

O plano de seguro de viagem da guard.me tem dois componentes:

## 1) A Apólice global de seguro de viagem da guard.me assegurada pela Old Republic Insurance Company of Canada

BENEFÍCIO	BENEFÍCIO MÁXIMO
Cancelamento e interrupção da viagem.....	Até \$ 5.000*
Atraso na viagem .....	\$ 200
Conexão perdida .....	\$ 1.500
Despesas adicionais relacionadas ao transporte aéreo .....	\$ 200
Cancelamento pela operadora de turismo .....	\$ 1.000
Emergência médica .....	\$ 2.000.000
Inclui evacuação médica e repatriação de emergência	
Funeral no destino .....	\$ 5.000
Bagagem e itens pessoais.....	\$ 800
• Limite por item.....	\$ 300
• Extravio de bagagem .....	\$ 100
• Despesas pessoais .....	\$ 100
Passaporte/visto perdido ou roubado .....	\$ 500
Bilhetes de viagem perdidos ou roubados .....	\$ 250
Morte acidental e desmembramento .....	Até \$ 25.000
Evacuação de segurança .....	\$ 100.000

Veja a descrição completa dos benefícios, termos, condições, limitações e exclusões na Política de seguro de viagem internacional anexada.

## 2) Anexo sobre responsabilidades do estudante internacional para com terceiros guard.me International – Assegurado pela Unica Insurance Inc.

BENEFÍCIO	BENEFÍCIO MÁXIMO
Responsabilidade para com terceiros .....	\$ 1.000.000

Consulte o anexo à apólice global de seguro de viagem da guard.me para ver a descrição completa dos benefícios, termos, condições, limitações e exclusões.

# guard.me Global APÓLICE DE SEGURO DE VIAGEM

## ANTES DE PARTIR

Ao ler esta **Apólice**, as palavras com letra inicial maiúscula e em negrito são termos cuja definição aparece na seção de definições da **Apólice**.

O termo **Viagem Coberta** significa as providências de viagem que **Você** seguiu sob esta **Apólice**. Para ter certeza de que **Você** tem cobertura total para a **Sua** viagem, **Você** deve comprar um seguro para toda a duração das **Suas** providências de viagem.

## DIREITO DE EXAMINAR EM 10 DIAS

Reserve um tempo para ler a **Sua Apólice** e revisar toda a **Sua** cobertura. Se **Você** tiver alguma pergunta, entre em contato com a **guard.me**. **Você** pode cancelar esta **Apólice** dentro de **10 dias** da compra se não tiver partido na **Sua Viagem Coberta** e não houver reivindicações em processo.

## AVISO IMPORTANTE

- O seguro de viagem tem como objetivo cobrir perdas resultantes de circunstâncias repentinas e imprevistas. É importante que **Você** leia e entenda a **Sua Apólice** antes de viajar, uma vez que a **Sua** cobertura está sujeita a certas limitações, condições ou exclusões.
- Exclusões de condições preexistentes podem se aplicar a **Condições Médicas** e/ou sintomas que existiam antes da **Sua Viagem**. Verifique para ver como isso se aplica na **Sua Apólice** e como se relacionam à **Sua** data de partida, data de compra ou **Data Efetiva**.
- No caso de Ferimento ou Doença, o histórico médico anterior será revisado quando uma reivindicação for relatada.
- Esta **Apólice** fornece assistência de viagem e, em alguns casos, **Você** é solicitado a notificar o **Provedor de Assistência de Emergência** antes do **Tratamento**. Esta **Apólice** limita os benefícios se **Você** não contatar o provedor de assistência dentro do período de tempo especificado.

## ÍNDICE

Requisitos de elegibilidade	Página 3
Programação do máximo de benefícios por plano	Página 4
O que esta apólice cobre?	Página 5
Períodos de cobertura	Página 5
Assistência de viagem	Página 6
Quando se aplica	Página 6
O que fornecemos - 24 horas por dia, sete dias por semana	Página 6
O que acontece quando <b>Você</b> telefona para obter assistência	Página 8
O que fazer quando <b>Você</b> precisar de assistência	Página 8
Limitação dos serviços do Provedor de Assistência de Emergência	Página 8
Cancelamento e interrupção da viagem	Página 9
Quando se aplica	Página 9
Eventos cobertos	Página 9
O que excluimos	Página 10
O que pagamos - Cancelamento da viagem	Página 11
O que pagamos - Interrupção da viagem	Página 11
Limitação de pagamento por um ato de terrorismo	Página 11
O que fazer se você tiver uma reivindicação	Página 12
Atraso na viagem	Página 12
Quando se aplica	Página 12
O que cobrimos	Página 12
O que excluimos	Página 13
O que pagamos	Página 13
O que fazer se você tiver uma reivindicação	Página 13
Atendimento médico de emergência	Página 13
Quando se aplica	Página 13
O que cobrimos	Página 13
O que excluimos	Página 16
O que pagamos	Página 17
O que fazer se você tiver uma reivindicação	Página 17
Bagagem e objetos pessoais	Página 17
Quando se aplica	Página 17
O que cobrimos e o que pagamos	Página 17
O que excluimos	Página 18

O que fazer se você tiver uma reivindicação	Página 19
Passaporte/visto de viagem	Página 19
Quando se aplica	Página 19
O que cobrimos e o que pagamos	Página 19
O que excluimos	Página 19
O que fazer se você tiver uma reivindicação	Página 19
Passagens de viagem	Página 20
Quando se aplica	Página 20
O que cobrimos e o que pagamos	Página 20
O que excluimos	Página 20
O que fazer se você tiver uma reivindicação	Página 20
Morte E Desmembramento Acidental	Página 20
Quando se aplica	Página 20
O que cobrimos	Página 20
Exposição E Desaparecimento	Página 20
O que excluimos	Página 20
O que pagamos	Página 21
O que fazer se você tiver uma reivindicação	Página 21
Evacuação de segurança	Página 22
Quando se aplica	Página 22
O que cobrimos	Página 22
O que excluimos	Página 22
O que fazer	Página 23
Exclusões gerais	Página 23
Cláusulas gerais da apólice	Página 24
Definições	Página 25
Informação de reivindicações	Página 28
Privacidade	Página 30

Página 19
Página 19
Página 19
Página 19
Página 19
Página 20
Página 20
Página 20
Página 20
Página 20
Página 20
Página 20
Página 21
Página 21
Página 22
Página 22
Página 22
Página 22
Página 23
Página 23
Página 24
Página 25
Página 28
Página 30

## PROGRAMAÇÃO DO MÁXIMO DE BENEFÍCIOS POR PLANO

SEÇÕES DE BENEFÍCIOS		PLANO A	PLANO B
1	ASSISTÊNCIA DE VIAGEM	INCLUÍDO	INCLUÍDO
2	CANCELAMENTO E INTERRUPTÃO DA VIAGEM		
	CANCELAMENTO DA VIAGEM	CUSTO DE VIAGEM ATÉ \$ 5.000	-
	INTERRUPTÃO DA VIAGEM	CUSTO DE VIAGEM ATÉ \$ 5.000	-
	INTERRUPTÃO DA VIAGEM RETORNO ANTECIPADO	CUSTO DE VIAGEM ATÉ \$ 5.000	-
	ATO DE TERRORISMO	VEJA A PÁGINA 10	-
	ACOMODAÇÃO E REFEIÇÕES	\$ 300	-
3	ATRASO NA VIAGEM	\$ 1.500	-
	ACOMODAÇÃO E REFEIÇÕES	\$ 200	-
4	ATENDIMENTO MÉDICO DE EMERGÊNCIA		
	HOSPITAL E MÉDICO	\$ 2.000.000	\$ 2.000.000
	ODONTOLÓGICO ACIDENTAL	\$ 1.500	\$ 1.500
	VOLTA PARA CASA/EVACUAÇÃO MÉDICA DE EMERGÊNCIA	\$ 2.000.000	\$ 2.000.000
	ACOMODAÇÃO E REFEIÇÕES	\$ 450	\$ 450
	INTERNAÇÃO HOSPITALAR	\$ 500	\$ 500
	REPATRIAÇÃO DE RESTOS MORTAIS	\$ 2.000.000	\$ 2.000.000
	CREMAÇÃO/ENTERRO NO DESTINO	\$ 5.000	\$ 5.000
5	BAGAGEM E OBJETOS PESSOAIS	\$ 800	\$ 800
	ATRASO DE BAGAGEM	\$ 100	\$ 100
	MÁXIMO POR ITEM	\$ 300	\$ 300
	DINHEIRO PESSOAL	\$ 100	\$ 100
6	PASSAPORTE/VISTO DE VIAGEM	\$ 500	\$ 500
7	PASSAGENS DE VIAGEM	\$ 250	\$ 250
8	MORTE E DESMEMBRAMENTO ACIDENTAL	\$ 25.000	\$ 25.000
9	RESPONSABILIDADE DE TERCEIROS	\$ 1.000.000	\$ 1.000.000
10	EVACUAÇÃO DE SEGURANÇA	\$ 100.000	\$ 100.000

## REQUISITOS DE ELEGIBILIDADE

### Quem é elegível para a Cobertura?

A **guard.me Global Travel Insurance** está disponível a pessoas com menos de **65 anos** de idade na **Data de Partida**, viajando para fora do **País de Residência** como estudante, acadêmico, professor, acompanhante, participante de intercâmbios educacionais/comerciais/culturais, junto com o cônjuge, pais e dependentes acima de 15 dias e abaixo de 19 anos de idade, sujeito às seguintes restrições:

- **Você** deve ser segurado por toda a duração da **Viagem Coberta**.
- A cobertura está em vigor em todo o mundo, exceto no **Seu País de Residência**.
- A **Apólice** deve ser comprada antes da **Sua** partida do **Seu País de Residência**.
- **Você** não deve ter uma **Condição Médica** para a qual um **Médico** tenha aconselhado que **Você** não viajasse antes da **Sua Data Efetiva**.
- **Você** não deve ter sido diagnosticado com uma **Doença Terminal** antes da **Sua Data Efetiva**.
- A **Viagem Coberta** não deve exceder **365 dias**.

Se **Você** não cumprir esses requisitos de qualificação, **Seu** seguro é nulo e a responsabilidade da **Empresa** está limitada a um reembolso do prêmio pago.

Consulte a página 26 da **Nossa** apólice em **"Reembolso do Prêmio"**.

## O QUE ESTA APÓLICE COBRE?

Esta **Apólice** cobre apenas as situações, eventos e perdas específicos mencionados neste documento e somente sob as condições que **Nós** descrevermos.

O Plano que **Você** comprou pode não incluir toda a cobertura descrita neste documento. A **Programação do Máximo de Benefícios por Plano** é descrita na página 3. Certifique-se de verificar **Sua Confirmação de Apólice** para confirmar **Seus** benefícios, coberturas e limites.

A Cobertura sob esta **Apólice** é secundária a todas as outras fontes de recuperação. Quaisquer benefícios devidos sob esta **Apólice** são além de quaisquer outras coberturas que **Você** possa ter com qualquer outra empresa seguradora ou qualquer outra fonte de recuperação.

### Condição preexistente Uma observação especial

Se **Você** ou **Seu Companheiro de Viagem** tiver uma irregularidade de saúde, haverá cobertura apenas para reivindicações resultantes dessa condição se ela não estiver piorando, e se não tiver ocorrido alteração de qualquer medicamento para tal condição e, ainda, se nenhum serviço além de monitoramento de rotina tiver sido necessário ou recomendado por um **Médico** para essa condição dentro dos períodos indicados abaixo:

#### • Cobertura de cancelamento da viagem:

1. **Idades de 59 ou menos** para os **60 dias** antes e incluindo a **Data Efetiva\*** da **Apólice**.
2. **Idades de 60 ou mais** para os **90 dias** antes e incluindo a **Data Efetiva\*** da **Apólice**.

#### • Cobertura de interrupção de viagem e atendimento médico de emergência:

1. **Idades de 59 ou menos** para os **60 dias** antes da **Sua Data de Partida**.
2. **Idades de 60 a 74** para os **90 dias** antes da **Sua Data de Partida**.
3. **Idades de 75 ou mais** para os **180 dias** antes da **Sua Data de Partida**.

