 a 40 anos	3,69%	76 a 80 anos	43,85%
41 a 45 anos	17,13%	81 a 85 anos	47,38%
46 a 50 anos	26,20%	86 a 90 anos	40,86%
51 a 55 anos	33,80%	91 a 95 anos	51,80%
56 a 60 anos	39,18%	96 a 99 anos	118,40%

REGIÃO 2: Alagoas, Bahia, Ceará, Distrito Federal, Goiás, Minas Gerais, Paraná e Sergipe

FAIXA ETÁRIA	% DE REAJUSTE	FAIXA ETÁRIA	% DE REAJUSTE
16 a 25 anos	-	61 a 65 anos	44,17%
26 a 30 anos	-0,72%	66 a 70 anos	48,38%
31 a 35 anos	0,98%	71 a 75 anos	46,56%
36 a 40 anos	3,05%	76 a 80 anos	43,87%
41 a 45 anos	19,53%	81 a 85 anos	47,40%
46 a 50 anos	26,32%	86 a 90 anos	40,87%
51 a 55 anos	33,92%	91 a 95 anos	44,87%
56 a 60 anos	39,28%	96 a 99 anos	128,88%

REGIÃO 3: Acre, Amapá, Amazonas, Espírito Santo, Mato Grosso, Mato Grosso do Sul, Pará, Pernambuco, Rio de Janeiro, Rondônia, Roraima e São Paulo

FAIXA ETÁRIA	% DE REAJUSTE	FAIXA ETÁRIA	% DE REAJUSTE
16 a 25 anos	-	61 a 65 anos	44,25%
26 a 30 anos	-0,70%	66 a 70 anos	48,43%
31 a 35 anos	0,95%	71 a 75 anos	46,60%
36 a 40 anos	4,08%	76 a 80 anos	43,90%
41 a 45 anos	19,90%	81 a 85 anos	47,42%
46 a 50 anos	26,43%	86 a 90 anos	40,88%
51 a 55 anos	34,03%	91 a 95 anos	44,88%
56 a 60 anos	39,38%	96 a 99 anos	128,89%

II – Plano com Inclusão de Cobertura de Cônjuge e Capitais Segurados Iguais para todas as coberturas:

Valores Iniciais de carregamentos fixos:

Periodicidade de pagamento mensal: R\$ 4,91

Periodicidade de pagamento mensal: R\$ 14,73

Periodicidade de pagamento mensal: R\$ 29,46

Periodicidade de pagamento mensal: R\$ 58,92

REGIÃO 1: Maranhão, Paraíba, Piauí, Rio Grande do Norte, Rio Grande do Sul, Santa Catarina e Tocantins

FAIXA ETÁRIA	% DE REAJUSTE	FAIXA ETÁRIA	% DE REAJUSTE
16 a 25 anos	-	61 a 65 anos	47,60%
26 a 30 anos	-2,47%	66 a 70 anos	51,56%
31 a 35 anos	2,94%	71 a 75 anos	51,24%
36 a 40 anos	9,49%	76 a 80 anos	50,42%
41 a 45 anos	24,08%	81 a 85 anos	49,78%
46 a 50 anos	31,53%	86 a 90 anos	45,40%
51 a 55 anos	38,61%	91 a 95 anos	46,37%
56 a 60 anos	44,30%	96 a 99 anos	129,27%

REGIÃO 2: Alagoas, Bahia, Ceará, Distrito Federal, Goiás, Minas Gerais, Paraná e Sergipe

FAIXA ETÁRIA	% DE REAJUSTE	FAIXA ETÁRIA	% DE REAJUSTE
16 a 25 anos	-	61 a 65 anos	47,56%
26 a 30 anos	-2,41%	66 a 70 anos	51,50%
31 a 35 anos	2,87%	71 a 75 anos	51,13%
36 a 40 anos	8,87%	76 a 80 anos	50,26%
41 a 45 anos	25,70%	81 a 85 anos	49,73%
46 a 50 anos	31,45%	86 a 90 anos	45,29%
51 a 55 anos	38,55%	91 a 95 anos	42,88%
56 a 60 anos	44,22%	96 a 99 anos	134,82%

REGIÃO 3: Acre, Amapá, Amazonas, Espírito Santo, Mato Grosso, Mato Grosso do Sul, Pará, Pernambuco, Rio de Janeiro, Rondônia, Roraima e São Paulo

FAIXA ETÁRIA	% DE REAJUSTE	FAIXA ETÁRIA	% DE REAJUSTE
16 a 25 anos	-	61 a 65 anos	47,51%
26 a 30 anos	-2,36%	66 a 70 anos	51,45%
31 a 35 anos	2,80%	71 a 75 anos	51,03%
36 a 40 anos	9,54%	76 a 80 anos	50,10%
41 a 45 anos	25,80%	81 a 85 anos	49,68%
46 a 50 anos	31,38%	86 a 90 anos	45,19%
51 a 55 anos	38,49%	91 a 95 anos	42,93%
56 a 60 anos	44,15%	96 a 99 anos	134,68%

12) APLICABILIDADE DE MORA

Art. 19 - Os valores relativos às obrigações pecuniárias da seguradora serão acrescidos de juros moratórios de 0,01% (um centésimo por cento) ao mês, quando o prazo de sua liquidação superar o prazo fixado no art. 27, 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. 20 - 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 pelo indexador 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. 19.

Art. 21 - 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. 22 - O não pagamento dos prêmios até o vencimento acordado acarretará a automática suspensão das coberturas contratadas ficando a seguradora isenta de qualquer obrigação decorrente de evento gerador ocorrido a partir do primeiro dia de vigência do período de cobertura a que se referir à cobrança.

Parágrafo Único. O segurado poderá reabilitar a cobertura no prazo máximo de 90 (noventa) dias, mediante quitação do prêmio referente ao risco a decorrer junto à seguradora, readquirindo o direito à cobertura a partir das 24 (vinte e quatro) horas da data em que o segurado retomar o pagamento do prêmio, respondendo a seguradora, nesta hipótese, por todos os sinistros ocorridos a partir de então. Será mantida a data de vencimento inicialmente estabelecida no contrato para os prêmios subsequentes.

