

AO PROCON MUNICIPAL DE MARACANAÚ – ESTADO DO CEARÁ

Número de Atendimento: 25.03.0564.001.00001-301

Reclamante: ATILA MACAMBIRA NOGUEIRA

CPF: 058.716.923-03

MONGERAL AEGON SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A (MAG SEGUROS), sociedade seguradora com sede na cidade e Estado do Rio de Janeiro, na Travessa Belas Artes, n.º 15, Centro, CEP.: 20060-000, inscrita no CNPJ sob n.º 33.608.308/0001-73, neste ato representada por seus advogados, legalmente constituídos, conforme instrumento de procuração, anexo, na reclamação, em epígrafe, na melhor forma de direito, apresentar a sua

DEFESA

pelos fatos e fundamentos a seguir expostos:

I. BREVE RESUMO DA RECLAMAÇÃO

1. O Reclamante informa que trabalhava na empresa Delta Servisse (CNPJ 44.353.061/0002-99), e possuía seguro, garantido pela Reclamada.
2. Relata que em 29/03/2023, sofreu um acidente e quebrou a mão, realizou procedimento cirúrgico, que resultou em afastamento do trabalho, por 90 dias, após esse período, mais 45 dias.
3. Narra que acabou aceitando novo trabalho, em outra empresa.
4. Aduz que entrou em contato com a Reclamada, para solicitar o valor referente as diárias, processo número 2024005811.
5. Alega que a seguradora informou que, em alguns dias, o reembolso seria realizado, todavia, o prazo foi excedido, razão pela qual, entrou, novamente, em contato, e foi informado que o formulário de afastamento estava pendente.



MÁXIMO DE SOUZA & CORIOLANO

Advogados

6. Informa não ter entendido o motivo, pois a seguradora confirmou que já possuía o documento, mas, ao questionar sobre a situação, não obteve qualquer resposta.

7. Solicita: 1) valor referente aos meses que esteve impossibilitado de trabalhar.

II. DOS ESCLARECIMENTO NECESSÁRIOS

8. A questão trata-se de direito do consumidor, contudo, o Código de Defesa do Consumidor, e seus princípios não podem ser utilizados como subterfúgio pelo consumidor, é necessário que esse demonstre ao menos, de forma mínima, os fatos que narra, ainda que em sede de reclamação junto ao Procon, fato não ocorrido.

9. O princípio da vulnerabilidade e a facilitação da defesa dos direitos do consumidor não exigem, esse, de comprovar a violação efetiva de seus direitos, ou do contrato.

10. O artigo 6º do CDC deve ser interpretado de forma restritiva e não ampliativa, é necessária a demonstração da verossimilhança pelo consumidor, não é possível isentar o consumidor somente pela questão tratar-se de direito consumerista.

11. O Reclamante, realizou aviso de sinistro, solicitando a cobertura de Diária de Incapacidade Temporária por Acidente, em razão de acidente ocorrido em 29/03/2023, iniciando-se o processo nº 2024009564.

12. Após o recebimento do aviso de sinistro, verificou-se a ausência de documentação essencial, assim, a seguradora encaminhou a solicitação, de envio, da HABILITAÇÃO DE BENEFICIÁRIOS e LAUDO MÉDICO ASSISTENTE DESCREVENDO QUAIS AS LIMITAÇÕES FUNCIONAIS SUPOSTAS PELO SEGURADO E DATA DA ALTA MÉDICA DEFINITIVA, em 17 de abril de 2024, conforme notificação, em anexo.

13. O Reclamante encaminhou a documentação, todavia, após análise do formulário recebido, foi constatado que não foi informado qual o grau da sequela, tampouco a data da alta médica.

14. Dessa forma, a seguradora encaminhou duas novas solicitações, ao Reclamante, em 03/05/2024 e 14/06/2024, todavia o consumidor apenas encaminhou uma carta

MÁXIMO DE SOUZA & CORIOLANO
Advogados



de benefício do INSS, informando afastamento de 26/04/2023 a 10/08/2023, destacando que este documento não sana a pendência no processo de sinistro.

15. Note-se, o próprio Reclamante relata que não logrou êxito em seu contato com o médico, para obtenção do laudo, inclusive, para seu retorno ao trabalho, o que o levou a aceitar a proposta de emprego oferecida por outra empresa.