\*Data efetiva para cancelamento da viagem: consulte a página 5.

Para qualquer pessoa de **30 anos de idade ou mais**, a cobertura sob Cancelamento da Viagem, Interrupção da Viagem e Atendimento Médico de Emergência não é fornecida para reivindicações resultantes de:

- a) uma doença cardíaca envolvendo a administração de nitroglicerina mais de uma vez por semana para alívio da angina;
- b) uma doença pulmonar tratada com oxigênio ou administração de esteroides orais (prednisoma ou prednisolona).

## Extensão automática da cobertura

**Seu** seguro será automaticamente estendido além da **Sua Data de Retorno** programada como mostrado no documento de confirmação da **Sua Apólice** ou na **Inscrição** para este seguro se:

1. **Seu Transportador Comum** programada estiver atrasada ou se **Você** estiver atrasado devido a circunstâncias além do **Seu** controle, a cobertura será estendida por até **72 horas**; ou
2. **Você, Seu Companheiro de Viagem** ou um **Familiar** viajando com **Você** for hospitalizado em ou antes da **Sua Data de Retorno programada**. A cobertura será estendida pela duração da internação no **Hospital** e por até **cinco dias** após a alta do **Hospital** enquanto fora do **Seu País de Residência**; ou
3. **Você, Seu Companheiro de Viagem** ou um **Familiar** viajando com **Você** não puder viajar devido a um motivo médico que não exija hospitalização. A cobertura será estendida por até **3 dias** e deve ser documentado por um **Médico** no **Seu** destino.

## Extensão da cobertura após a partida

Se **Você** decidir estender **Sua Viagem Coberta** depois da partida, telefone para a **guard.me**.

**Nós** estenderemos **Sua Cobertura** sob esta **Apólice** além da **Sua Data de Retorno** programada, desde que:

1. **Você** não tenha sofrido um **Ferimento** ou **Doença** e não tenha passado por um **Tratamento** médico durante **Sua Viagem Coberta**;
2. A cobertura sob esta **Apólice** esteja em vigor no momento em que **Você** solicitar uma extensão; e
3. **Você** pague qualquer prêmio adicional exigido por tal extensão.

Em todas as circunstâncias, a cobertura pode ser estendida além dos períodos acima, mas somente a critério da **guard.me**. Em nenhum caso a cobertura será estendida por um período superior a **12 meses** a partir da **Sua Data de Partida** original.

Falha em divulgar informações médicas anulará a extensão desta cobertura.

## Como você se torna segurado

**Você** se torna segurado e este livreto torna-se uma **Apólice de seguro**:

- Quando **Você** é citado em uma **Inscrição** de seguro preenchida; e
- Quando **Você** para o prêmio exigido na **Sua Data Efetiva** ou antes.

## ASSISTÊNCIA DE VIAGEM

### Quando se aplica

Se **Você** precisar de assistência médica de **Emergência** ou outra ajuda durante a viagem na **Sua Viagem Coberta**.

**O que fornecemos - 24 horas por dia, sete dias por semana**

### A. ASSISTÊNCIA MÉDICA

1. Indicações médicas e odontológicas multilíngues mundiais. Se **Você** precisar de atendimento por um **Médico**, **Dentista** ou instalação de saúde enquanto **Você** estiver viajando, **Nós** podemos ajudá-lo a encontrar um.
2. Pagamento antecipado ao **Hospital**. Forneceremos o pagamento antecipado ao **Hospital** se isso for exigido para garantir **Sua** internação para uma **Doença** ou **Ferimento** coberto.
3. Monitoramento do **Tratamento**. Se **Você** for hospitalizado, **Nossa** equipe médica manterá contato com **Você** e com o **Médico** que o estiver atendendo. **Nós** também podemos notificar **Sua** família e **Seu Médico** em casa sobre a **Sua Doença** ou **Ferimento** e atualizá-los sobre o **Seu** estado.
4. Transferência de informações de seguro para provedores médicos. Se **Você** precisar de **Tratamento** médico para um **Ferimento** ou **Doença**, **Nós** forneceremos aos provedores médicos qualquer informação de cobertura necessária.
5. Transfusões de sangue e vacinas. Se necessário, **Nós** coordenaremos a transfusão de sangue ou a vacina para **Você**.
6. Envio de **Médicos** e especialistas. Se **Você** precisar do atendimento de um **Médico** ou especialista, **Nós** coordenaremos o envio adequado.
7. Assistência de prescrição. Se **Você** tiver perdido, extraviado ou esquecido **Seu** medicamento controlado, **Nós** ajudaremos **Você** a entrar em contato com o **Seu Médico** e obter um suprimento de reposição.

## PERÍODOS DE COBERTURA

### Data Efetiva - Quando a cobertura começa

Cobertura	Data efetiva
Cancelamento da viagem	Inicia a 00h01 após a data em que <b>Você</b> comprar esta <b>Apólice</b> .
Interrupção da viagem	Inicia na <b>Data de Partida</b> da <b>Sua Viagem Coberta</b> .
Todos os outros benefícios	Iniciam na <b>Data de Partida</b> da <b>Sua Viagem Coberta</b> .

### Quando a cobertura termina

**Sua Cobertura** termina no que ocorrer primeiro dos seguintes eventos:

1. Quando **Você** cancelar **Seu** seguro antes da partida;
2. Quando **Você** cancelar **Sua Viagem Coberta**;
3. Na **Sua Data de Retorno**;
4. Na data em que **Você** retornar ao **Seu País de Residência**;
5. A data em que a **Sua Apólice** expira, como mostrado no documento de confirmação da **Sua Apólice** ou na **Inscrição** para este seguro; ou
6. A data em que **Você** parar de ser elegível para esta cobertura de acordo com esta **Apólice**.

**Sua** cobertura não terminará se **Você** voltar temporariamente para o **Seu País de Residência**. Nesse caso, **Sua Apólice** permanecerá em vigor até a **Sua Data de Retorno** original, exceto que **Nós** aplicaremos a exclusão de **Condição Preexistente** com base na **Sua nova Data de Partida** ao continuar **Sua Viagem Coberta**.

- Substituição de óculos corretivos e dispositivos médicos. Se **Você** tiver perdido, extraviado ou esquecido **Seus** óculos corretivos ou dispositivos médicos, ajudaremos **Você** a obter uma substituição.
- Transferência de prontuários médicos. Se e quando necessário para um **Tratamento** médico de **Emergência**, **Nós** coordenaremos a transferência dos seus prontuários médicos e informações relacionadas para o **Médico** realizando o atendimento.
- Atualizações contínuas a familiares, empregador e **Médico** em casa. Se **Você** for hospitalizado, forneceremos atualizações adequadas sobre a **Sua** condição de saúde à **Sua** Família, empregador e/ou **Médico** pessoal.
- Providências de hotel para convalescença. Se **Você** for hospitalizado, **Nós** providenciaremos as acomodações de hotel e relacionadas necessárias para **Você** e/ou **Sua** família viajando com **Você** ou **Seu** **Companheiro de Viagem** antes, durante e depois da **Sua** hospitalização.

## B. EVACUAÇÃO MÉDICA E SERVIÇOS DE REPATRIAÇÃO

Todos os serviços de evacuação e repatriação devem ser pré- aprovados e providenciados por **Nós**.

- Evacuações** médicas de emergência. Se a **Nossa** equipe médica e o **Médico** local cuidando de **Você** concordarem que a instalação de atendimento local não pode tratar a **Sua** **Doença** ou **Ferimento**, **Nós** forneceremos transporte e qualquer acompanhamento necessário para transferi-lo para a instalação adequada mais próxima.
- Transporte de alguém para juntar-se a **Você** se **Você** estiver hospitalizado. Se **Você** for hospitalizado por uma **Doença** ou um **Ferimento de Emergência**, **Nós** providenciaremos uma passagem de ida e volta em classe econômica para levar um amigo ou **Familiar** até **Você** se **Você** estiver sozinho e um **Médico** recomendar que alguém viaje para juntar-se a **Você**.
- Retorno de **Criança** dependente. Se **Você** ficar confinado a um **Hospital** por mais de **24 horas**, **Nós** providenciaremos uma **Tarifa** de passagem de volta para que **Seu** **Filho** que o estava acompanhando na **Sua** **Viagem Coberta** volte para casa. **Nós** também forneceremos acompanhamento se essa **Criança** tiver menos de **15 anos de idade**.
- Retorno de **Companheiro de Viagem**. Se, devido a uma **Emergência** médica coberta por esta **Apólice**, **Você** precisar retornar ao **Seu** **Ponto de Partida**, providenciaremos uma **Tarifa** de volta para o retorno do **Seu** **Companheiro de Viagem** ao **Seu** **Ponto de Partida**.
- Transporte após estabilização. Quando **Você** estiver medicamente estável para voltar para casa, **Nós** providenciaremos o custo de uma **Tarifa** de passagem de volta para que **Você** retorne para casa (menos quaisquer reembolsos das **Suas** passagens de volta utilizadas).
- Repatriação de restos mortais. **Nós** pagaremos os custos de serviços razoáveis e necessários para transportar **Seus** restos mortais para o **Seu** local de residência. **Nós** podemos coordenar entre as funerárias de envio e de recebimento.

## C. ASSISTÊNCIA LEGAL

- Transferência de fundos. Se **Seu** dinheiro for perdido ou roubado ou se **Você** precisar de mais dinheiro para pagar por despesas inesperadas, podemos providenciar a transferência de fundos da **Sua** família ou amigos.
- Indicações jurídicas e de fiança. **Nós** podemos ajudá-lo a encontrar orientação jurídica ou fiador de fiança durante a viagem.

## D. ASSISTÊNCIA COM DOCUMENTOS E VIAGEM

- Substituição de passaporte ou outros documentos de viagem perdidos ou roubados. Se **Seu** passaporte ou outros documentos de viagem forem perdidos ou roubados, podemos ajudá-lo a contatar as autoridades adequadas, contatar **Seus** amigos ou familiares e ajudá-lo a substituir **Seus** documentos.
- Substituição de passagens perdidas ou roubadas. Se **Suas** passagens forem perdidas ou roubadas, **Nós** podemos entrar em contato com a companhia aérea ou outras transportadoras e ajudá-lo com as **Suas** providências de viagem.
- Assistência com bagagem perdida ou atrasada. Se a **Sua** bagagem for perdida, roubada ou atrasada, **Nós** podemos entrar em contato com a companhia aérea ou outras transportadoras e auxiliá-lo na recuperação da **Sua** bagagem.

## E. OUTROS SERVIÇOS DE ASSISTÊNCIA

- Providências de viagem de **emergência** para voltar para casa. Se **Você** precisar interromper **Sua** **Viagem Coberta** e retornar para casa por um motivo de **Emergência**, **Nós** podemos entrar em contato com a companhia aérea ou outras transportadoras e ajudá-lo com **Suas** providências de viagem.
- Serviços de tradução. **Nós** auxiliaremos **Você** a providenciar serviços de tradução ou indicação dos mesmos.
- Transmissão de mensagem urgente. **Nós** podemos ajudá-lo a enviar uma mensagem de urgência para alguém em casa, como **Sua** família, empregador ou **Médico** pessoal e confirmar se conseguimos contatar a pessoa que **Você** nos pediu para contatar.
- Devolução de veículo. Se **Você** não estiver fisicamente apto a fazê-lo devido a um **Ferimento** ou **Doença**, providenciaremos a devolução do **Seu** veículo para a agência de aluguel ou **Sua** residência permanente.

## O que acontece quando Você telefona para obter assistência

- Você** será encaminhado ao provedor de serviços mais adequado para a **Sua** situação.
- Confirmaremos** que a **Apólice** foi emitida.
- Antes de receber todas as informações médicas relevantes, **Nós** trataremos a **Sua** **Emergência** presumindo que **Você** é elegível para os benefícios sob esta **Apólice**. Se mais tarde for determinado que uma exclusão à **Apólice** se aplica à **Sua** reivindicação, **Você** será solicitado a reembolsar a **Nós** por qualquer pagamento que **Nós** tenhamos feito em **Seu** nome.
- Você** será lembrado de que quaisquer serviços prestados estão sujeitos aos termos e condições desta **Apólice**. Se mais tarde for determinado que uma exclusão à **Apólice** se aplica à **Sua** reivindicação, **Você** será solicitado a reembolsar a **Nós** por qualquer pagamento que tenhamos feito em **Seu** nome.
- Quando uma reivindicação for devida, **Nós** providenciaremos, na medida do possível, que quaisquer despesas médicas sejam diretamente faturadas à **Empresa**.