Art. 23 - 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 do prêmio devido e não pago, 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. 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. 24 - O segurado é obrigado a comunicar a 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 15 (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 30 (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.

Art. 25 - Respeitado o período correspondente ao prêmio pago, a cobertura do segurado principal cessa, ainda, quando o segurado solicitar sua exclusão da apólice.

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 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 parcial do capital segurado:

- a) cancelar o seguro, após o pagamento da indenização, retendo, do prêmio originalmente pactuado, acrescido da diferença cabível, a parcela calculada proporcionalmente ao tempo decorrido; ou
- b) mediante acordo entre as partes, permitir a continuidade do seguro, cobrando a diferença do prêmio cabível ou deduzindo-a do valor a ser pago ao segurado ou ao beneficiário ou restringindo a cobertura contratada para riscos futuros.

III. 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 ou seus beneficiários deverão comunicar o sinistro à seguradora e provar satisfatoriamente sua ocorrência, através da entrega dos documentos listados a seguir:

I. EM CASO DE MORTE NATURAL:

DOCUMENTOS DO SEGURADO

- a) cópia autenticada da Certidão de Óbito;
- b) cópia da carteira de identidade e CPF;
- c) Formulário de Declaração Médica de Morte Natural, preenchido pelo médico assistente do segurado, com firma reconhecida;
- d) documentos médicos, tais como prontuários, receitas e laudos médicos;

DOCUMENTOS DOS BENEFICIÁRIOS

- e) Formulário de Habilitação de Beneficiários, devidamente preenchido;
- f) cópia da carteira de identidade e CPF;
- g) cópia do comprovante de residência;
- h) cópia autenticada da Certidão de Casamento ou de Nascimento;
- i) Declaração de União Estável, no caso de companheiro(a);
- j) Termo de Tutela para beneficiários cujos pais estão ausentes; e
- k) Termo de Curatela para beneficiários considerados incapazes.

II. EM CASO DE MORTE ACIDENTAL:

DOCUMENTOS DO SEGURADO

- a) cópia autenticada da Certidão de Óbito;
- b) cópia da carteira de identidade e CPF;
- c) Formulário de Aviso de Sinistro de Seguro de Acidentes Pessoais, devidamente preenchido;
- d) cópia autenticada do Boletim de Ocorrência Policial;
- e) cópia autenticada da Carteira Nacional de Habilitação, em caso de acidente com veículo dirigido pelo segurado;
- f) cópia autenticada do Laudo de Exame Cadavérico, se houver;
- g) cópia autenticada do Laudo do Exame Toxicológico e de Teor Alcoólico, quando realizado;

DOCUMENTOS DOS BENEFICIÁRIOS

- h) Formulário de Habilitação de Beneficiários, devidamente preenchido;
- i) cópia da carteira de identidade e CPF;
- j) cópia do comprovante de residência;
- k) cópia autenticada da Certidão de Casamento ou de Nascimento;
- l) Declaração de União Estável, no caso de companheiro(a);
- m) Termo de Tutela para beneficiários cujos pais estão ausentes; e
- n) Termo de Curatela para beneficiários considerados incapazes.

III. EM CASO DE INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL OU PARCIAL POR ACIDENTE:

- a) cópia da carteira de identidade e CPF do segurado;
- b) cópia do comprovante de residência;
- c) Formulário de Aviso de Sinistro de Seguro de Acidentes Pessoais, devidamente preenchido;
- d) Formulário de Habilitação de Beneficiários, devidamente preenchido;
- e) Formulário de Aviso de Alta Médica, devidamente preenchido;
- f) Formulário de Relatório do Médico Assistente, devidamente preenchido com firma reconhecida;
- g) Formulário com 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 exigível, listada no art. 27, por parte do segurado ou beneficiários, a seguradora terá o prazo de até 30 (trinta) dias para liquidação do sinistro.

Art. 29 - **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 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, desempatedor, 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 sociedade 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 no plano.

Parágrafo Único. Considerando o disposto no *caput* deste artigo, a atualização será efetuada com base na variação 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. 19.

17) BENEFICIÁRIOS

Art. 32 - Os beneficiários para as coberturas de Morte e Morte Acidental serão designados pelo segurado na proposta de contratação, podendo ser substituídos a qualquer tempo, através de solicitação formal, preenchida e assinada.

§ 1º. Deve ser observado que não se pode instituir como beneficiário pessoa que for legalmente inibida de receber a doação do segurado.

§ 2º. Na falta de beneficiário indicado, 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.

§ 3º. No caso de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente o próprio segurado será o beneficiário.

§ 4º. No caso de morte do cônjuge, o beneficiário será o segurado principal.

§ 5º. Na hipótese de morte simultânea (comoriência) do segurado principal e do segurado dependente, as indenizações referentes à cobertura do segurado principal e dependente deverão ser pagas aos respectivos beneficiários indicados, ou na ausência destes, aos herdeiros legais dos segurados.

18) DISPOSIÇÕES GERAIS

Art. 33 - No caso de extinção ou vedação do índice de atualização de valores, a seguradora adotará os procedimentos determinados pela legislação pertinente ou pelos órgãos públicos competentes.

Art. 34 - 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. 35 - O registro deste plano na SUSEP não implica, por parte da Autarquia, incentivo ou recomendação a sua comercialização.

Art. 36 - 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.

19) FORO

Art. 37 - As questões judiciais, entre o segurado ou beneficiário e a sociedade seguradora, serão processadas no foro do domicílio do segurado ou do beneficiário, conforme o caso.

Parágrafo Único. Na hipótese de inexistência de relação de hipossuficiência entre as partes, será válida a eleição de foro diverso daquele previsto no *caput* deste artigo.