16. O documento que o Reclamante alega, que já se encontrava em posse da Reclamada, é o laudo do médico assistência, o qual deve ser encaminhado pelo próprio, quando da abertura do processo de sinistro, todavia, o laudo estava incompleto, não continha todas as informações necessárias à regulação do processo de sinistro, o que levou a seguradora a realizar as notificações de pendências.

17. Ante a inércia do segurado, em encaminhar documento essencial, a seguradora resta impedida de realizar a análise, o processo de sinistro ainda consta com pendência de documentos.

18. A pretensão deduzida, na presente reclamação, carece de requisito essencial para sua válida constituição, qual seja o interesse de agir.

19. O Reclamante ingressou com a presente pleiteando o pagamento da indenização securitária, sem qualquer fundamento, posto que, o próprio consumidor narra que não conseguiu obter o laudo médico e, apesar de estar ciente da pendência de documentos, em momento algum, em seu relato, comprova os envios.

20. A regulação do sinistro é obrigação legal e contratual. Somente após o envio de toda a documentação necessária é que a seguradora tem capacidade para analisar e verificar se o mesmo possui cobertura.

21. Com a devida vênia, as solicitações da seguradora dos documentos pendentes são bem claras, e de fácil compreensão, indicam de forma simples que o consumidor precisa encaminhar o laudo do médico ortopedista, indicando qual o grau das sequelas e a data da alta médica, para a análise do sinistro.

22. Como exemplo, destaca-se a última notificação encaminhada:



MÁXIMO DE SOUZA & CORIOLANO
Advogados

Aviso de Solicitação de Documentação Pendente

Prezado Senhor(a), para regulação do respectivo processo, será necessário o encaminhamento do(s) documento(s) assinalado(s) abaixo.

Documentos Solicitados	
Documento	Data Solicitação
LAUDO DO MÉDICO ASSISTENTE ORTOPEDISTA DESCRVENDO QUAIS AS LIMITAÇÕES FUNCIONAIS APRESENTADAS	14/06/2024
PELO SEGURADO E DATA DA ALTA MÉDICA	14/06/2024

23. Resta nítido que a seguradora tomou todas as medidas a seu alcance. Os documentos foram solicitados e o próprio Reclamante relata que tem ciência da pendência, porém, se mantém inerte, ocasionando a paralisação do processo de sinistro, até o envio dos documentos, solicitados

24. Por mais que a responsabilidade do fornecedor de serviço seja objetiva, na forma do artigo 14 do CDC, cabe ao consumidor comprovar ao menos de maneira mínima a ocorrência dos fatos alegados, o que não ocorreu na presente lide.

25. A seguradora não foi omissa ou desidiosa, não houve qualquer falha na prestação do serviço. Ainda não houve a análise do processo de sinistro por culpa exclusiva do consumidor, que mesmo estando ciente da pendência de documentos, não os enviou, impossibilitando a Reclamada de realizar a regulação do sinistro e verificar se há cobertura, ou não, para o solicitado.

26. A seguradora tem como dever, obrigação, a liquidação do sinistro, tem que regular cada sinistro ocorrido, em prol de seus próprios segurados. A análise técnica, a apuração do sinistro ocorrido não é faculdade da seguradora.

27. A Reclamada não pode ser penalizada por cumprir o contrato de seguro, suas previsões e determinações.

28. Ressalta-se que a seguradora, Reclamada, está completamente a disposição do Reclamante, para esclarecer quaisquer outras dúvidas.

29. A imposição de pagamento de indenização, sem a correta análise do processo de sinistro, vai de encontro a todos os preceitos basilares da responsabilidade civil, assim como ultrapassa os limites impostos na apólice, esses devem ser considerados por esse órgão, vez que é o instrumento delimitador da responsabilidade da seguradora perante o segurado.

MÁXIMO DE SOUZA & CORIOLANO
Advogados



30. A seguradora, Reclamada, está cumprindo na íntegra o que se dispõe para fazer no contrato, celebrado, abriu o processo de sinistro, analisou os documentos encaminhados e, ante a ausência de documento essencial, o solicitou ao Reclamante e está aguardando o envio, para conclusão se há ou não cobertura.