## O que fazer quando Você precisar de assistência

Tenha sempre o número da **Sua** **Apólice** ou a confirmação da **Apólice** com **Você**. Quando em um cruzeiro marítimo, procure o **Médico** do cruzeiro e forneça as informações de assistência. Quando em terra, entre em contato com o **Nosso** provedor de assistência pelos números de telefone listados abaixo. O acesso está disponível **24 horas por dia, 365 dias por ano**, nos seguintes números:

EUA e Canadá	1-800-334-7787
República Dominicana	1-888-751-4866
México	001-800-514-0409
Europa	00-800-758-75875
Austrália	0011-800-758-75875
Outro lugar (a cobrar)	905-667-0587

Email: [assistance@oldrepublicgroup.com](mailto:assistance@oldrepublicgroup.com)

Ao entrar em contato com o **Nosso** provedor de assistência, informe **Seu** nome, **Seu** número de apólice, **Seu** local e a natureza da **Emergência**.

## Limitação dos serviços do Provedor de Assistência de Emergência

A **Empresa** e/ou o **Administrador de Reivindicações** e/ou o **Provedor de Assistência de Emergência** reserva-se o direito de suspender, restringir ou limitar os serviços em qualquer área ou país no caso de:

- rebelião, tumulto, levante militar, guerra; ou
- perturbações trabalhistas, greves; ou
- Acidentes** nucleares, atos de Deus ou recusa das autoridades no país em que a assistência é necessária de permitir a entrega de tais serviços.

O **Provedor de Assistência de Emergência** empregará seus melhores esforços para fornecer os serviços necessários durante qualquer ocorrência do gênero.

A obrigação do **Provedor de Assistência de Emergência** de fornecer os serviços descritos nesta **Apólice** está sujeita aos termos, condições, limitações e exclusões definidos nesta **Apólice**. O profissional médico sugerido ou designado pela **Empresa**, **Administrador de Reivindicações** ou o **Provedor de Assistência de Emergência** para fornecer os serviços de acordo com os benefícios e os termos desta **Apólice** não é funcionário da **Empresa**, do **Administrador de Reivindicações** ou o **Provedor de Assistência de Emergência**. Portanto, a **Empresa**, o **Administrador de Reivindicações** e o **Provedor de Assistência de Emergência** não serão

responsáveis por qualquer negligência ou outros atos ou omissões por parte de tais profissionais, nem pela disponibilidade, qualidade ou quantidade dos resultados de qualquer **Tratamento** ou serviço médico que **Você** possa receber ou **Sua** falha de obter ou receber qualquer **Tratamento** ou serviço médico.

## CANCELAMENTO E INTERRUPÇÃO DA VIAGEM

### Quando se aplica

Se **Você** comprou o **Plano A** e se **Você** precisar cancelar **Sua Viagem Coberta** antes da **Data de Partida** ou interromper **Sua Viagem Coberta** enquanto estiver viajando.

### Eventos cobertos

Para a cobertura de seguro se aplicar, o cancelamento ou interrupção da **Sua Viagem Coberta** deve resultar de qualquer um dos seguintes eventos **imprevistos** ocorrendo durante o período da **Sua** cobertura que o impeça de viajar:

#### Saúde

- Qualquer **Ferimento** ou **Doença** ocorrendo a:
  - Você**, **Seu Companheiro de Viagem** ou um **Familiar** de qualquer um dos dois, viajando com **Você** na **Sua Viagem Coberta**;
  - Seu Familiar** ou **Familiar do Seu Companheiro de Viagem** não viajando com **Você** na **Sua Viagem Coberta**;
- Você** ou **Seu Companheiro de Viagem** está medicamente incapacitado de receber uma vacina que seja necessária para entrar em um país, região ou cidade originalmente determinado como sendo **Seu** destino, desde que tal vacina não fosse obrigatória na **Sua Data Efetiva**.
- Quarentena ou sequestro de **Você** ou **Seu Companheiro de Viagem**.

**Você** deve fornecer documentação médica detalhada de um **Médico**, incluindo uma declaração orientando-o a não viajar se o cancelamento da viagem ou a interrupção da viagem tiver sido causado ou resultado por **Ferimento**, **Doença** ou quarentena. Falha em fazer isso resultará em não pagamento da reivindicação. **Nós** reservamo-nos o direito de analisar os prontuários médicos ou documentação relacionada às **Suas** reivindicações de qualquer **Médico**, dentista, profissional da saúde, **Hospital**, clínica, plano de saúde, indivíduo, instituição ou outro provedor de serviços licenciado com relação ao período de preexistência relativo à reivindicação apresentada. (Consulte a exclusão de **Condição Preexistente** nesta seção.)

#### Morte

- A **Sua** morte, ou a morte do **Seu Companheiro de Viagem**, ou a morte de um familiar **Seu** ou do **Seu Companheiro de Viagem** ou de um amigo **Seu** que ocorra durante o período de cobertura.
  - Isso não inclui viagem com o objetivo de visitar uma pessoa sofrendo de uma **Condição Médica** que morra devido a essa **Condição Médica** e cuja morte seja a causa do cancelamento ou interrupção da **Sua Viagem Coberta**.

#### Gravidez e adoção

- Você**, **Seu Companheiro de Viagem** ou o **Cônjuge** de um de vocês:
  - tiver complicações nas 31 primeiras semanas se o **Médico** responsável aconselhar a não viajar; ou
  - tiver uma gravidez diagnosticada após a **Data Efetiva** deste seguro se a **Sua Viagem Coberta** estiver programada para ocorrer dentro de nove semanas antes ou depois da data esperada para o parto; ou
  - o **Médico** responsável aconselhar a não viajar durante o primeiro trimestre da gravidez.
- A adoção legal de uma criança por **Você** ou **Seu Companheiro de Viagem** quando o aviso da adoção tiver sido recebido após a **Data Efetiva** deste seguro.

#### Transporte e acomodação

- A **Sua** residência principal, ou a do **Seu Companheiro de Viagem** ficar inabitável durante a **Sua Viagem Coberta** devido a incêndio, vandalismo, roubo ou **Desastre Natural**
- Roubo da **Sua** residência ou local de trabalho principal ou da residência ou local de trabalho principal do **Seu Companheiro de Viagem** dentro de **sete dias** da **Sua Data de Partida** ou durante a **Sua Viagem Coberta**.
- Morte, hospitalização ou quarentena do **Seu Anfitrião no Destino**.

- As **Suas** acomodações do destino ou as do **Seu Companheiro de Viagem** tornadas inabitáveis pelo período da **Sua Viagem Coberta** devido a incêndio, vandalismo, roubo ou **Desastre Natural**.
- Como resultado de um cancelamento de um cruzeiro ou passeio incluído na **Sua Viagem Coberta** por motivos além do **Seu** controle, exceto por **Falência** ou **Inadimplência**, **Nós** o reembolsaremos em até **\$ 1.000**: a) antes da partida do **Seu Ponto de Partida** para **Sua** passagem aérea pré-paga não reembolsável que não seja parte do **Seu** cruzeiro ou pacote turístico; ou b) após a partida do **Seu Ponto de Partida**, mas antes da partida no **Seu** cruzeiro ou passeio, **Nós** o reembolsaremos pela despesa adicional resultante do que for menor entre uma tarifa de troca ou uma **Tarifa** de volta para retornar ao **Seu Ponto de Partida**.

#### Clima

- Condições climáticas fazendo a transportadora programada em que **Você** ou **Seu Companheiro de Viagem** reservou sua viagem, atrasar por um período de pelo menos **30%** da duração da **Sua Viagem Coberta**. Se **Você** tiver um atraso que resulte em **Você** perder menos de **30%** da **Sua Viagem Coberta**, pode haver cobertura sob **Atraso de Viagem**. Consulte a página 13.

#### Obrigações de emprego ou educação

- O requisito de que **Você** ou **Seu Companheiro de Viagem** realizem um teste de curso de universidade ou faculdade em uma data que ocorra durante o **Seu Período de Cobertura**, desde que a data do teste tenha sido publicada antes da **Sua Data Efetiva** e tenha sido alterada mais tarde após a **Sua Data Efetiva**.
- A reprogramação das aulas da universidade ou da faculdade para **Você** ou **Seu Companheiro de Viagem** para uma data que ocorra durante **Sua Viagem Coberta** devido a circunstâncias incomuns além do **Seu** controle ou do controle do **Seu Companheiro de Viagem** e do controle da universidade ou faculdade, desde que as circunstâncias incomuns e a reprogramação resultante tenham ocorrido depois da **Sua Data Efetiva**.
- A demissão ou desligamento involuntário dos Seus pais de um emprego permanente, não incluindo contrato ou profissional liberal, quando ativamente empregado no mesmo empregador por pelo menos **seis meses** antes da **Data Efetiva** deste seguro.

#### Jurídico e governo

- A não emissão de um visto de viagem, excluindo um visto de imigração ou emprego exigido para a **Sua Viagem Coberta**, desde que **Você** ou **Seu Companheiro de Viagem** sejam elegíveis para realizar tal solicitação, por motivos além do **Seu** controle razoável, ou do controle do **Seu Companheiro de Viagem** que não devido a solicitação atrasada ou tentativa subsequente de obter um visto que já havia sido recusado no passado.
- Você** ou **Seu Companheiro de Viagem** é intimado para prestar serviço de júri ou servir de testemunha ou ser exigido a comparecer como réu em um processo legal em um caso sendo julgado durante o **Período de Cobertura**.

#### Terrorismo, sequestro e avisos de viagem

- Sequestro de **Você** ou do **Seu Companheiro de Viagem**.
- Um evento incluindo um **Ato de Terrorismo**, guerra, guerra iminente ou problema de saúde que faça o governo do **Seu País de Residência** emitir um aviso de viagem alertando seus residentes para não viajarem para um país, região ou cidade para o qual a passagem foi originalmente emitida por um período que inclua **Sua Viagem Coberta**. O aviso de viagem deve ser emitido após a **Data Efetiva** deste seguro. Este benefício está limitado ao valor descrito em "**Limitação de Pagamento por um Ato de Terrorismo**" na página 12.
  - Esse benefício não será pago se o **Ato de Terrorismo** for causado pelo uso de material nuclear, químico ou bioquímico.
  - Esse benefício não é pago se a empresa de cruzeiro mudar seu itinerário devido a um aviso de viagem.

### O que excluimos

Além das **Exclusões Gerais** na página 24 desta **Apólice**, também não serão pagos coberturas ou benefícios por reivindicações causadas por uma **Condição Preexistente Sua** ou do **Seu Companheiro de Viagem** que não esteja **Estável e Controlada** da seguinte maneira:

- Cancelamento da viagem**:
  - Idades de 59 ou menos** para os **60 dias** antes e incluindo a **Data Efetiva** desta **Apólice**;

- ii) **Idades de 60 ou mais** para os **90 dias** antes e incluindo a **Data Efetiva** desta **Apólice**.
- b) **Interrupção da viagem:**
  - i) **Idades de 59 ou menos** para os **60 dias** antes da **Sua Data de Partida**;
  - ii) **Idades de 60 a 74** para os **90 dias** antes da **Sua Data de Partida**.
  - iii) **Idades de 75 ou mais** para os **180 dias** antes da **Sua Data de Partida**.

Para qualquer pessoa com **30 anos de idade ou mais**, a cobertura não é fornecida para reivindicações resultantes das seguintes doenças **Suas ou do Seu Companheiro de Viagem**:

- a) doença cardíaca envolvendo a administração de nitroglicerina mais de uma vez por semana para alívio da angina;
- b) doença pulmonar tratada com oxigênio ou administração de esteroides orais (prednisolona ou prednisona).