PARTE 2 – SERVIÇOS ASSISTENCIAIS

Para que o segurado tenha direito a todos os benefícios descritos neste instrumento, sempre que houver um sinistro e/ou um acidente pessoal é essencial que ele entre em contato com a central de atendimento 24 (vinte e quatro) horas, desde o início da ocorrência.

O segurado que requerer um serviço, acionando a empresa de assistência, estará aceitando, de imediato, o prestador indicado, quer seja este órgão estatal ou particular, conforme o local do evento, concordando assim com as normas locais de atendimento, inclusive em termos de qualidade.

Os serviços emergenciais de assistência deverão ser solicitados até 24 (vinte e quatro) horas após a ocorrência do evento ou quando de sua constatação.

IMPORTANTE:

- a) **Os serviços não organizados e/ou autorizados pela empresa de assistência não darão direito a posterior reembolso nem indenização compensatória, observado o disposto no item 8 deste instrumento.**
- b) Qualquer queixa no que se refere à prestação dos serviços de assistência deverá ser encaminhada dentro do prazo de 90 (noventa) dias a contar da ocorrência desse evento.

1) DEFINIÇÕES

1.1) SEGURADO

1.1.1) No que se refere à assistência residencial, entende-se por segurado a pessoa física, titular do plano (contratante), que não ultrapasse os 80 (oitenta) anos de idade no momento da contratação do plano, com domicílio habitual no Brasil, bem como seu cônjuge, com idade também inferior a 80 (oitenta) anos, ou pessoa com quem coabite em situação equiparada à de cônjuge, desde que comprovada através da apresentação de **Declaração de União Estável**, descendentes até o 2º grau, os enteados e adotados que com ele coabitem e estejam a seu cargo. essa cobertura congrega os seguintes serviços:

- Chaveiro – Domiciliar;
- Encanador; e
- Eletricista.

1.1.2) No que se refere à assistência em viagem nacional e serviços especiais, entende-se por segurado a pessoa física, titular, que não ultrapasse os 80 (oitenta) anos de idade no momento da contratação do plano, com domicílio habitual no Brasil. Essa cobertura congrega os seguintes serviços:

- Despesas médico-hospitalares, cirúrgicas, odontológicas e farmacêuticas;
- Informações médico-hospitalares;
- Prolongamento de estadia em hotel após alta hospitalar;

- Garantia de viagem de regresso;
- Transporte do corpo;
- Disponibilização de cadeiras de rodas ou muletas;
- Socorro mecânico local;
- Reboque do veículo;
- Serviço de orientação jurídica;
- Consultas médicas; e
- Descontos em estabelecimentos diversos.

1.2) DOMICÍLIO

É o endereço fornecido pelo segurado no momento da subscrição da proposta de ingresso e que constará nos registros da empresa de assistência, onde serão prestados alguns dos serviços de assistência descritos neste instrumento.

1.3) SINISTRO

É a ocorrência de fato externo súbito, danoso, imprevisível, involuntariamente causado, cujo efeito se produza no domicílio, decorrente de evento descrito e enumerado no item 5 (cinco) deste instrumento e que provoque inutilização de parte ou total do imóvel.

Para efeitos de assistência automóvel, entende-se por acidente a colisão, abalroamento ou capotagem envolvendo direta ou indiretamente o veículo, impedindo a locomoção do mesmo por seus próprios meios.

1.4) DOENÇA

É a alteração aguda do estado de saúde do segurado, com evolução curta e nítida que, no momento do atendimento, esteja acarretando sofrimento físico intenso ou risco imediato à vida, impedindo o segurado de exercer atividades normais, impossibilitando a sua locomoção e caracterizando uma urgência médica. Estão excluídos os casos de doenças preexistentes e crônicas, bem como suas consequências e agudizações.

1.5) PANE

Defeito de origem mecânica ou elétrica, que impeça a locomoção do veículo por seus próprios meios, abrangendo os casos de falta de combustível, pneus furados ou avariados.

1.6) ACIDENTE

Para efeitos de assistência em viagem, entende-se por acidente a ocorrência de fato exclusivamente externo súbito, danoso e imprevisível, involuntariamente causado, com data e local caracterizados, causador de lesões físicas que por si só e independente de qualquer outra causa, tenha como consequência direta à necessidade de tratamento médico-hospitalar de urgência.

Para efeitos de assistência automóvel, entende-se por acidente, a colisão, abalroamento ou capotagem envolvendo direta ou indiretamente o veículo, impedindo a locomoção do mesmo por seus próprios meios.

1.7) PRESTADORES

São pessoas físicas ou jurídicas selecionadas e/ou contratadas a critério da empresa de assistência, para serem enviadas ao local onde se encontre o beneficiário ou colocados à sua disposição, conforme o caso, para a prestação dos serviços em suas várias modalidades.

1.8) SERVIÇOS

Serviços designam a organização e operação pela empresa de assistência de um conjunto de modalidades de assistência definidas e delimitadas neste instrumento, combinando um ou mais fornecimentos e prestações contratados pela empresa de assistência junto a prestadores, visando providenciar para o segurado assistência 24 (vinte e quatro) horas.

1.9) VEÍCULOS

1.9.1) AUTOMÓVEL

Veículos automotores de passeio, esportivos e *pick-ups*, nacionais ou estrangeiros, não ultrapassando 3,5 (três vírgula cinco) toneladas e, **excluídos** os veículos utilizados para fins de transporte de pessoas a título pago tais como: táxi, ambulância, carro de aluguel ou qualquer veículo motorizado com menos de 4 (quatro) rodas.

1.9.2) MOTOCICLETA

Motocicleta que não ultrapasse mais de 1 (uma) tonelada, excluídos os veículos com mais de 8 (oito) anos de fabricação e os modelos Trail preparados para competição.