31. Somente após o envio de toda a documentação mínima, necessária é que a seguradora tem capacidade para analisar e sinistro aviso, e verificar se há, ou não, cobertura.

32. A seguradora está totalmente impedida de dar prosseguimento a análise do sinistro avisado, por culpa exclusiva do segurado, que até a propositura, da presente, não enviou o documento essencial para regular o processo.

33. **Nenhum ato ilícito ou prática abusiva foi praticada pela Reclamada, o Reclamante precisa sanar a pendência documental, para que seja realizada a devida análise e conclusão do processo de sinistro.**

34. Conforme determina o CDC, o fornecedor de serviço **não é** responsável quando provar que o defeito do serviço prestado **inexiste**, vejamos:

"Art. 14. O fornecedor de serviços responde, independentemente da existência de culpa, pela reparação dos danos causados aos consumidores por defeitos relativos à prestação dos serviços, bem como por informações insuficientes ou inadequadas sobre sua fruição e riscos.

(...)

§ 3º O fornecedor de serviços só não será responsabilizado quando provar:

I - que, tendo prestado o serviço, o defeito inexiste"

35. Pelo exposto, requer que a presente reclamação seja devidamente encerrada e arquivada, como não fundamentada – sem a aplicação de qualquer penalidade a Reclamada - ante a inexistência de falha na prestação dos serviços.



MÁXIMO DE SOUZA & CORIOLANO
Advogados

36. Requer, ainda, que seja reconhecida a inércia do consumidor, em sanar a pendência de documentos necessários, vez que não os enviou mesmo estando ciente das solicitações realizadas pela seguradora, impossibilitando a Reclamada de realizar a análise e conclusão do processo de sinistro.

37. Alternativamente, requer que a presente reclamação seja devidamente encerrada e arquivada, ante a incompetência deste D. órgão, para sua apreciação, por necessitar de prova pericial, a qual não é cabível em sede de procedimento administrativo.

Termos em que,
Pede deferimento.

Rio de Janeiro, 14 de março de 2025.


RAFAEL SOUZA FARAH
OAB/RJ 152.674


SERGIO PINHEIRO MÁXIMO DE SOUZA
OAB/RJ 135.753

JÉSSICA DE OLIVEIRA MUNSTEIN
OAB/RJ 254.200

Rio de Janeiro, 14 de junho de 2024

CE - DEBEN: 639298 / 2024

ATILA MACAMBIRA NOGUEIRA

TRAVESSA JOAO 1, 488

JARDIM CEARENSE - FORTALEZA - CE

68712-125

Segurado: **ATILA MACAMBIRA NOGUEIRA**
Matrícula: **7009148791**
Beneficiário: **ATILA MACAMBIRA NOGUEIRA**
Sinistrado:
Estipulante: -
Contrato: -

Número Processo: **2024009564**
Status: **EM REGULAÇÃO**
Fato Gerador: **INVALIDEZ ACIDENTAL**

Aviso de Solicitação de Documentação Pendente

Prezado Senhor(a), para regulação do respectivo processo, será necessário o encaminhamento do(s) documento(s) assinalado(s) abaixo.

Documentos Solicitados

Documento	Data Solicitação
LAUDO DO MÉDICO ASSISTENTE ORTOPEDISTA DESCRREVENDO QUAIS AS LIMITAÇÕES FUNCIONAIS APRESENTADAS	14/06/2024
PELO SEGURADO E DATA DA ALTA MÉDICA	14/06/2024

Fica facultada à seguradora, no caso de dúvida fundada e justificável, a solicitação de outros documentos.

Informamos que este processo ficará pendente, aguardando a remessa da documentação solicitada acima.