## O que pagamos - Cancelamento da viagem

**Você** está coberto até o menor entre o valor máximo mostrado na **Programação de Benefício Máximo por Plano** e o valor de outra forma especificado no benefício, quando um Evento Coberto listado nas páginas 10 e 11 fizer **Você** cancelar **Sua Viagem Coberta**, para qualquer uma das seguintes despesas aplicáveis incorridas por **Você**:

1. Para pagamentos de custos de viagem e depósitos que **Você** tenha feito antes de a **Sua Viagem Coberta** ter sido cancelada, menos quaisquer reembolsos ou créditos que **Você** tenha direito de receber.
2. As despesas incorridas por **Você** para o próximo nível de ocupação, se **Seu Companheiro de Viagem** com quem **Você** reservou uma acomodação pré-paga compartilhada cancelar suas providências de viagem para um Evento Coberto descrito nas páginas 10 e 11 e **Você** escolher viajar como originalmente planejado. Se isso ocorrer, **Você** é aconselhado a pagar o valor do seguro na **Sua Viagem Coberta**;
3. A tarifa de mudança cobrada pelo **Seu** provedor de viagem originalmente agendado da **Sua Viagem Coberta** pré-paga quando essa opção for disponibilizada;
4. O custo para retomar **Sua** viagem se **Você** qualificar-se para cancelar, mas escolher, em vez disso, continuar na **Viagem Coberta**, desde que o custo para retomar seja menor que o custo para cancelar **Sua Viagem Coberta**.
5. Penalidades de cancelamento impostas por hotéis por acomodações não utilizadas.

## O que pagamos - Interrupção da viagem

**Você** está coberto até o menor entre o valor máximo mostrado na **Programação de Benefício Máximo por Plano** e o valor de outra forma especificado no benefício, quando um Evento Coberto listado nas páginas 10 e 11 fizer **Você** interromper **Sua Viagem Coberta**, para qualquer uma das seguintes despesas aplicáveis incorridas por **Você**:

1. A parte não utilizada do **Seu** cruzeiro pré-pago ou providências em terra cobertas, menos quaisquer reembolsos que **Você** receba;
2. O valor menor entre uma **Tarifa** de volta ou as tarifas de mudança de passagens existentes, menos quaisquer reembolsos, para retornar ao **Seu Ponto de Partida** ou continuar na **Sua Viagem Coberta**;
3. As despesas extras incorridas, com o suporte dos recibos originais, para acomodações e refeições comerciais, chamadas telefônicas essenciais, tarifas de táxi como acompanhamentos até **\$ 150 por dia** até um máximo de **\$ 300**.
4. Tarifas de cancelamento publicadas impostas pela devolução antecipada de um veículo alugado antes da data de devolução em contrato;
5. Tarifas de cancelamento publicadas impostas por hotéis por acomodações não utilizadas.

## Limitação de pagamento por um ato de terrorismo

Os benefícios a pagar são além de todas as outras fontes de recuperação, incluindo outro seguro e opções de viagem alternativas oferecidas por companhias aéreas, operadoras de turismo, linhas de cruzeiro e outros fornecedores de viagem.

- No caso de um **Ato de Terrorismo**, os benefícios serão pagos de um fundo limitado a **\$ 1.000.000** por **Ato de Terrorismo** ou um série de **Atos de Terrorismo** ocorrendo em um período de **72 horas** e aplicando-se a todas as apólices emitidas pela **Empresa**.
- Independentemente do número de **Atos de Terrorismo**, a responsabilidade máxima do fundo sob esta **Apólice** e todas as outras apólices emitidas pela **Empresa** está limitada a **\$ 2.000.000** por ano-calendário.

- Se, na **Nossa** opinião, o número total de reivindicações a pagar devido a um ou mais **Atos de Terrorismo** puder exceder o limite do fundo aplicável, **Sua** reivindicação dividida proporcionalmente será paga após o fim do ano-calendário.
- Esta cobertura é além de todas as outras fontes de recuperação em potencial, mesmo que outras fontes de recuperação em potencial sejam descritas como cobertura excedente. **Nós** não aplicaremos esta cobertura até que **Você** tenha esgotado todas as outras fontes em potencial.

## O que fazer se você tiver uma reivindicação

Todos os cancelamentos devem ser relatados ao **Seu** agente de viagem ou **Fornecedor de Viagem** dentro de **72 horas** após o **evento imprevisto** que causou o cancelamento. Se **Você** não relatar o cancelamento dentro do período especificado, o pagamento da reivindicação será limitado às penalidades de cancelamento em vigor dentro de **72 horas** do evento que causou o cancelamento.

Se **Você** sofrer uma interrupção durante a viagem, deve telefonar para a **Nossa** assistência 24 horas como instruído na página 8 desta **Apólice**.

Para qualificar-se para reembolso sob esta cláusula, **Você** deve enviar para **Nós** junto com a **Sua** reivindicação:

1. A data em que a **Sua Viagem Coberta** foi cancelada ou interrompida;
2. Cópias das **Suas** faturas de viagem;
3. As passagens ou vouchers de viagem originais não utilizados;
4. A cláusula de cancelamento do **Seu Fornecedor de Viagem** com relação a custos, encargos ou despesas não reembolsáveis;
5. Recibos originais ou outra comprovação de pagamento;
6. Documentação médica detalhada incluindo uma declaração do **Seu Médico** de que **Você** foi aconselhado a não viajar se o cancelamento ou a interrupção da viagem tiver sido causado ou resultado de um **Ferimento** grave ou de uma **Doença** grave; e
7. Qualquer outra informação que **Nós** consideremos necessárias para adjudicar adequadamente a **Sua** reivindicação.

## ATRASO NA VIAGEM

### Quando se aplica

Se **Você** tiver comprado um **Plano A** e **Sua** viagem for adiada em ou após a **Sua Data de Partida** programada.

**Observação especial:** a cobertura de Atraso de Viagem é feita para ajudá-lo com as despesas extras que **Você** incorrer para retomar **Sua Viagem Coberta**. Se **Você** tiver um atraso que exija que **Você** faça esforços razoáveis para continuar na **Sua Viagem Coberta**.

### O que cobrimos

O atraso da **Sua Viagem Coberta** deve resultar diretamente de qualquer um dos seguintes **eventos imprevistos** ocorrendo em ou após a **Sua Data de Partida**:

1. **Você** está atrasado por pelo menos **seis horas** na chegada ao destino da **Sua Viagem Coberta** ou no retorno ao **Seu Ponto de Partida** devido ao atraso, mudança de programação ou cancelamento do **Sua Transportadora Comum** ou da **Transportadora Comum do Seu Companheiro de Viagem**.
  - Atrasos, alterações na programação e cancelamentos causados por greves, interrupções trabalhistas, **falência**, **inadimplência**, impedimento da aeronave de voar para atender regulamentos de segurança do governo ou alertas de segurança não são cobertos.
2. Um atraso do automóvel privado em que **Você** está viajando como resultado de:
  - a) um **Acidente** de trânsito documentado por um boletim de ocorrência;
  - b) falha mecânica;
  - c) condições climáticas; ou
  - d) fechamento de estrada de emergência pela polícia, documentado por um boletim de ocorrência

desde que **Você** deixe tempo de viagem suficiente para cumprir o procedimento de check-in exigido pelo **Fornecedor de Viagem**.

3. Um atraso no desembarque aduaneiro e nos controles de segurança devido à **Sua** identidade confundida.

Para os itens 1 a 3 acima, benefícios de atraso de viagem serão aplicados desde que **Suas** providências de viagem cumpra os seguintes tempos de conexão:

- a) **Duas horas** entre conexões aéreas domésticas;
- b) **Três horas** entre conexões aéreas internacionais;
- c) **Seis horas** entre conexões mistas, como conexão de linha aérea com passeio em terra ou cruzeiro.

## O que excluímos

As exclusões que se aplicam a esta cobertura estão listadas na seção de **Exclusões Gerais** desta **Apólice** na página 24.

## O que pagamos

1. **Você** está coberto até o valor máximo mostrado na **Programação de Benefício Máximo por Plano** para **Atraso de Viagem** para as seguintes despesas aplicáveis incorridas por **Você**:
  - a) A tarifa de mudança ou a **Tarifa** adicional incorrida por **Você** durante a **Sua** viagem para:
    - i) continuar a **Sua Viagem Coberta**; ou
    - ii) retornar ao **Seu Ponto de Partida**;
  - b) A parte não utilizada e não reembolsável segurada das despesas pré-pagas, desde que tais despesas sejam apoiadas por comprovação de compra e não sejam reembolsáveis por nenhuma outra fonte, menos o valor da passagem não utilizada;
  - c) Até **\$ 100** para despesas de cuidados com animais de estimação adicionais que **Você** tenha, desde que o atraso no **Seu** retorno seja de **24 horas** ou mais;
2. Além disso, **Você** está coberto para o custo de refeições, acomodações comerciais, chamadas telefônicas essenciais e tarifas de táxi resultantes de um atraso, até um máximo de **\$ 200**.

O **Valor do Benefício Máximo** para **Atraso de Viagem** será reduzido por qualquer valor pago ou a pagar por qualquer **Transportadora Comum** responsável por **Sua Viagem Coberta**.

## O que fazer se você tiver uma reivindicação

Para qualificar-se para reembolso sob esta cláusula, **Você** deve enviar para **Nós** junto com a **Sua** reivindicação:

1. Uma declaração documentando as circunstâncias em torno do atraso da viagem da **Transportadora Comum** em que **Você** estava viajando ou qualquer outra parte responsável pelo atraso da viagem;
2. Recibos originais de quaisquer despesas, encargos ou custos incorridos por **Você** como resultado do atraso da viagem; e
3. Qualquer outra informação que **Nós** consideremos necessárias para adjudicar adequadamente a **Sua** reivindicação.

Se **Você** precisar de assistência para tomar providências de viagem alternativas, **Você** pode telefonar para a nossa assistência **24 horas** no número mostrado na página 8 desta **Apólice**.

## ATENIMENTO MÉDICO DE EMERGÊNCIA

### Quando se aplica

Se **Você** tiver uma **Emergência** médica durante a **Sua Viagem Coberta**.

### O que cobrimos

1. **Despesas com Emergência Médica:** conforme listado abaixo e pedido ou prescrito por um **Médico** conforme **Medicamento Necessário** para diagnóstico ou **Tratamento** da **Sua Doença** ou **Ferimento de Emergência**:
  - a) os serviços de um **Médico**, cirurgião ou enfermeira em serviço no **Hospital**;
  - b) Acomodação em **Hospital** (isso incluirá despesas para uma cabine em navio de cruzeiro ou quarto de hotel ainda não incluído no custo da **Sua Viagem Coberta** se recomendado como substituto para um quarto de **Hospital** para recuperação de um **Ferimento** ou uma **Doença**);
  - c) transporte fornecido por uma empresa de ambulância profissional de e para um **Hospital**;
  - d) até **\$ 50** para cada corrida se um serviço de táxi local for necessário para levá-lo de e para o provedor de serviços médicos mais próximo para uma **Emergência** leve;

- e) Sua evacuação de **Emergência** de um local remoto para o **Hospital** adequado mais próximo que possa fornecer o **Tratamento** médico de **Emergência** necessário conforme determinado e providenciado pelo **Nosso Provedor de Assistência de Emergência**;
- f) procedimentos de diagnóstico, procedimentos de laboratório e **Tratamento**, sujeito à aprovação prévia por **Nós**;
- g) equipamento médico comprado ou alugado para fins terapêuticos, sujeito à aprovação prévia por **Nós**;
- h) medicamentos prescritos necessários para **Tratar** qualquer **Condição Médica de Emergência** ou **Ferimento** que sejam prescritos por um **Médico** e distribuídos por um farmacêutico licenciado.
  - Com relação a todas as despesas médicas de **Emergência**, **Você** ou alguém agindo em **Seu** nome precisa entrar em contato imediatamente com a **Nossa** assistência **24 horas** nos números de telefone fornecidos na página 8 desta **Apólice** antes da baixa em um **Hospital** ou dentro de **24 horas** após ocorrer uma **Emergência que ameace à vida**. Falha em fazer isso resultará em **Você** ser responsável por **30%** de qualquer despesa elegível incorrida.
  - A **Empresa** reserva-se o direito de retorná-lo ao **Seu País de Residência** antes de qualquer **Tratamento** ou após **Tratamento de Emergência** para **Doença** ou **Ferimento**, se a evidência médica obtida do **Seu** consultor médico e **Seu Médico** local confirmar que **Você** está apto a voltar para o **Seu País de Residência** sem colocar a **Sua** vida ou saúde em perigo.
  - Se **Você** escolher não voltar para o **Seu País de Residência** após a recomendação da **Empresa** de fazê-lo, quaisquer despesas relacionadas à **Emergência** não serão cobertas por esta **Apólice** e todos os benefícios terminarão.