2) VIGÊNCIA

- 2.1) O início de vigência dos serviços descritos neste instrumento dar-se-á a partir do pagamento do primeiro prêmio.
- 2.2) Os serviços de credenciamento e afiliação à rede de prestadores de serviços de assistência serão válidos enquanto o segurado não for cancelado pela Mongeral Aegon, por falta de pagamento das contribuições mensais referentes aos planos contratados à entidade.
- 2.3) O direito à prestação dos serviços de assistência caducará, automaticamente, na data em que o segurado deixar de ter domicílio habitual no Brasil ou na data em que cessar o vínculo que tiver determinado a adesão.
- 2.4) Para ter direito à utilização dos serviços de assistência 24 (vinte e quatro) horas, o segurado deverá ter recebido e estar de posse do cartão Vida Toda, cujo número da matrícula deverá ser informado quando do acionamento da empresa de assistência, ou mesmo para a obtenção de descontos nos estabelecimentos credenciados.

3) ÂMBITO TERRITORIAL

Os serviços relativos à assistência domiciliar previstos serão prestados no domicílio do titular no Brasil e os demais serviços serão prestados apenas em território brasileiro.

Para efeitos de assistência em viagem nacional, à execução dos serviços operacionais previstos no item 4.3 vão se estender aos fatos geradores de assistência ocorridos no Brasil, **a partir de 50 km** (cinquenta quilômetros) de distância do domicílio do segurado.

A empresa de assistência garante a prestação de serviços em cidades com mais de 200.000 (duzentos mil) habitantes.

Nas demais situações, caso não seja possível à prestação dos serviços, a empresa de assistência garantirá o reembolso, conforme o item 8 (oito) deste regulamento e os limites de cada cobertura.

4) SERVIÇOS ASSISTENCIAIS

4.1) SERVIÇOS EMERGENCIAIS 24 HORAS

4.1.1) ENVIO DE PROFISSIONAIS

A empresa de assistência irá se encarregar do envio, em até 24 (vinte e quatro) horas, ao domicílio do segurado de encanadores ou eletricitas para a contenção e reparação de um dano.

Os serviços deverão ser solicitados a empresa de assistência, através de chamada telefônica, pelo segurado, que deverá descrever, resumidamente, a emergência e o tipo de ajuda de que necessita.

Em caso de verificação de sinistro, ficarão por conta da empresa de assistência as despesas decorrentes do deslocamento do prestador de serviços e da mão de obra do mesmo, empregada no local, até os limites definidos para cada tipo de cobertura.

Correrão por conta do segurado as despesas com reposição de peças e reparações que excedam os limites fixados, devendo o segurado, nestes casos, quitar os custos, diretamente junto ao prestador de serviço afiliado.

Independentemente da constatação da ocorrência de sinistro, o segurado poderá solicitar, a qualquer momento, os serviços de assistência domiciliar a empresa de assistência. Nesta hipótese, todos os custos correrão por conta do segurado que deverá quitar os custos do serviço utilizado diretamente junto ao prestador de serviço afiliado.

4.1.1.1) ENCANADOR

Em caso de sinistro, a empresa de assistência irá se encarregar do pagamento dos gastos com o envio de profissionais hidráulicos e da mão de obra do mesmo, empregada no local, até o **limite de R\$ 100,00 (cem reais)** por evento.

4.1.1.2) ELETRICISTA

Em decorrência de sinistro, correrão por conta da empresa de assistência as despesas com o envio de um eletricitista e a mão de obra empregada no local, até o **limite de R\$ 100,00 (cem reais)** por evento, sendo por conta do segurado todas as despesas com peças e materiais.

4.1.2) CHAVEIRO

A empresa de assistência encarrega-se de enviar um chaveiro até o domicílio que não puder ser aberto em razão da perda das chaves, seu esquecimento no interior do imóvel ou quebra na fechadura, impossibilitando o segurado de ingressar ou sair de seu domicílio ou, ainda, quando o domicílio estiver exposto, ou seja, se encontre vulnerável ficando acessível pela parte externa, causando risco ao domicílio.

Esse serviço somente será disponibilizado para domicílios que utilizem sistemas de fechaduras e chaves tradicionais e caso existam prestadores num raio de até 50 km (cinquenta quilômetros) do domicílio, observadas as seguintes condições:

- a) Em casos de quebra, perda ou roubo de chaves, correrão por conta da empresa de assistência as despesas com o deslocamento do profissional, a mão de obra e a confecção de novas chaves até o valor total de R\$ 80,00 (oitenta reais) por evento; e
- b) Em casos de reparação de fechaduras e tranças que se encontrarem danificadas, a empresa de assistência arcará com os custos de deslocamento do profissional, mão de obra, peças para troca e conserto da fechadura ou tranca até o **valor de R\$ 200,00** (duzentos reais) por evento.

4.2) ASSISTÊNCIA A PESSOAS EM VIAGEM NO BRASIL (a partir de 50 km do domicílio do titular) – VINCULADOS A SINISTRO, ACIDENTE E/OU DOENÇA – 24 HORAS

4.2.1) DESPESAS MÉDICO-HOSPITALARES, CIRÚRGICAS, ODONTOLÓGICAS E FARMACÊUTICAS

Se, em consequência de acidente e/ou doença, o segurado necessitar de assistência médico-hospitalar e cirúrgica, a empresa de assistência irá se encarregar de assegurar o pagamento, até o **limite de R\$ 3.000,00** (três mil reais), das despesas de hospitalização, intervenções cirúrgicas, honorários médicos; e **R\$ 300,00** (trezentos reais) para produtos farmacêuticos recomendados pelo médico responsável, sempre mediante relatório médico, bem como comprovantes originais relacionados a seguir:

- das despesas e honorários médicos e cirúrgicos;
- dos gastos de hospitalização; e
- dos gastos com medicamentos prescritos pelo médico responsável pelo atendimento do segurado e devidamente endossados pelo médico afiliado a empresa de assistência.

4.2.2) INFORMAÇÕES MÉDICO-HOSPITALARES

Se o segurado necessitar de assistência médica, a empresa de assistência, por solicitação do segurado, prestará informações sobre médicos, hospitais e clínicas próximos ao domicílio, sendo os respectivos honorários profissionais, gastos com hospitalização e outras despesas daí decorrentes, por conta do segurado.