Esclarecemos que a documentação deverá ser encaminhada para o e-mail avisobeneficios@mag.com.br

Atenciosamente,

Departamento de Benefício
Mongeral Aegon Seguros e Previdência S/A

Rio de Janeiro, 03 de maio de 2024

CE - DEBEN: 634406 / 2024

ATILA MACAMBIRA NOGUEIRA

RUA JOAO 1, 488

JARDIM CEARENSE - FORTALEZA - CE

68712-125

Segurado: **ATILA MACAMBIRA NOGUEIRA**
Matrícula: **7009148791**
Beneficiário: **ATILA MACAMBIRA NOGUEIRA**
Sinistrado:
Estipulante: -
Contrato: -

Número Processo: **2024009564**
Status: **EM REGULAÇÃO**
Fato Gerador: **INVALIDEZ ACIDENTAL**

Aviso de Solicitação de Documentação Pendente

Prezado Senhor(a), para regulação do respectivo processo, será necessário o encaminhamento do(s) documento(s) assinalado(s) abaixo.

Documentos Solicitados

Documento	Data Solicitação
ENVIAR LAUDO AO MÉDICO ASSISTENTE DESCRREVENDO QUAIS AS LIMITAÇÕES FUNCIONAIS SUPORTADASE GRAU DA SEQ	03/05/2024

Observação:

ENVIAR LAUDO AO MÉDICO ASSISTENTE DESCRREVENDO QUAIS AS LIMITAÇÕES FUNCIONAIS SUPORTADASE GRAU DA SEQUELA

Fica facultada à seguradora, no caso de dúvida fundada e justificável, a solicitação de outros documentos.

Informamos que este processo ficará pendente, aguardando a remessa da documentação solicitada acima.

Esclarecemos que a documentação deverá ser encaminhada para o e-mail avisobeneficios@mag.com.br

Atenciosamente,

Departamento de Benefício
Mongeral Aegon Seguros e Previdência S/A

Rio de Janeiro, 17 de abril de 2024

CE - DEBEN: 632120 / 2024

ATILA MACAMBIRA NOGUEIRA

RUA JOAO 1, 488

JARDIM CEARENSE - FORTALEZA - CE

68712-125

Segurado: **ATILA MACAMBIRA NOGUEIRA**
Matrícula: **7009148791**
Beneficiário: **ATILA MACAMBIRA NOGUEIRA**
Sinistrado:
Estipulante: -
Contrato: -

Número Processo: **2024009564**
Status: **EM REGULAÇÃO**
Fato Gerador: **INVALIDEZ ACIDENTAL**

Aviso de Solicitação de Documentação Pendente

Prezado Senhor(a), para regulação do respectivo processo, será necessário o encaminhamento do(s) documento(s) assinalado(s) abaixo.

Documentos Solicitados

Documento	Data Solicitação
HABILITACAO DE BENEFICIARIOS	17/04/2024
LAUDO AO MÉDICO ASSISTENTE DESCREVENDO QUAIS AS LIMITAÇÕES FUNCIONAIS SUPORTADAS PELO SEGURADO	17/04/2024

Observação:

LAUDO AO MÉDICO ASSISTENTE DESCREVENDO QUAIS AS LIMITAÇÕES FUNCIONAIS SUPORTADAS PELO SEGURADO E DATA DA ALTA MÉDICA DEFINITIVA

Fica facultada à seguradora, no caso de dúvida fundada e justificável, a solicitação de outros documentos.

Informamos que este processo ficará pendente, aguardando a remessa da documentação solicitada acima.

Esclarecemos que a documentação deverá ser encaminhada para o e-mail avisobeneficios@mag.com.br

Atenciosamente,

Departamento de Benefício
Mongeral Aegon Seguros e Previdência S/A

CONDIÇÕES ESPECIAIS

COBERTURA DE DIÁRIA DE INCAPACIDADE TEMPORÁRIA POR ACIDENTE



1) OBJETIVO DA COBERTURA

Art. 1º. É a garantia do pagamento ao segurado de diárias, no caso deste ficar impossibilitado continuamente e ininterruptamente de exercer sua profissão ou ocupação, decorrente de acidente pessoal coberto, durante o período em que se encontrar em tratamento, sob orientação médica, ocorrido exclusivamente no período de vigência do seguro, respeitada a franquia dedutível definida e observado o limite de diárias e as condições gerais e especiais do seguro.

Parágrafo único. Ao atingir 70 (setenta) anos o segurado será excluído da cobertura, permanecendo com direito às demais coberturas contratadas.