2. **Medicamentos prescritos:** até **\$ 50** para medicamentos prescritos perdidos, roubados ou danificados durante **Sua Viagem Coberta**. Até **\$ 75** serão permitidos se os serviços de um **Médico** local forem necessários para garantir a reposição da receita. **Você** deve entrar em contato com o nosso **Provedor de Assistência de Emergência**.
3. **Odontologia de Emergência:** tratamento solicitado por um **Dentista** ou cirurgião dentista licenciado da seguinte maneira:
  - a) **Tratamento** ou reparo de dentes naturais ou artificiais implantados permanentemente que tenham sido danificados por **Ferimento Acidental** à cabeça ou à boca. Até **\$ 1.500** serão pagos para a continuação do **Tratamento** odontológico concluído dentro de **90 dias** após **Você** retornar para o **Seu País de Residência**, desde que o **Tratamento** esteja relacionado ao **Ferimento Acidental**;
  - b) até **\$ 300** para aliviar dor aguda e sofrimento não relacionado a um **Ferimento Acidental**.
4. **Serviços Paramédicos de Emergência:** realizados por um quiroprático, podiatra, fisioterapeuta, osteopata ou quiropodista para **Tratamento de Emergência** até **\$ 300** por categoria de profissional. Os serviços realizados por um **Familiar** não estão cobertos.
5. **Honorários psiquiátricos:** quando os serviços forem prestados durante a internação depois de uma **Emergência**, as cobranças feitas separadamente pelos serviços de um **Psiquiatra** serão pagas até o máximo de **\$ 10.000**.
6. **Internação Psiquiátrica:** se **Você** for internado por suicídio, tentativa de suicídio, lesões automutilantes, distúrbios mentais ou emocionais (incluindo, dentre outros, estresse, ansiedade, ataques de pânico, depressão, distúrbios alimentares/problemas de peso) ou tratamento psiquiátrico, **Nós** pagaremos até o valor limite de **\$ 50.000** para **Tratamentos** médicos e/ou psiquiátricos recebidos enquanto **Você** estava hospitalizado em decorrência de uma ou mais dessas causas.
7. **Acomodação e refeições:** despesas com acomodação comercial, refeições, chamadas telefônicas essenciais, tarifas de táxi ou encargos de aluguel de veículo incorridas por **Você**, **Seu Companheiro de Viagem** ou um **Familiar** viajando com **Você** se um de vocês for transferido para receber **Tratamento** médico de **Emergência** ou um de vocês tiver a **Data de Retorno** atrasada devido a **Doença** ou **Ferimento**.
  - Esse benefício é limitado a **\$ 150 por dia**, até um máximo de **\$ 450**. Recibos originais e o diagnóstico por escrito do **Médico** local sobre a **Doença** ou do **Ferimento** devem ser enviados para esse benefício qualificar-se para o pagamento.
8. **Evacuação Médica ou Retorno à Casa:** em resposta a uma **Doença de Emergência** ou a um **Ferimento** da seguinte maneira:
  - a) o custo extra de uma **Passagem** em uma companhia aérea pela rota mais direta para que **Você** volte ao **Seu** local de residência no **Seu País de Residência**; ou
  - b) o custo de acomodar uma maca em uma companhia aérea comercial pela rota mais direta para que **Você** volte para o **Seu**

- local de residência no **Seu País de Residência** ou a instalação médica mais adequada mais próxima da **Sua casa no Seu País de Residência**, mais o custo razoável de refeições, acomodações e passagens aéreas para um médico qualificado acompanhá-lo, se isso for considerado **Medicamento Necessário**; ou
- c) transporte em ambulância aérea quando for **Medicamento Necessário**.
- Os benefícios devem ser pré-aprovados e providenciados por **Nós** em consultoria com **Nossos** consultores médicos, o **Médico** local e **Nosso Provedor de Assistência de Emergência** para a cobertura se aplicar. Se **Sua** passagem de volta não utilizada for reembolsável, **Nós** deduziremos o valor do reembolso do custo de transporte de volta que providenciarmos ou **Você** pode escolher entregar **Sua** passagem não utilizada a **Nós**.
9. **Visita ao leito:** se **Você** for hospitalizado por uma **Doença de Emergência** ou **Ferimento** e o **Médico** local recomendar que um parente ou amigo próximo o visite no **Seu** leito, permaneça com **Você** ou o acompanhe até sua casa, **Nós** reembolsaremos o custo de uma **Tarifa** de viagem de ida e volta pela rota mais direta e até **\$ 500** para acomodações comerciais e refeições. **Nós** automaticamente seguraremos o **Familiar** ou amigo acompanhante para a cobertura **Médica de Emergência** sob esta **Apólice** até que **Você** esteja medicamente estável para voltar ao **Seu País de Residência**, sujeito à elegibilidade, às limitações, às condições e às exclusões desta **Apólice**.
- Esses benefícios estão sujeitos a aprovação por **Nós**.
10. **Retorno e acompanhamento de crianças:** esse benefício é pago se **Você** ficar confinado a um **Hospital** por mais de **24 horas** ou **Você** precisar voltar para a casa porque **Você** tem uma **Emergência** médica que é coberta por esta **Apólice** ou no caso da **Sua** morte. **Nós** pagaremos as despesas de transporte incorridas até o custo de uma **Tarifa** aérea de volta para o retorno à casa de qualquer **Criança** dependente que esteja acompanhando **Você**. Se **Seu** filho for muito jovem para viajar sozinho, **Nós** também pagaremos o custo adicional de uma **Tarifa** aérea de ida e volta pela rota mais direta, acomodação comercial de um dia para o outro e despesas razoáveis com refeições para um acompanhante levar **Seu** filho para casa. Se a passagem de volta não utilizada for reembolsável, **Nós** deduziremos o valor do reembolso do custo de transporte de volta que providenciarmos ou **Você** pode escolher entregar **Sua** passagem não utilizada a **Nós**.
11. **Custo com cuidado de crianças:** se **Você** for hospitalizado por uma **Doença** ou **Ferimento de Emergência** durante a **Sua Viagem Coberta** e precisar ser transferido para receber **Tratamento** médico de **Emergência**, ou se estiver atrasado além da **Sua Data de Retorno** programada, reembolsaremos **Você** em até **\$ 50 por dia** até um máximo de **\$ 500** para o custo de cuidados de crianças profissionais incorridos durante a **Sua Viagem Coberta** para cuidar de uma criança viajando com **Você**.
- Recibos originais de um provedor de atendimento infantil profissional são necessários.
12. **Retorno do Companheiro de Viagem:** se **Você** precisar retornar para o **Seu País de Residência** devido a uma **Emergência** médica coberta por esta **Apólice**, **Nós** o reembolsaremos pelo custo extra da **Tarifa** de uma passagem de volta em um voo comercial pela rota mais direta para o retorno do **Seu Companheiro de Viagem** de volta ao **Seu País de Residência**. Se a passagem de volta não utilizada for reembolsável, **Nós** deduziremos o valor do reembolso do custo de transporte de volta que **Nós** providenciarmos.
13. **Repatriação de restos mortais:** se **Você** morrer durante a **Sua Viagem Coberta**, **Nós** reembolsaremos as despesas razoáveis incorridas até o valor máximo especificado na **Programação de Benefício Máximo por Plano** para:
- preparação e transporte dos **Seus** restos mortais ou cinzas de volta para o **Seu País de Residência**; ou
  - a cremação ou o enterros dos **Seus** restos mortais no local em que a morte ocorrer.
- Nenhum benefício será pago para o custo de despesas com uma lápide, um caixão e/ou serviço de funeral.
14. **Identificação de restos mortais:** se alguém legalmente exigir identificar **Seus** restos mortais antes de o **Seu** corpo ser liberado, **Nós** reembolsaremos o custo para uma pessoa viajar ao local onde **Seus** restos mortais estão localizados por meio de uma **Tarifa** de passagem de ida e volta pela rota mais direta e até **\$ 500** para acomodações comerciais e refeições. **Nós** automaticamente seguraremos essa pessoa para cobertura Médica de Emergência sob esta **Apólice** por não mais que **três dias** até que ela volte para o **Seu País de Residência**, sujeito à elegibilidade, às limitações, às condições e às exclusões desta **Apólice**.
- Esse benefício deve ser pré-providenciado e aprovado por **Nós**.
15. **Retorno de Veículo:** **Nós** pagaremos as despesas associadas ao retorno do **Seu** veículo à **Sua** casa ou do **Seu** veículo alugado à agência de locação adequada se **Você** não puder fazer isso devido a uma **Emergência médica**. Devolução de veículos comerciais não está coberto.
16. **Retorno da Bagagem e Objetos Pessoais:** no caso de **Sua** evacuação médica ou repatriação de restos mortais providenciada pela **Empresa**, se houver espaço insuficiente para acomodar a **Sua Bagagem e Objetos Pessoais** a bordo do transporte fornecido, **Nós** iremos reembolsá-lo até **\$ 200** para cobrir o custo de enviar esses itens para o **Seu País de Residência**.
17. **Concessão de Hospital Ocasional:** se **Você** precisar ficar em um **Hospital** para o **Tratamento** de uma **Doença** ou **Ferimento de Emergência** como um paciente internado durante a **Sua Viagem Coberta**, **Nós** pagaremos **\$ 50** para cada **24 horas** de estadia contínua até um limite de **\$ 500**. Esse benefício começa depois de **as 48 horas** iniciais de internação contínua terem sido concluídas.
18. **Retorno ao Destino:** se, depois da **Sua** evacuação de **Emergência** médica providenciada pela **Empresa** para o **Seu País de Residência**, **Você** desejar retornar ao **Seu** destino, **Nós** iremos reembolsá-lo pelo custo de uma **Tarifa** de passagem para a cidade de onde a evacuação médica ocorreu.
- Este benefício está disponível somente se:
    - O **Seu Médico** no **Seu** local de residência determinar que **Você** não precisa de mais **Tratamento**,
    - Você** receber aprovação prévia de **Nós**,
    - Você** escolher esse benefício em vez do benefício nº 13, **Retorno de Veículo**, e
    - Seu** retorno deve ser antes da **Sua Data de Retorno original programada**.
  - Quando **Você** retornar para o **Seu** destino, uma **Recorrência da Condição Médica** que exigiu **Sua** evacuação de **Emergência** médica ou **Condição Médica** relacionada não será coberta sob esta **Apólice**.
  - Esse benefício somente pode ser usado uma vez durante a **Sua Viagem Coberta**. No retorno ao **Seu** destino, a **Data Efetiva** da cobertura é o dia em que **Você** sair do **Seu País de Origem** para voltar para o **Seu** destino.
- ## O que excluimos
- Além das **Exclusões Gerais** na página 24 desta **Apólice**, não há mais nenhuma cobertura e nenhum benefício será pago por solicitações apresentadas sob esta seção resultante de:
- Condições Preexistentes** ou **Condições Médicas** relacionadas da seguinte maneira:
    - Para idade de 59 ou menos na Data de Partida**, qualquer **Condição Preexistente** ou **Condição Médica** que não esteja **Estável e Controlada** durante o período de **60 dias** imediatamente antes da **Sua Data de Partida** ou que, na opinião do **Seu Médico**, seria esperado que exigisse **Tratamento** no futuro próximo.
    - Para idade de 60 a 74 na Data de Partida**, qualquer **Condição Preexistente** ou **Condição Médica** que não esteja **Estável e Controlada** durante o período de **90 dias** imediatamente antes da **Sua Data de Partida** ou que, na opinião do **Seu Médico**, seria esperado que exigisse **Tratamento** no futuro próximo.
    - Para idade de 75 ou mais na Data de Partida**, qualquer **Condição Preexistente** ou **Condição Médica** que não esteja **Estável e Controlada** durante o período de **180 dias** imediatamente antes da **Sua Data de Partida** ou que, na opinião do **Seu Médico**, seria esperado que exigisse **Tratamento** em um futuro próximo.
- OBSEVAÇÃO:** para qualquer um com **30 anos de idade ou mais**, a cobertura sob **Emergência Médica** não é fornecida para reivindicações resultantes de:
- uma doença cardíaca envolvendo a administração de nitroglicerina mais de uma vez por semana para alívio da angina;
  - uma doença pulmonar tratada com oxigênio ou administração de esteroides orais (prednisoma ou prednisolona).
- Despesas incorridas por atendimento ou serviços médicos em que **Sua Viagem Coberta** tenha sido realizada contra orientação médica ou depois de receber um prognóstico de **Doença Terminal**.
  - Qualquer **Tratamento**:
    - não exigido para alívio imediato de dor e sofrimento agudos;



b) que possa ser razoavelmente adiado até que **Você** volte para o **Seu País de Residência**;

c) para **Tratamento de acompanhamento, Recorrência** de uma **Condição Médica** ou **Tratamento de Emergência** subsequente ou baixa em **Hospital** por uma **Condição Médica** ou **Condições Médicas** relacionadas para as quais **Você** recebeu **Tratamento de Emergência** durante **Sua Viagem Coberta**.