A empresa de assistência não será responsável e não indenizará o segurado por qualquer dano, prejuízo, lesão ou doença, causados pelo fato de encaminhar ao segurado, à sua solicitação, pessoas, profissionais ou estabelecimentos para assistência médica. A empresa de assistência indicará apenas serviços quando solicitados e sem ônus nas circunstâncias previstas acima.

Nesses casos, a pessoa ou pessoas designadas pela empresa de assistência serão tidas como agentes do segurado, sem recurso de natureza ou circunstância alguma contra a empresa de assistência em razão de tal designação.

4.2.3) PROLONGAMENTO DE ESTADIA EM HOTEL APÓS ALTA HOSPITALAR

Se após a ocorrência de doença ou acidente, e por prévia recomendação do médico afiliado responsável pelo atendimento, o estado de saúde do segurado exigir o prolongamento da estada para tratamento e se o seu regresso não puder se realizar na data inicialmente prevista, a empresa de assistência irá se encarregar das despesas com estadia em hotel até o **limite de R\$ 65,00** (sessenta e cinco reais) por dia e até o máximo de 5 (cinco) dias.

Quando o estado de saúde do segurado o permitir, a empresa de assistência irá se encarregar do seu regresso, caso não possa fazê-lo pelo meio inicialmente previsto.

A empresa de assistência irá se responsabilizar tão somente pelas diárias de hotel, excluídas todas e quaisquer despesas extras, tais como: telefonemas, frigobar e similares.

4.2.4) GARANTIA DE VIAGEM DE REGRESSO

A empresa de assistência garante o pagamento das despesas de transporte do segurado até o seu domicílio ou até o local de destino da viagem interrompida, desde que esses últimos gastos não sejam superiores àqueles, e sempre que o segurado não possa efetuar esse transporte pelo meio inicialmente previsto utilizado em sua viagem, em razão de doença grave ou acidente, e cujo acompanhamento tenha sido verificado pela equipe médica da empresa de assistência.

O meio de transporte utilizado, quando sugerido pelo médico afiliado a empresa de assistência, poderá ser o avião de linha regular, ambulância ou táxi.

Quando o segurado se encontrar a uma distância superior a 1.000 km (mil quilômetros), a remoção só se efetuará em avião de linha regular.

Com essa finalidade, a empresa de assistência poderá, em nome do segurado, usar, negociar, providenciar, compensar, junto às companhias aéreas ou agentes de viagens e operadores turísticos, os bilhetes de transporte do segurado, dentro ou fora do prazo estipulado, de forma a assegurar o retorno do segurado ou a continuação de sua viagem.

O custo da prestação do serviço será por conta da Empresa de Assistência.

4.2.5) TRANSPORTE DE CORPO

Em caso de falecimento de um dos segurados em decorrência de doença ou acidente, a empresa de assistência assegurará o pagamento das despesas com todas as formalidades para traslado do corpo, até o local de inumação exclusivamente no Brasil mais próximo do domicílio do segurado, incluindo o fornecimento de urna funerária do tipo comum, adequada a tal transporte.

As despesas de exumação e de cerimônia, assim como os custos adicionais em função do tipo de urna funerária correrão por conta da família do segurado.

A empresa de assistência auxiliará e orientará os familiares durante toda a realização do serviço de traslado de corpo.

A empresa de assistência irá reservar-se do direito de receber a passagem que não vier a ser utilizada pelos segurados.

4.3) SERVIÇOS ESPECIAIS – NÃO VINCULADOS A SINISTRO

4.3.1) DISPONIBILIZAÇÃO DE CADEIRAS DE RODAS OU MULETAS

Após a ocorrência de doença ou acidente, e por prévia recomendação médica, a empresa de assistência disponibilizará e assumirá os custos de uma cadeira de rodas e/ou muletas por um período de, no máximo, 30 (trinta) dias consecutivos.

A recomendação médica deverá ser validada pela equipe médica da empresa de assistência.

Caso o segurado venha a utilizar parcialmente a cobertura, ou seja, não necessitar de cadeiras de rodas ou muletas por 30 (trinta) dias consecutivos, o mesmo não poderá utilizar o saldo de dias não utilizados como crédito para uma outra intercorrência.

Este serviço está limitado a 1 (uma) intervenção por ano.

4.3.2) SOCORRO MECÂNICO LOCAL AO AUTOMÓVEL

Em caso de acidente ou pane do veículo e desde que o segurado se encontre no momento e no local do evento, a empresa de assistência providenciará o envio de um socorro mecânico para que o veículo seja, se possível, reparado no local. Despesas com substituição de peças defeituosas serão de inteira responsabilidade do segurado. A empresa de assistência irá se responsabilizar pelas despesas de mão de obra empregada no local e deslocamento do socorro mecânico e não terá nenhuma responsabilidade por objetos deixados no veículo.

Este serviço garante apenas um reparo provisório que permita que o veículo se locomova, sendo que, posteriormente, o segurado deverá levar o veículo até uma oficina de sua escolha, a fim de executar o reparo definitivo do veículo.

Este serviço está limitado a 3 (três) intervenções durante os 12 (doze) meses de vigência da apólice.

4.3.3) REBOQUE DO VEÍCULO

Em caso de acidente ou pane do veículo não sendo possível efetuar os reparos no local, a empresa de assistência providenciará o envio de reboque. O mesmo transportará o veículo à concessionária ou oficina mais próximas do lugar do acontecimento, apta a realizar o conserto ou a uma indicada pelo segurado, se situada **até 100 km** (cem quilômetros) do local da remoção. Caso o segurado deseje a remoção do veículo para além do limite estipulado, as despesas com reboque correspondentes ao percurso excedente correrão por conta exclusiva do segurado.