Art. 2º. O número de diárias a ser indenizado será determinado pela perícia da seguradora, em função da necessidade comprovada de afastamento do segurado de suas atividades profissionais, sendo limitado ao número máximo de diárias, conforme estipulado em contrato e na proposta de contratação, dentre as seguintes: 60 (sessenta), 90 (noventa), 120 (cento e vinte), 180 (cento e oitenta) e 365 (trezentos e sessenta e cinco) diárias por evento coberto, observado o período de carência e a franquia.

§ 1º. Esta cobertura estará limitada a um percentual da cobertura de morte acidental, conforme definido na proposta de contratação.

§ 2º. Esta cobertura (diária) estará limitada a 100% (cem por cento) da renda média mensal do segurado líquida de I.R.R.F. dividida por 30 (trinta).

§ 3º. Pelo mesmo acidente, o número de diárias indenizadas não pode superar a quantidade de diárias contratadas por evento coberto.

§ 4º. A reintegração do capital segurado relativo à garantia de diária por incapacidade temporária por acidente é automática após cada acidente, sem cobrança de prêmio adicional.

§ 5º. A indenização a ser paga será calculada tomando-se por base o valor da diária por incapacidade temporária por acidente, multiplicando-se pelo número de dias de afastamento, descontando o período de franquia.

§ 6º. As indenizações de diária por incapacidade temporária por acidente não se acumulam. No caso de ocorrência simultânea de mais de um afastamento por incapacidade temporária a indenização a ser paga será a do evento que resulte no maior tempo de afastamento, não havendo acúmulo ou superposição de indenizações.

§ 7º. Esta cobertura não poderá ser contratada por segurados dependentes.

2) RISCOS EXCLUÍDOS

Art. 3º. Além dos riscos excluídos mencionados nas condições gerais, consideram-se também como Riscos Excluídos, para a cobertura de diária por incapacidade temporária por acidente, os abaixo especificados:

- a) hospitalizações para check-up;
- b) cirurgias plásticas, exceto aquelas com finalidade comprovadamente restauradoras de função diretamente afetada por acidente pessoal coberto pelo seguro, e realizadas no prazo de 90 (noventa) dias, contados a partir da data do acidente;
- c) procedimentos não previstos no Código Brasileiro de Ética Médica e não reconhecidos pelo serviço Nacional de Fiscalização de Medicina e Farmácia;
- d) lesões traumáticas e cirúrgicas comprovadamente anteriores à celebração deste contrato, para os quais o segurado tenha procurado ou recebido atendimento médico hospitalar de qualquer natureza, mesmo que os afastamentos sejam decorrentes de agravamento, sequelas ou reaparecimento destas, ou de seus sintomas e sinais, ou ainda, das complicações crônicas ou degenerantes delas consequentes;

- e) luxações recidivantes de qualquer articulação;
- f) instabilidades crônicas (agudizadas ou não) de qualquer articulação;
- g) tratamentos clínicos ou cirúrgicos com finalidade estética ou cosmética;
- h) lombalgias lombociatalgias, ciáticas, síndrome pós-laminectomia, hérnias discais degenerativas, protusões discais degenerativas, dorsopatias, cervicobraquialgias; e
- i) Lesões por Esforço Repetitivo (L.E.R.), tais como: tendinites, sinovites, tenossinovites, cervicobraquialgias artrites, bursites e todos os processos inflamatórios inespecíficos relacionados aos Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho (D.O.R.T.).

Art. 4°. A aposentadoria por invalidez ou o auxílio doença concedidos por instituições oficiais de previdência social, assim como por órgãos do poder público e por outras instituições público-privadas, não caracteriza, por si só, o estado de incapacidade.

3) FRANQUIA

Art. 5°. Será estabelecida franquia dedutível de 10 (dez) dias, contada a partir da data do evento coberto.

4) CAPITAL SEGURADO

Art. 6°. Para efeito de determinação do capital segurado, na liquidação dos sinistros, será considerada como data do evento a data do acidente.

Art. 7°. O número máximo de diárias a serem pagas, por evento coberto será de acordo com o limite de diárias contratado, podendo ser de 60 (sessenta) dias, 90 (noventa) dias, 120 (cento e vinte) dias, 180 (cento e oitenta) dias e 365 (trezentos e sessenta e cinco) dias.

5) LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

Art. 8°. Em caso de sinistro coberto por este seguro, o estipulante/subestipulante ou o beneficiário deverá comunicar o sinistro à seguradora e provar satisfatoriamente sua ocorrência, através da entrega dos documentos básicos listados abaixo:

DOCUMENTOS DO SEGURADO PRINCIPAL

- a) cópia da carteira de identidade e CPF do segurado;
- b) cópia do comprovante de residência de contas de concessionárias de serviços públicos (luz, gás, água, telefone fixo, etc.);
- c) Formulário de Habilitação de Beneficiários, devidamente preenchido;
- d) Formulário "Aviso para Concessão e Prorrogação de Benefício de Afastamento" preenchido, com assinatura e carimbo de CRM, pelo próprio médico assistente.;
- e) Resultados dos exames comprobatórios da doença ou acidente (radiografias, tomografias, ressonâncias, ultrassonografias, eletroneuromiografias, etc. – laudos e imagens);
- f) Atestado Médico original comprovando o afastamento;
- g) Cópia autenticada de comprovante de exercício de Atividade Profissional;
- h) Formulário Laudo Oftalmológico, se necessário;
- i) cópia autenticada do Boletim de Ocorrência Policial, em caso de acidente;
- j) cópia autenticada da Carteira Nacional de Habilitação, em caso de acidente com veículo dirigido pelo segurado;
- k) cópia autenticada do Laudo do Exame Toxicológico e de Teor Alcoólico, quando realizado, em caso de acidente; e

- l) quando houver internação ou atendimento em hospital ou clínica, deverá ser anexada uma declaração da entidade constando o nome do segurado, data da internação e da alta, diagnóstico detalhado e descrição do tratamento ou cirurgias realizadas, bem como identificação do(s) seu(s) médico(s) assistente(s).
- m) comprovação do vínculo do segurado principal com o estipulante/subestipulante, através de cópia de um dos seguintes documentos, de acordo com o estipulante/subestipulante:
- I. Associação ou Sindicato: Termo de adesão, carteira de associado ou contracheque do mês anterior ao evento com o respectivo desconto;
 - II. Sócio ou prestador de serviço: Documento com firma reconhecida ou assinatura digital/ eletrônica na forma da MP 2002-2 e quando na condição de afastado da atividade laborativa, necessário o laudo médico descrevendo a incapacidade e o período de afastamento;
 - III. Demais estipulantes/subestipulantes: cópia de contracheque do mês anterior ao evento, CTPS página do registro e identificação, Ficha de Registro de Empregado (F.R.E.), SEFI² somente a página que consta o nome do funcionário, Termo de Rescisão devidamente assinado, Contrato de Estágio ou Contrato de Prestação de Serviço.

6) BENEFICIÁRIOS

Art. 9º. O beneficiário será sempre o segurado principal.

7) CANCELAMENTO

Art. 10. Caso o segurado esteja recebendo diárias e sua incapacidade temporária evolua para uma invalidez total e permanente devidamente comprovada, o pagamento das diárias será imediatamente cancelado.

Parágrafo único. O seguro será ainda cancelado caso o segurado receba o limite de diárias contratadas referentes a um mesmo evento gerador.



CERTIFICADO

Mongeral Aegon Seguros e Previdência S.A. - CNPJ: 33.603.308/0001-73 - Registro SUSEP 2101

Estipulante: DELTA SERVICE LTDA.

Subestipulante: DELTA SERVICE LTDA.

Endereço: RUA RAIMUNDO CABRAL, 116, 3º ANDAR, SALA 1
Cidade: FORTALEZA
UF: CE CEP: 60045-450

CNPJ: 44.353.061/0001-08

CNPJ: 44.353.061/0001-08

Bairro: BONSUCESSO

DADOS DO SEGURADO

Contrato nº: 64036	Certificado nº: 800017.028281
Apólice: 93211049	CPF: 058.716.923-03
Nome do Segurado: ATILA MACAMBIRA NOGUEIRA	PEP: Não