4. Transplantes de qualquer tipo.
5. A menos que seja obtida aprovação prévia de **Nós**, qualquer transporte aéreo de **Emergência**, MRI, Varredura CAT, cirurgia, procedimentos cardíacos, incluindo, entre outros, cateterização cardíaca, angioplastia ou cirurgia.
6. As despesas incorridas para todos os atendimentos ou serviços médicos, incluindo aqueles relacionados a um **Acidente** quando esta **Apólice** tiver sido comprada especificamente para obter um **Tratamento** médico ou em **Hospital** fora do **Seu País de Residência**, seja ou não recomendado por um **Médico**.
7. Quaisquer despesas relacionadas a uma infecção por HIV ou condição relacionada ou AIDS (síndrome da imunodeficiência humana adquirida).
8. Quaisquer despesas relacionadas a doenças sexualmente transmitidas.
9. Despesas incorridas por **Condições Médicas** em andamento ou recorrentes. Quando o **Tratamento de Emergência** e o atendimento tiverem sido concluídos, mais nenhum benefício para a mesma **Condição Médica**, ou outras relacionadas, será coberto.

## O que pagamos

**Você** será reembolsado pelos encargos **Razoáveis e Costumeiros** além de qualquer outra **cobertura de seguro** que **Você** tenha para despesas médicas de **Emergência** elegíveis listadas acima até o valor do benefício máximo descrito na **Programação de Benefício Máximo por Plano**.

Se **Você** tiver outro seguro que forneça os mesmos benefícios, **Você** deve notificar-nos desse seguro, cooperar com os **Nossos** esforços para coordenar os benefícios a pagar por outro segurador e reembolsar-nos por qualquer pagamento que tenhamos feito e que **Você** receba de outro segurador.

## O que fazer se você tiver uma reivindicação

Se **Você** for hospitalizado:

Entre em contato com o **Provedor de Assistência de Emergência** nos números de telefone fornecidos na página 8 desta **Apólice**. **Você** deve fazer isso antes da baixa no **Hospital** ou dentro de **24 horas** após uma **Emergência** que ameace a vida ou um órgão.

**Você**, ou alguém agindo em **Seu** nome, deve autorizar-nos a acessar toda documentação médica da instalação de tratamento no **Seu** local e **Seu Médico** em casa para o período preexistente aplicável. (Consulte a exclusão de preexistência nesta seção.)

Antes de receber todas as informações médicas relevantes, **Nós** trataremos a **Sua Emergência** presumindo que **Você** é elegível para os benefícios sob esta **Apólice**. Se mais tarde for determinado que uma exclusão à **Apólice** se aplica à **Sua** reivindicação, **Você** será solicitado a reembolsar a **Nós** por qualquer pagamento que **Nós** tenhamos feito em **Seu** nome.

Para qualificar-se para cobertura sob esta cláusula, **Você** deve enviar-nos com **Sua** reivindicação:

1. O Formulário de Reivindicação Médica preenchido;
2. Recibos originais ou outra comprovação de pagamento;
3. Documentação médica detalhada; e
4. Qualquer outra informação que **Nós** consideremos necessárias para adjudicar adequadamente a **Sua** reivindicação.

## BAGAGEM E OBJETOS PESSOAIS

### Quando se aplica

Se **Sua Bagagem** ou **Objetos Pessoais** forem perdidos, roubados, danificados ou atrasados durante a **Sua Viagem Coberta**. Cobertura está disponível até um valor máximo de **\$ 800** no agregado.

## O que cobrimos e o que pagamos – Bagagem e Objetos Pessoais – Roubo, perda ou danos

Quando **Bagagem** e/ou **Objetos Pessoais** forem perdidos, roubados ou danificados durante a **Sua Viagem Coberta**, **Nós** reembolsaremos **Você** até o Valor do Benefício Máximo como mostrado na **Programação de Benefício Máximo por Plano** para o plano que **Você** comprou.

**Nós** pagaremos o valor menor entre:

1. O custo de substituição ou reparo depois de ser feita a consideração do desgaste e da depreciação; ou
2. O preço de compra original.

Um máximo de **\$ 300** serão pagos por qualquer item individual.

Um limite máximo combinado de **\$ 300** será pago para: joias, relógios, câmeras (incluindo equipamento relacionado), binóculos, artigos consistindo no todo ou em parte de prata, ouro ou platina, peles e itens ornados com peles, telefones celulares, computadores e outros itens eletrônicos ou digitais, desde que os recibos originais acompanhem a reivindicação.

A responsabilidade da **Empresa** com relação a qualquer reivindicação sob este benefício não excederá o valor menor entre o limite de benefício desta **Apólice** no momento da **Inscrição** ou **\$ 2.000** no agregado sob todas as políticas de seguro da **guard.me** compradas para qualquer **Viagem Coberta** com relação a uma única pessoa segurada.

Para este benefício se aplicar, **Você** deve:

- fornecer um boletim de ocorrência, se aplicável
- tomar todas as medidas razoáveis para proteger, salvar ou recuperar **Sua Bagagem e/ou Objetos Pessoais**;
- prontamente notificar, por escrito, a polícia, os proprietários do hotel, companhias de navegação, companhias aéreas, ferroviárias, rodoviárias, aeroportos ou outras autoridades de estações, operadores de turismo ou líderes de grupo, ou qualquer **Transportadora Comum** ou terceiro que tenha custódia da **Sua Bagagem e/ou Objetos Pessoais** no momento da perda e fornecer-nos uma cópia do relatório por escrito.

## O que cobrimos e o que pagamos – Atraso de bagagem

Se a **Sua** bagagem despachada for enviada para o local errado ou atrasar em mais de **12 horas** pela **Transportadora Comum** durante a **Sua Viagem Coberta**, **Nós** pagaremos até um total agregado de **\$ 100** para:

1. A compra ou o aluguel de itens essenciais de vestuário pessoal e toalete necessário durante a **Sua Viagem Coberta**; e
2. O aluguel de equipamento esportivo se o objetivo da **Sua Viagem Coberta** era participar de um evento esportivo e **Seu** equipamento esportivo estava incluído na bagagem despachada atrasada.
3. O aluguel de uma cadeira de rodas para uso durante a **Sua Viagem Coberta**.

Esse benefício não se aplica a bagagem atrasada depois de **Você** ter voltado ao **Seu País de Residência**.

## O que cobrimos e o que pagamos – Dinheiro pessoal

Se **Seu** dinheiro pessoal for perdido ou roubado na **Sua Viagem Coberta**, a **Empresa** irá reembolsá-lo até **\$ 100**.

## O que excluimos

Além das **Exclusões Gerais** na página 24 desta **Apólice**, não há mais nenhuma cobertura e nenhum benefício será pago por solicitações apresentadas sob esta seção quando reembolsado:

- Pela **Transportadora Comum**, hotel ou **Fornecedor de Viagem**, incluindo qualquer serviço prestado por tal **Transportadora Comum**, hotel ou **Fornecedor de Viagem**.
- Conforme especificado sob qualquer outra cobertura de seguro que **Você** possa ter para a perda ou dano de propriedade.

Nenhuma cobertura é fornecida sob esta seção para qualquer perda ou dano de:

1. Quaisquer animais;
2. Automóveis e equipamento automobilísticos; aeronave; bicicletas, exceto quando despachadas como bagagem com uma **Transportadora Comum**; barcos ou outros veículos ou transportes; reboques; motores;
3. Os seguintes itens pessoais:
  - a) óculos de sol (com ou sem grau), lentes de contato;
  - b) dentes artificiais, pontes dentárias, retentores dentários, aparelhos auditivos, prótese de membros, medicamentos prescritos;
  - c) chaves, dinheiro, cartões de crédito, passagens e documentos (exceto conforme a cobertura for especificamente determinada de

- outra forma aqui), selos, títulos;
- d) equipamento esportivo, se a perda resultar do uso dos mesmos;
- e) passagens para a **Sua Viagem Coberta**, exceto por tarifas administrativas necessárias para remittir tais passagens;

4. Objetos e móveis domésticos, antiguidades e itens de coleção;
5. Itens perecíveis ou de consumo, incluindo produtos de tabaco;
6. Propriedade usada em negócios, comércio ou para a geração de renda;
7. Software de computador, incluindo quaisquer despesas incorridas para a restauração de qualquer dado perdido ou corrompido;
8. Propriedade enviada como frete ou propriedade enviada antes da **Sua Data de Partida**;
9. Propriedade roubada de um veículo sem supervisão que não estava trancada no porta-malas ou propriedade deixada à vista em que um porta-malas seguro não está disponível.
10. Propriedade causada por defeito de materiais ou mão de obra, desgaste normal, deterioração gradual, vício inerente ou falha mecânica;
11. Propriedade causada por corrente elétrica, incluindo arco elétrico, que danifique ou destrua dispositivos ou aparelhos elétricos;
12. Propriedade causados por confisco, detenção, requisição ou destruição da **Sua Bagagem e Objetos Pessoais** pela alfândega ou outras autoridades;
13. Artigos comprados durante a **Sua Viagem Coberta** sem recibos originais anexados à reivindicação.
14. Joias, pedras preciosas, relógios, câmeras (incluindo equipamento relacionado), artigos consistindo no todo ou em parte em prata, ouro ou platina, peles e itens ornados com peles, telefones celulares, computadores e outros itens eletrônicos ou digitais que sejam colocados em posse de uma **Transportadora Comum**.
15. Propriedade causada por quebra ou arranhão de artigos que não câmeras ou binóculos, a menos que causado por incêndio ou **Acidente** ao veículo em que estavam sendo transportados;
16. Propriedade segurada sob a apólice de pacote do proprietário do imóvel ou inquilino;
17. Qualquer bagagem ou propriedade deixada sem supervisão;
18. Falhas devido a erro, omissão ou depreciação do valor;
19. Desaparecimento misterioso.

### O que fazer se você tiver uma reivindicação

Para qualificar-se para reembolso sob esta cláusula, para perda, roubo, dano ou atraso da **Sua Bagagem ou Objetos Pessoais**, **Você** deve enviar para **Nós**:

1. comprovação de propriedade e recibos originais para cada item sendo reivindicado;
2. relatórios ou outros documentos da **Transportadora Comum** ou quaisquer outras partes responsáveis por tais perdas, danos ou atrasos;
3. uma declaração assinada e autenticada para comprovar tal perda;
4. os recibos originais para as compras necessárias ou reembolsos;
5. qualquer apólice ou outros relatórios documentando qualquer perda coberta sob esta cláusula; e
6. Qualquer outra informação que **Nós** consideremos necessárias para adjudicar adequadamente a **Sua** reivindicação.

## PASSAPORTE/VISTO DE VIAGEM

### Quando se aplica

Se **Seu** passaporte e/ou visto de viagem for perdido ou roubado durante viagem para fora do **Seu País de Residência** durante **Sua Viagem Coberta**.