Para veículos enquadrados nas categorias comerciais leves ou utilitários, o segurado deverá providenciar a remoção de eventual carga que prejudique ou impeça o reboque, ficando a mesma sob a sua total responsabilidade.

O reboque não poderá ser efetuado caso os documentos do veículo não se encontrem no local no momento do atendimento, devendo ainda estar de acordo com as leis vigentes. É importante que o segurado esteja com a chave do veículo no local do atendimento. Caso contrário, o serviço só poderá ser efetuado se o veículo estiver em condições de ser removido pelo prestador de serviço (veículo aberto, direção destravada etc.).

É condição para fornecimento do serviço que o segurado seja condutor ou passageiro do veículo e ainda se encontre no local do evento, salvo em caso de lesão física que demande atendimento médico imediato.

Este serviço está limitado a 3 (três) intervenções para motocicletas e 3 (três) intervenções para automóveis, durante os 12 (doze) meses de vigência da apólice.

4.3.4) SERVIÇO DE ORIENTAÇÃO JURÍDICA

Entende-se e considera-se como orientação jurídica à prestação de serviço relacionada apenas com a indicação de profissional advogado, como tal reconhecido na Lei nº 8.906, de 04/07/1994 (estatuto da advocacia), apto a dar ao segurado o aconselhamento que, em razão de acidente, for mais conveniente do ponto de vista jurídico.

A empresa de assistência colocará à disposição do segurado completo serviço de assistência jurídica, que se encarregará da orientação de qualquer processo civil ou criminal, por motivo de lhe ser atribuída à responsabilidade por um acidente.

O segurado deverá arcar com as despesas do serviço

4.3.5) CONSULTAS MÉDICAS

Se o segurado necessitar de assistência médica, a empresa de assistência providenciará e indicará um médico – clínico geral – ao segurado. Ficará por conta do segurado os respectivos honorários profissionais, devendo o segurado quitar os custos diretamente junto ao prestador de serviço afiliado.

4.3.6) DESCONTOS EM ESTABELECIMENTOS DIVERSOS

4.3.6.1) REDE DPASCHOAL

A Rede DPaschoal disponibilizará os serviços a seguir aos segurados:

- Inspeção veicular DPaschoal dos seguintes itens: pneus, rodas, amortecedores, molas, escapamento, bateria, suspensão e freio;
- Rodízio de pneus;
- Desconto adicional de mais 5% (cinco por cento) nos serviços, mão de obra e produtos. Esses descontos são adicionais aos descontos praticados no dia e não são válidos para produtos em promoção no tabloide de ofertas DPaschoal em vigor; e
- Calibragem dos pneus com nitrogênio.

4.3.6.2) ACADEMIAS, SPAS, CLÍNICAS DE ESTÉTICA E DE CIRURGIA PLÁSTICA

A empresa de assistência disponibilizará uma relação de estabelecimentos que fazem parte de uma rede de descontos gerenciada pela empresa de assistência nas principais cidades do Brasil, tais como Rio de Janeiro, São Paulo, Salvador, Recife, Belo Horizonte, Porto Alegre, Curitiba e Espírito Santo.

Os descontos nos estabelecimentos acima mencionados variam entre 10% (dez por cento) e 20% (vinte por cento), conforme rede credenciada.

4.3.6.3) DESCONTOS EM FARMÁCIAS

Os segurados terão **descontos de até 30% (trinta por cento)** sobre o preço máximo ao consumidor nas redes de farmácias credenciadas, sobre os medicamentos relacionados em lista padrão constante no folheto anexo.

Os descontos só serão concedidos para a compra de medicamentos prescritos ao próprio segurado titular, que estejam relacionados na lista padrão e acompanhados de receita médica.

5) SINISTROS – ASSISTÊNCIA DOMICILIAR

- a) Incêndio – combustão acidental, com desenvolvimento de chamas, estranha a uma fonte de fogo, ainda que nesta possa ter origem e que se pode propagar pelos seus próprios meios;
- b) Explosão – ação súbita e violenta da pressão ou depressão de gás ou vapor;
- c) Danos por água, provenientes súbita e imprevistamente de rupturas ou entupimentos da rede interna de água;
- d) Furto qualificado ou roubo, consumado ou frustrado, praticados por arrombamento, escalamento, chaves falsas ou com violência ou ameaças graves às pessoas que se encontrarem no domicílio, desde que participados às autoridades (boletim de ocorrência);
- e) Impacto de veículos terrestres ou animais, desde que não conduzidos pelo segurado ou por qualquer das pessoas mencionadas no artigo primeiro, não se considerando os danos causados em veículos de terceiros;
- f) Derrame súbito de óleo de qualquer instalação fixa ou móvel para aquecimento ou refrigeração do ambiente, excetuando os danos sofridos pela própria instalação;
- g) Quebra ou queda de painéis para captação de energia solar destinados à utilização do segurado, salvo em operações de montagem ou reparação; e
- h) Avarias na rede elétrica interna do domicílio devido a variações anormais de tensão, curto-circuito, calor causado acidentalmente por eletricidade ou descargas elétricas.

6) EXCLUSÕES

6.1) ASSISTÊNCIA DOMICILIAR

6.1.1) O presente contrato não se aplica às seguintes situações:

- a) Domicílios de veraneio ou que não possam ser caracterizadas como a habitual ou permanente do segurado;
- b) Estabelecimentos comerciais ou domicílio com parte dela utilizada para fins comerciais, seja pelo segurado ou por terceiros;
- c) Acidentes que tenham ocorrido anteriormente ao início do contrato, ainda que as suas consequências se tenham prolongado para além dessa data;
- d) Os acidentes ou as suas consequências que derivem, direta ou indiretamente, de ações criminais do segurado ou as consequências originadas por dolo;
- e) Os acidentes que resultem de acontecimentos de guerra, tumultos e perturbações da ordem pública;

- f) Os acidentes que resultem, direta ou indiretamente, da desintegração ou fusão do núcleo de átomos, aceleração de partículas ou radioatividade;
- g) Acidentes causados por engenhos explosivos ou incendiários;
- h) Despesas decorrentes de despejo, arrolamento, confisco, expropriação, requisição de bens ou danos causados ao imóvel, por ordem de autoridades judiciais, administrativas ou militares;
- i) Operações de busca, recuperação e salvamento de objetos, bens ou pessoas, após a ocorrência de sinistros; e
- j) Evento decorrente de falta de manutenção por parte do segurado.