COBERTURAS CONTRATADAS

CoBERTURAS CONTRATADAS	Valor Benefício Titular (R\$)	Valor Benefício Cônjuge (R\$)	Valor Benefício Filho (R\$)
Morte	20.000,00	*****	*****
Auxílio Funeral Complementar	5.500,00	*****	*****
Diária por Incapacidade Temporária por Acidente	1.500,00	*****	*****
Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente	20.000,00	*****	*****
Morte Acidental	20.000,00	*****	*****
Rescisão Contratual e Realocação de Pessoal por Morte	2.000,00	*****	*****
Prêmio Líquido (R\$)	11,38	Prêmio Total (R\$)	11,42

Periodicidade do pagamento	Início de Vigência	Término de Vigência
MENSAL	01/02/2023 00:00	31/05/2025 00:00

Beneficiários*

HERDEIROS LEGAIS

O segurado poderá, a qualquer tempo, solicitar a alteração de seus beneficiários originalmente indicados, devendo cumprir, para tanto, o procedimento formal exigido pela seguradora. Na ausência de indicação de beneficiários ou se por algum motivo não prevalecer a que for feita, o benefício será pago aos herdeiros legais do segurado, de acordo com o previsto nos artigos 792 e 1829 do Código Civil.

*Para as coberturas com utilização em vida, o beneficiário será o próprio segurado.



GRUPO MONGERAL AEGON

SERVIÇOS ASSISTENCIAIS

Serviços Contratados - Funcionários
Assistência Funeral Padrão r 5500 Plano Individual

Para acionar os serviços assistenciais basta entrar em contato com nossa central de relacionamento no telefone 0800 770 4369.

Para acionar os serviços assistenciais do pacote Bem-Estar (caso tenha contratado) basta entrar em contato no telefone 0800 940 1301.

INFORMAÇÕES ADICIONAIS

Dados do Plano

Última Alteração: 24/05/2023

Valor do Prêmio: R\$11,42

Processo SUSEP nº: 15414.003038/2012-91

Indicador do Plano: IPCA

Unidade de Produção: FORTALEZA

Periodicidade de Pagamento: MENSAL

Dados Corretor

Nome do Corretor: LONGINVEST

Registro: 202012434

CPF/CNPJ: 22.107.806/0001-16

Este seguro é por prazo determinado, tendo a seguradora a faculdade de não renovar a apólice na data do vencimento, sem devolução dos prêmios pagos nos termos da apólice.

As condições contratuais/regulamento deste produto protocolizadas pela sociedade/entidade junto à SUSEP(*) poderão ser consultadas no endereço eletrônico www.susep.gov.br, de acordo com o número de processo constante da apólice/proposta.



www.mag.com.br

www.mag.com.br

CARÊNCIA E FRANQUIA

As informações de carência, franquia e eventuais limites serão estabelecidos nas Condições Gerais e Especiais do produto e/ou na Proposta de Contratação e Condições Particulares do seguro. Para os casos de suicídio ou sua tentativa, haverá carência de 24 meses nos termos do Art. 798 do Código Civil - Lei 10406/02

Helder Molina

Helder Molina
Presidente

Mongeral Aegon Seguros e Previdência S/A

SUSEP – Superintendência de Seguros Privados – Autarquia Federal responsável pela fiscalização, normatização e controle dos mercados de seguro, previdência complementar aberta, capitalização, resseguro e corretagem de seguros. Central de Atendimento SUSEP: 0800 021 8484 – Para Conferir todas as informações sobre o(s) produtos(s) de seguro vinculado(s): <http://www.susep.com.br/>

Central de Relacionamento MAG Seguros - Capitais e Regiões Metropolitanas - 4003 3355 • Demais Localidades - 0800 881 3355
SAC (24h) - 0800 725 7730 • www.mag.com.br • sac@mag.com.br • consumidor.gov.br • Mongeral Aegon Seguros 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 725 785 50



MAG
SEGUROS

MAG

Nome
ATILA MACAMBIRA NOGUEIRA

Estipulante
DELTA SERVICE LTDA.

CNPJ
44.353.061/0001-08

Capitais e Regiões Metropolitanas
4003 3355

Deficientes auditivos e de fala
(todas as localidades)
0800 771 5472

Todos os telefones funcionam 24 horas, exceto o
atendimento às Capitais e Regiões Metropolitanas.

Demais localidades
0800 881 3355

Assistência e funeral
0800 770 4369

Frete

Verso