### O que cobrimos e o que pagamos

**Nós** reembolsaremos **Você** até um máximo de \$ 500 para:

1. Custos incorridos para a substituição do passaporte e/ou visto de viagem; e
2. Acomodações e refeições de viagem adicionais associadas com a espera desses documentos de substituição.

### O que excluimos

Além das **Exclusões Gerais** na página 24 desta **Apólice**, não há mais nenhuma cobertura e nenhum benefício será pago por solicitações apresentadas sob esta seção para:

1. Roubo de:

- a. Um veículo trancado sem supervisão e os documentos não estão protegidos fora da visão;
  - b. Um veículo deixado sem supervisão das 21h às 9h no horário local.
2. Perda, destruição ou danos por confiscação ou detenção pela alfândega ou outros oficiais ou autoridades.

### O que fazer se você tiver uma reivindicação

Para qualificar-se para reembolso sob esta cláusula, **Você** deve enviar para **Nós**:

1. Uma declaração assinada e autenticada para comprovar tal perda;
2. Um boletim de ocorrência policial documentando qualquer perda coberta sob esta cláusula; e
3. Qualquer outra informação que **Nós** consideremos necessárias para adjudicar adequadamente a **Sua** reivindicação.

## PASSAGENS DE VIAGEM

### Quando se aplica

Se **Sua** passagem ou bilhete aéreo, rodoviário ou ferroviário pré-pago e não reembolsável para a **Sua Viagem Coberta** forem perdidos ou roubados durante **Sua Viagem Coberta**.

### O que cobrimos e o que pagamos

**Nós** iremos reembolsá-lo até um máximo de \$ 250 para os custos de substituição de tais passagens permitindo a continuação da **Sua Viagem Coberta**.

### O que excluimos

Além das **Exclusões Gerais** na página 24 desta **Apólice**, não há mais nenhuma cobertura e nenhum benefício será pago por solicitações apresentadas sob esta seção para:

1. Os primeiros \$ 50 de cada reivindicação.
2. Roubo de:
  - Um veículo trancado sem supervisão e os documentos não estão protegidos fora da visão;
  - Um veículo deixado sem supervisão das 21h às 9h no horário local.

### O que fazer se você tiver uma reivindicação

Para qualificar-se para reembolso sob esta cláusula, **Você** deve enviar para **Nós**:

1. Uma declaração assinada e autenticada para comprovar tal perda;
2. Um boletim de ocorrência policial documentando qualquer perda coberta sob esta cláusula; e
3. Qualquer outra informação que **Nós** consideremos necessárias para adjudicar adequadamente a **Sua** reivindicação.

## MORTE E DESMEMBRAMENTO ACIDENTAL

### Quando se aplica

Se **Você** sofrer alguma **Lesão** durante a **Sua Viagem Coberta**.

### O que cobrimos

**Você** terá cobertura para uma **Lesão** corporal causada por um evento externo, violento, repentino ou inesperado fora do **Seu** controle, durante a **Sua Viagem Coberta**.

### EXPOSIÇÃO E DESAPARECIMENTO

O desaparecimento pela exposição ao ambiente devido a um **Acidente** com cobertura será coberto se estiver incluído nesta **Apólice**.

Se **Você** não for encontrado em até um ano após:

- a) o desaparecimento, naufrágio ou destruição de uma embarcação na qual **Você** estava durante a **Sua Viagem Coberta**; ou
- b) a destruição de um edifício no qual **Você** estava durante a **Sua Viagem Coberta**;

**Você** será considerado morto devido a uma **Lesão** causada por um **Acidente**.

### O que excluimos

Além das **Exclusões gerais** descritas na página 24 desta **Apólice**, também não há cobertura e nenhum benefício será pago por reivindicações apresentadas de acordo com esta seção resultantes de:

1. Enfermidade ou problema físico, debilidade ou **Doença** pré-existente ao início da **Sua Viagem Coberta**;
2. Viagem em alguma **Transportadora** na função de piloto, operador ou tripulação; ou
3. Qualquer **Ato de Terrorismo**.

## O que pagamos

**Você** terá cobertura até o valor máximo descrito na **Tabela de benefícios máximos por plano** ou conforme especificado no benefício quando ocorrer uma perda com cobertura.

Perda de	Benefício Máximo pago
Vida .....	\$ 25.000
Ambas as mãos ou ambos os pés .....	\$ 25.000
Toda a visão de ambos os olhos .....	\$ 25.000
Uma mão e um pé .....	\$ 25.000
Uma mão e toda a visão de um olho .....	\$ 25.000
Um pé e toda a visão de um olho .....	\$ 25.000
Perda completa e irreversível da fala ou da audição .....	\$ 25.000
Uma mão ou um pé .....	\$ 12.500
Toda a visão de um olho .....	\$ 12.500

Para que um benefício seja pago por esta cobertura, o **Acidente** deverá acontecer durante a **Sua Viagem Coberta**, e a **Lesão** ou morte resultante deverá ocorrer em até **365 dias** do **Acidente**.

Caso a sua morte seja resultante de uma lesão causada durante:

- a) uma viagem como passageiro pagante em algum tipo de transporte público; ou
  - b) uma viagem como passageiro (não na função de piloto, operador nem tripulação) embarcando ou desembarcando de alguma:
    - i) aeronave mantida por uma **Companhia aérea programada**;
    - ii) condução terrestre licenciada para o transporte de passageiros por aluguel que **O** leve diretamente para ou imediatamente a partir de aeroportos usada por uma **Companhia aérea programada**; ou
    - iii) condução terrestre ou marítima oferecida pela companhia aérea em substituição a uma aeronave coberta por esta **Apólice**
- o benefício por perda de vida será de **\$ 50.000**.

Perda conforme descrito acima com relação a:

1. Mão ou pé: significa que a mão ou o pé foi total e permanentemente lesionada(o) no pulso ou tornozelo ou acima deles;
2. Visão: significa a perda total e irreversível da visão.

Se houver mais de uma perda resultante de apenas um **Acidente**, **Será** pago somente o maior benefício, conforme descrito acima. Não serão pagos benefícios por perdas que não estão aqui descritas.

Independentemente de quantas apólices válidas **Você** tenha adquirido **Da empresa**, o valor máximo de cobertura paga a **Você** de acordo com todas as apólices criadas para **Acidente em viagem/Acidente aéreo/Morte e desmembramento acidental** pela **Empresa** como resultado de um acidente está limitado a um total agregado de **\$ 500.000**. Qualquer valor adquirido além de **\$ 500.000** deverá ser reembolsado sob solicitação.

A responsabilidade máxima **Da empresa** de acordo com esta **Apólice** e as demais Apólices de seguro contra **Acidente em viagem/Acidente aéreo/Morte e desmembramento acidental** emitidas pela **Empresa** com relação a qualquer acidente é limitada a **\$ 12.000.000** em valor agregado, que serão distribuídos proporcionalmente entre os reivindicadores com cobertura. Além disso, a responsabilidade máxima da **Empresa** de acordo com esta **Apólice** e as demais apólices de **Acidente em viagem/Acidente aéreo/Morte e desmembramento acidental** emitidas pela **Empresa** no âmbito deste benefício com relação a mais de um acidente dentro de um ano calendário está limitada a **\$ 24.000.000** no valor agregado.

## O que fazer se você tiver uma reivindicação

Para se qualificar para a cobertura descrita nesta apólice, **Você** ou alguém em **Seu** nome deverá **Nos** enviar:

1. O formulário de reivindicação médica preenchido;
2. A documentação médica detalhada;
3. Uma declaração detalhada assinada e certificada como prova de tal perda; e
4. Quaisquer outras informações que **Considerarmos** necessárias para resolver a **Sua** reivindicação.

## Quando se aplica

A cobertura se aplica às situações descritas abaixo que ocorrerem fora do **Seu País de Residência** durante o **Período de Cobertura** desta **Apólice**.

## O que cobrimos

Esta **Apólice** fornece cobertura de evacuação de emergência de ou dentro do **Seu País Anfitrião** até o local mais próximo de segurança no caso em que:

1. **Você** seja expulso de um **País Anfitrião** se for declarado persona non-grata com autoridade legítima do governo reconhecido do **País Anfitrião**;
2. Eventos políticos ou militares envolvendo **Seu País Anfitrião** se as autoridades emitirem um aviso anunciando que os cidadãos do **Seu País de Residência** ou **País Anfitrião** devem deixar o **País Anfitrião**;
3. Um desastre natural, dentro de **sete dias** do evento, no **Seu País de Residência** e o governo do **País Anfitrião** declare **Seu** local uma área de desastre inabitável ou perigosa. Desastre natural, como usado aqui, significa uma tempestade (chuva, vento, neve, saraiva, granizo, relâmpagos, poeira ou areia), terremoto, inundação, erupção vulcânica, incêndio ou evento similar;
4. Ataque físico verificado ou ameaça de ataque físico verificada a **Você** por um terceiro;
5. **Você** ser sequestrado ou ter um relatório de pessoa desaparecida para **Você** registrado com as autoridades locais/internacionais.

Os benefícios serão pagos para:

1. **Seu** transporte para o local seguro e aceitável mais próximo conforme determinado por **Nós**. O local seguro é onde:
  - a) **Você** esteja seguro;
  - b) **Você** tenha acesso a transporte para seu **País de Residência**; e
  - c) **Você** tenha acesso a acomodações temporárias e alimentação.
2. **Seu** transporte de volta ao **País Anfitrião**, se for seguro, ou **Seu País de Residência** dentro de **14 dias** da evacuação de segurança inicial, conforme determinado por **Nós**.
3. Serviços de consultoria de um consultor de segurança selecionado por **Nós** no caso de **Você** ser sequestrado ou ter um relatório de pessoa desaparecida registrado para **Você** com as autoridades locais e internacionais.

Todas as despesas de viagem devem ser autorizadas e providenciadas por **Nós**. A **Nosso** critério, utilizaremos quaisquer recursos disponíveis, incluindo transporte público econômico, aeronave particular, transporte por terra e/ou mar. O retorno ao **País de Residência** envolverá o menor entre:

1. as tarifas de troca de passagens existentes quando possível; ou
2. a compra de novas passagens em substituição.

Quatorze (**14**) dias depois da evacuação de emergência, se for determinado por **Nós** iremos retorná-lo ao **Seu País de Residência** ou, se for seguro, retorná-lo ao **Seu País Anfitrião**, e **Você** escolher permanecer onde estiver localizado, mais nenhum benefício sob a **Evacuação de Segurança** será aplicado. Todos os outros benefícios da **Apólice** permanecerão em vigor até o que ocorrer primeiro entre:

1. **Quando a cobertura terminar** conforme especificado na página 4 desta **Apólice**; ou
2. a data em que **Você** deixar de ser uma pessoa elegível.

**Nós** e nossos **Provedores de Assistência de Emergência** não somos responsáveis pela disponibilidade dos serviços de transporte. Quando a evacuação de segurança se tornar difícil devido a condições perigosas ou hostis, **Nós** tentaremos manter contato com **Você** até que uma evacuação segura seja possível ou até que a situação perigosa tenha acalmado.

## O que excluimos

Esta **Apólice** não cobre perdas causadas ou resultantes de:

1. **Você** ser um participante do evento que deu origem à reivindicação;
2. ato ilegal, desonesto ou fraudulento cometido por **Você**;
3. **Sua** violação das leis no **Seu País de Residência** ou **País Anfitrião**;
4. **Sua** falha de manter e possuir os documentos de viagem e vistos exigidos;
5. Qualquer doença comum, endêmica ou epidêmica ou pandemia global; ou

6. Riscos ou incidentes presentes no **País Anfitrião** antes da data inicial desta cobertura.

Não pagaremos as despesas e tarifas de **Evacuação de Segurança**:

1. que possam ser recuperadas por qualquer outra fonte;
2. que estejam associadas à repatriação de restos mortais;
3. que estejam associadas a valores a pagar na forma de resgate;
4. Quando **Você** entrar em contato **Conosco** para uma **Evacuação de Segurança** mais de **30 dias** após as autoridades no **Seu País Anfitrião** emitirem um aviso aconselhando os cidadãos do **Seu País de Residência** ou do **Seu País Anfitrião** a deixarem o **País Anfitrião**; ou
5. Incorrido em um **País Anfitrião** contra o qual os Estados Unidos da América tenha embargos econômicos ou sanções comerciais.