6.2) ASSISTÊNCIA EM VIAGEM NACIONAL

6.2.1) Não ficam garantidas por este contrato as prestações que não tenham sido previamente solicitadas por intermédio da empresa de assistência ou tenham sido executadas sem o seu acordo, salvo em casos de força maior ou impossibilidade material demonstradas, casos estes em que o segurado deverá comprovar, no prazo máximo de 60 (sessenta) dias da data da ocorrência, os gastos realizados, através de notas fiscais descritivas do serviço, em vias originais, acompanhadas de relatório médico e/ou odontológico, para que possa obter o reembolso, pela empresa de assistência, daquelas despesas, dentro dos limites de cobertura previstos.

Não serão reembolsados os casos de despesas não comunicadas e aprovadas previamente pela central de atendimento da empresa de assistência.

6.2.2) A empresa de assistência não será responsável por gastos pessoais do segurado em viagem relativos às prestações respeitantes a:

- a) Doenças crônicas ou preexistentes que o segurado sofra anteriormente à viagem, conhecidas pelo segurado, assim como sua agudização ou consequências. Nesse caso, a empresa de assistência somente efetuará, a seu exclusivo critério, a primeira consulta clínica que permita diagnosticar a doença preexistente;
- b) Toda e qualquer consequência resultante de morte ou lesões causadas, direta ou indiretamente por atividades criminosas ou dolosas do segurado, bem como aqueles provocados por ato, ação ou omissão do segurado, causados por má-fé;
- c) Acontecimentos ou consequências causadas por suicídio consumado ou frustrado do segurado, respeitando o disposto no Código Civil;
- d) Danos sofridos pelo segurado, em consequência de demência, doenças ou ainda estados patológicos produzidos por consumo de álcool, drogas, produtos tóxicos, narcóticos ou medicamentos adquiridos sem prescrição médica;
- e) Despesas com aquisição de óculos, lentes, muletas e próteses em geral;
- f) Danos sofridos em consequência da prática de desportos radicais, tais como, mas não limitados, a alpinismo, esqui de inverno ou aquático, caça, pesca submarina, esgrima, esportes que utilizem arma de fogo, bem como de práticas desportivas em competição, ou treino para competição e apostas;

- g) Despesas com fisioterapia de caráter não urgente;
- h) Todos os gastos ocasionados pelo diagnóstico ou tratamento de um estado fisiológico (ex.: gravidez), parto e qualquer tipo de *check-up* médico geral;
- i) Repatriação sanitária, caso o segurado possa ser tratado localmente e não haja impedimento em seguir viagem;
- j) Danos sofridos em consequência de atos de terrorismo, guerras, revoltas populares, greves, sabotagem, tumultos e quaisquer perturbações da ordem pública;
- k) Danos sofridos em decorrência de atos ou atividades das forças armadas ou de forças de segurança em tempos de paz;
- l) Danos sofridos em consequência direta ou indireta de irradiações provenientes da transmutação ou desintegração nuclear ou da radioatividade;
- m) Danos sofridos em decorrência de fenômenos da natureza, de caráter extraordinário, tais como: inundações, terremotos, erupções vulcânicas, tempestade ciclônica atípica, furacões, maremotos, quedas de corpos siderais, meteoritos etc; e
- n) Salvamento em mar, montanhas e zonas desérticas.

6.3) SERVIÇOS ESPECIAIS

6.3.1) EXCLUSÕES GERAIS

Os serviços da empresa de assistência descritos neste instrumento não poderão ser exigidos em consequência de:

- a) Atos intencionais ou dolosos;
- b) Uso abusivo de álcool (embriaguez, alcoolismo);
- c) Uso de drogas ou entorpecentes;
- d) Participação em apostas, duelos, crimes, disputas; e
- e) Acidentes resultantes da participação em toda competição oficial e suas provas preparatórias.

6.3.1.1) A empresa de assistência estará desobrigada da prestação dos serviços nos casos que impeçam a execução dos mesmos, tais como: enchentes, greves, convulsões sociais, atos de vandalismo, interdições de rodovias e/ou outras vias de acesso, efeitos nucleares ou radioativos, casos fortuitos e de força maior.

6.3.1.2) Nos casos descritos na cláusula 6.3.1.1, acima, apesar de não poder intervir no momento do evento, a empresa de assistência atenderá normalmente os serviços dos itens 4.3.2 (socorro mecânico local) e/ou 4.3.3 (reboque do veículo), depois de regularizada a situação local e quando as condições locais assim permitirem.

6.3.1.3) Os eventuais reembolsos de despesas previamente autorizados pela empresa de assistência deverão, obrigatoriamente, obedecer aos procedimentos necessários que serão informados pela central de atendimento.

6.3.1.4) Fica estabelecido que, nos casos de acidente que importem em ferimento do(s) segurado(s) e em havendo força maior ou impossibilidade material demonstrados que inviabilize o acionamento prévio pelo segurado da central de atendimento 24 (vinte e quatro) horas, a empresa de assistência reembolsará integralmente ao segurado os valores que o mesmo venha despende com a utilização dos serviços previstos neste instrumento. Para tanto, o segurado deverá comprovar, no prazo máximo de 60 (sessenta) dias da data da ocorrência, os gastos realizados, através de notas fiscais descritivas do serviço, em vias originais, acompanhadas de relatório médico e boletim de ocorrência.

6.3.1.5) Nos demais casos de acidente que não importem em ferimentos graves, em havendo impossibilidade material ou força maior demonstrados, a empresa de assistência somente reembolsará ao segurado os valores que normalmente seriam gastos caso fosse a central de atendimento 24 (vinte e quatro) horas da empresa de assistência que efetuasse o atendimento.

6.3.2) EXCLUSÕES RELATIVAS AO VEÍCULO

A empresa de assistência não intervirá ou se responsabilizará:

- a) Despesas de conserto, após a entrada do veículo na oficina;
- b) Por objetos deixados no veículo, remoção, guarda e proteção de carga;
- c) Nos casos de panes repetitivas, ou seja, toda e qualquer pane idêntica a uma previamente atendida pela empresa de assistência, até 7 (sete) dias após a ocorrência anterior;
- d) Por mais de um serviço de reboque a cada ocorrência de acidente com o veículo;
- e) Envio de um segundo reboque caso o primeiro não encontre o segurado no local solicitado para a prestação do serviço;
- f) Comprovada utilização indevida do veículo;
- g) Acidentes causados por engenhos explosivos ou incendiários transportados pelo segurado;
- h) Acidentes ou avarias ocorridos quando o veículo for conduzido por pessoa não legalmente habilitada;
- i) Pagamento de multas;
- j) Serviços de assistência a veículos de terceiros e/ou a seus ocupantes; e
- k) Acidentes ou avarias ocorridos em viagens contraindicadas em razão do estado de conservação das vias ou do veículo assistido.

6.3.3) EXCLUSÕES RELATIVAS AOS SEGURADOS

Não justifica uma intervenção por parte da empresa de assistência qualquer evento ocorrido com o segurado, fora do veículo sinistrado.

Acontecimentos ou consequências causadas por suicídio consumado ou frustrado do segurado, quando cometido pelo segurado nos dois primeiros anos de vigência.

7) REEMBOLSOS DE TRANSPORTES NÃO UTILIZADOS

O segurado que tiver utilizado prestações de transportes previstas no presente contrato compromete-se a promover as diligências necessárias à recuperação de títulos de transporte não utilizados e a entregar a empresa de assistência as importâncias recuperadas.

8) REEMBOLSO PELA EMPRESA DE ASSISTÊNCIA

8.1) Quando, excepcionalmente, o serviço coberto tiver que ser pago pelo segurado para posterior reembolso, esse deverá sempre observar a orientação e aprovação prévia da central de atendimento da empresa de assistência.

8.2) Em casos de impossibilidade material ou força maior comprovados que comprometam o acionamento prévio da central de atendimento da empresa de assistência, será necessário que o segurado entre em contato com a central em um prazo de 24 (vinte e quatro) horas, contados a partir da ocorrência do evento que deu lugar à utilização de algum dos serviços previstos.

Nesses casos, o segurado deverá comprovar, no prazo máximo de 30 (trinta) dias da data da ocorrência, os gastos realizados, através de notas fiscais descritivas do serviço em vias originais, para que possa obter o reembolso, pela empresa de assistência, daquelas despesas dentro dos limites de coberturas definidos.

8.3) O não cumprimento dessas obrigações acarretará a automática perda do direito do segurado a obter o pagamento direto ou reembolso dos serviços aos prestadores contratados diretamente pelo segurado.

9) INACUMULABILIDADE

As prestações previstas são pagas em excesso e complementarmente as previstas em outros contratos eventualmente já existentes e contemplando as mesmas ocorrências.

O segurado compromete-se a promover as diligências necessárias à obtenção dos reembolsos devidos ao abrigo dos referidos contratos ou de qualquer outra instituição a que tiver direito e a devolvê-los a empresa de assistência no caso e à medida que esta as houver adiantado.

10) SUB-ROGAÇÃO

Após o reembolso dos prestadores de serviços ou outras despesas, a empresa de assistência fica sub-rogada nos correspondentes direitos do segurado contra aqueles que por ato, fato ou omissão tenham causado os prejuízos ou para eles tenham concorrido, obrigando-se o segurado a facilitar os meios necessários ao exercício dessa sub-rogação.

O segurado compromete-se a restituir a empresa de assistência toda importância que tenha recebido por parte do causador dos danos e/ou de seu seguro, em função de liquidação da indenização a qual o segurado tiver direito, até os limites assumidos pela empresa de assistência.

Caso o beneficiário se negue a prestar colaboração ou a sub-rogar tais direitos, a empresa de assistência estará automaticamente desobrigada a abonar os gastos originados da assistência.

DESCONTOS EM MEDICAMENTOS

Com o Vida Toda, você tem acesso aos melhores serviços de assistência 24 (vinte e quatro) horas e um benefício adicional: desconto em farmácias.

Em qualquer uma das farmácias da rede nacional credenciada, você pode adquirir, com **desconto de até 30% (trinta por cento) sobre o preço máximo ao consumidor** e para pagamento em dinheiro ou cheque, diversos medicamentos selecionados segundo critérios da AMB (Associação Médica Brasileira) e OMS (Organização Mundial de Saúde), incluídos na lista de medicamentos, que você está recebendo no folheto anexo, com abrangência terapêutica para mais de 94% (noventa e quatro por cento) das patologias existentes.

Como utilizar esse benefício?

Primeiro, consulte o seu médico. Somente ele poderá diagnosticar o seu problema, prescrever o tratamento correto e fornecer a prescrição médica em duas vias.

Depois, basta apresentar a segunda via da prescrição médica e o cartão Vida Toda em uma das farmácias da rede nacional credenciada. O seu benefício já estará garantido.

Mantenha sempre a lista de medicamentos com você, e, no momento da consulta, apresente-a ao seu médico, informe-o sobre seu benefício e solicite que ele prescreva medicamentos nela inclusos, sempre que ele entender serem os mais indicados.

MONGERAL AEGON

Construa seu amanhã

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@mongeralaegon.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@mongeralaegon.com.br ou Cx. Postal 40994 – CEP 20270-971 - Rio de Janeiro/RJ.

mongeralaegon.com.br



euplanejo360.com.br



facebook.com/MongeralAegon



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