## O que fazer

Para qualificar-se para os benefícios sob esta seção, **Você** deve entrar em contato com o **Provedor de Assistência de Emergência** no momento em que **Você** tiver um evento listado nesta seção da **Apólice**. **Você** pode contatar o **Provedor de Assistência de Emergência** nos números de telefone localizados na página 8 desta **Apólice**.

## EXCLUSÕES GERAIS

(Não se aplicam à Evacuação de segurança)

Essas exclusões se aplicam a todas as seções desta **Apólice**, exceto por **Avaliação de Segurança**. Este seguro não cobre e nenhum benefício será pago por qualquer reivindicação resultante de:

1. Qualquer evento que possa fazer a **Viagem Coberta** ser cancelada ou interrompida, de que **Você** ou **Seu Companheiro de Viagem** tenha conhecimento no momento da compra deste seguro;
2. Perda consequencial de qualquer tipo, incluindo perda de divertimento da **Sua Viagem Coberta** de qualquer causa;
3. Exceto conforme descrito na Emergência Médica (nº 5, **Honorários psiquiátricos**, e nº 6, **Internação Psiquiátrica**, na página 14). **Seus** distúrbios nervosos, mentais ou emocionais, incluindo, entre outros, estresse, ansiedade e depressão, a doenças psiquiátricas importantes, como psicose, esquizofrenia e grandes distúrbios de humor e afetivos;
4. Qualquer **Tratamento** médico opcional;
5. Exceto como descrito em Cancelamento da Viagem/Interrupção da Viagem: gravidez ou parto no curso normal; complicações da gravidez ou parto dentro de nove semanas da data esperada para o parto; abordo induzido voluntariamente; ou criança nascida durante a **Sua Viagem Coberta**;
6. **Seu** uso de drogas, álcool ou qualquer medicamento que cause direta ou indiretamente a condição que está levando à reivindicação;
7. **Seu** suicídio, tentativa de suicídio ou qualquer **Ferimento** intencionalmente autoinfligido;
8. **Sua** participação em **Atividades Extremas**;
9. **Sua** participação em atividades esportivas profissionais organizadas;
10. Conduzir uma motocicleta, mobilete ou scooter, esteja **Você** dirigindo em estradas mantidas publicamente ou não, fora de estrada ou em propriedade privada (a menos que **Você** tenha uma licença de condutor válida aplicável);
11. **Sua** carona, condução ou participação em corridas de velocidade ou resistência;
12. Pilotar uma aeronave ou realizar uma viagem aérea em qualquer dispositivo sem suporte que não como passageiro pagante de tarifa em um voo operado por uma **Transportadora Comum**.
13. Fraude, ocultação ou declaração falsa deliberada em relação a qualquer questão que afete este seguro ou relacionada à realização de qualquer reivindicação sob este;
14. **Sua** participação em ato criminoso ou malicioso;
15. Participação em levantes ou insurreições;
16. Exceto conforme determinado sob Cancelamento da Viagem (**Ato de Terrorismo** nº 19, página 11), guerra ou ato de guerra (seja declarada ou não), invasão, ato de inimigo estrangeiro, hostilidades, guerra civil, rebelião, revolução, insurreição ou levante militar ou usurpação de poder;

17. **Ato de Terrorismo** por meios nucleares e terrorismo por disseminação de agentes e substâncias biológicas, químicas e bioquímicas;
18. Participação das forças armadas;
19. Eventos relacionados a avisos de viagem emitidos pelo **Seu País de Residência** antes da **Sua Data Efetiva** que estavam ou continuam em vigor para qualquer país, região ou cidade de destino na **Sua Viagem Coberta**, conforme refletido no **Seu** itinerário de viagem; ou
20. **Contaminação** resultante de material radioativo ou combustível ou resíduo nuclear.

## CLÁUSULAS GERAIS DA APÓLICE

**Atribuição de benefícios:** quando a **Empresa** tiver pago despesas ou benefícios para **Você** ou em **Seu** nome sob esta **Apólice**, a **Empresa** tem o direito de recuperar, à sua própria despesa, esses pagamentos de quaisquer fontes aplicáveis ou qualquer **Apólice** ou plano de seguro que forneça os mesmos benefícios ou recuperações. Esta **Apólice** também permite à **Empresa** receber, endossar e negociar pagamentos elegíveis dessas partes em **Seu** nome. Quando a **Empresa** receber o pagamento de qualquer plano de saúde do governo ou privado, qualquer outra seguradora ou qualquer outra fonte de recuperação para a **Empresa**, o respectivo saldador liberado de qualquer outra responsabilidade com relação à reivindicação.

**Autópsia:** no caso da **Sua** morte, a **Empresa** pode solicitar um exame ou autópsia, sujeito a qualquer lei aplicável com relação a autópsias.

**Ocultação e declaração falsa:** toda a cobertura será nula se antes, durante ou depois de uma perda qualquer **Fato Material** ou circunstância relacionada a esta **Apólice** tiver sido ocultado ou declarado de maneira falsa.

**Conformidade com as leis existentes:** qualquer cláusula desta **Apólice** que esteja em conflito com as leis da província de Ontário, Canadá, onde esta **Apólice** é emitida é, aqui, alterada para adequar-se às exigências mínimas da lei. Em todos os outros sentidos, os termos e cláusulas desta **Apólice** se aplicam.

Apesar de qualquer outra cláusula contida no contrato, o contrato está sujeito às condições estatutárias na Lei de Seguro com relação a contratos de seguros para acidentes e doenças.

**Mudanças Contratuais:** esta **Apólice** é um contrato legal entre **Você** e **Nós**. Ela, incluindo quaisquer endossos e documentos anexados, constitui todo o contrato. Nenhuma alteração nesta **Apólice** é válida, a menos que aprovada por escrito por um dos **Nossos** diretores. Nenhum agente tem o direito de alterar esta **Apólice** ou de renunciar a qualquer uma das suas cláusulas.

**Coordenação de Benefícios:** a **Empresa** coordenará os benefícios a pagar sob esta **Apólice** com os benefícios disponíveis para **Você** sob qualquer outra **Apólice** ou plano, de modo que os pagamentos feitos sob esta **Apólice** e de todas as outras fontes não excedam **100%** das despesas elegíveis incorridas.

**Moeda:** todos os prêmios e benefícios sob esta **Apólice** serão pagos na moeda dos Estados Unidos da América com base na a) taxa de câmbio definida por qualquer banco licenciado no Canadá na última data do serviço; b) na data em que o pagamento for emitido ao provedor de serviços.

**Limitação de Responsabilidade:** a responsabilidade da **Empresa** sob esta **Apólice** está limitada exclusivamente ao pagamento dos benefícios elegíveis. A **Empresa**, ao fazer pagamento sob esta **Apólice**, não assume nenhuma responsabilidade pela disponibilidade, qualidade, resultados ou consequências de qualquer **Tratamento** ou serviço, ou **Sua** falha em obter qualquer **Tratamento** ou serviço coberto sob os termos desta **Apólice**.

**Exame médico:** a **Empresa** reserva-se o direito de examiná-lo medicamente no caso de uma reivindicação.

**Prontuários Médicos:** no caso de uma reivindicação, **Você** concorda em fornecer acesso e **Nós** reservamo-nos o direito de revisar todo e qualquer prontuário médico ou documentação relacionada à **Sua** reivindicação de qualquer **Médico**, **Dentista**, **profissional da saúde**, clínica, plano de saúde, indivíduo, instituição ou outro provedor de serviços com relação à validade da **Sua** reivindicação.

**Reembolso do Prêmio:** para outros que não “**Direito de Examinar em 10 Dias**” na página 2, nenhum reembolso é permitido. Esta **Apólice** não é transferível.

**Direito de Recuperação:** no caso de **Você** ser considerado inelegível para cobertura, qualquer benefício for pago por engano, for feito um pagamento além do valor permitido sob as cláusulas desta **Apólice**, uma reivindicação for considerada inválida, ou os benefícios forem reduzidos de acordo com qualquer cláusula da **Apólice**, a **Empresa** tem o direito de coletar de **Você** qualquer valor que tenha sido pago em **Seu** nome a provedores médicos ou outras partes ou buscar reembolso de **Você**, **Seu** estado, qualquer instituição, segurador ou pessoa a quem o pagamento tenha sido feito.

**Sub-rogação:** se **Você** sofrer uma perda causada por um terceiro, a **Empresa** tem o direito de sub-rogar **Seus** direitos de recuperação contra o terceiro por quaisquer benefícios a pagar a **Você** ou em **Seu** nome e irá, a seu próprio custo e em **Seu** nome, executar os documentos necessários e tomar ação contra o terceiro para recuperar tais pagamentos. **Você** não deve realizar nenhuma ação nem executar nenhum documento após a perda que prejudique os direitos da **Empresa** a tal recuperação.

**Declarações Juramentadas:** Nós temos o direito de solicitar que os documentos das reivindicações sejam juramentados e que **Você** seja examinado sob juramento com relação a qualquer documento de reivindicação enviado.

## DEFINIÇÕES

Nesta **Apólice**, palavras e termos denotando o singular devem ser interpretados para significar o plural e vice-versa, a menos que o contexto claramente indique de outra forma.

**Acidente** é um acontecimento devido a causas externas, violentas, repentinas ou fortuitas além do **Seu** controle que ocorra durante o **Período de Cobertura**.

**Ato de Terrorismo ou Terrorismo** é o uso ilegal e não sancionado de violência (excluindo perturbação civil geral, levantes e atos de guerra (declarada ou não) ou a liberação intencional de material biológico) que cause a destruição de propriedade, **Ferimento** ou morte com o objetivo explícito ou implícito de obter um resultado ou meta político, étnico ou religioso.

**Inscrição** é o formulário impresso, impresso de computador, fatura ou documento usado para inscrever-se para o seguro conforme determinado pela **guard.me** ou o processo de várias etapas que deve ser concluído pelo requerente ao comprar este seguro eletronicamente por meio da **guard.me**. A **Inscrição** confirma a cobertura do seguro que **Você** comprou, estabelece a **Data de Partida**, o **Ponto de Partida** e a **Data de Retorno da Sua Viagem Coberta** e forma uma parte integrante do contrato da **Apólice**.

**Bagagem e/ou Objetos Pessoais** são itens ou artigos de necessidade, ornamento ou conveniência pessoal, incluindo roupas e outros itens pessoais usados na pessoa e que são normalmente carregados por viajantes para seu uso individual durante a viagem.

**Falência ou Inadimplência** é o fornecedor de viagem tornar-se insolvente, falir, entrar em concordata, fazer uma proposta aos seus credores ou registrado um aviso de intenção de fazer uma proposta aos seus credores. Falência ou inadimplência também inclui a inabilidade de fornecer serviços por contrato devido à interrupção total ou suspensão completa das operações devido à insolvência financeira, com ou sem o registro de um pedido de Falência, seja voluntário ou involuntário, por uma operadora de turismo, linha de cruzeiro, companhia aérea ou outro fornecedor de viagem.

**Cuidador** significa a pessoa em tempo integral permanente encarregada do bem-estar do **Seu** dependente e cuja ausência não possa ser razoavelmente substituída.

**Criança** (para os fins do benefício de "Retorno e Acompanhamento de Criança") é qualquer pessoa não casada segurada que seja dependente de **Você** para suporte, esteja viajando com **Você** ou junte-se a **Você** durante o **Seu Período de Cobertura** e tenha menos de **19 anos de idade**.

**Administrador de Reivindicação** significa Travel Healthcare Insurance Solutions Inc. (T.H.I.S.) e/ou a **Empresa**.

**Transportadora Comum** é uma companhia aérea, navio de cruzeiro, balsa, trem, táxi, limousine ou outro veículo similar que seja licenciado, projetado e usado principalmente para transportar passageiros por uma tarifa, não incluindo veículos alugados, arrendados ou de propriedade privada.

**Empresa, Nós, Nos, Nosso** significa Old Republic Insurance Company of Canada, Hamilton, Ontário.

**Contaminação** significa envenenamento de pessoas por substâncias nucleares, químicas e/ou biológicas que causem **Doença** ou morte.

**Viagem Coberta** são as providências de viagem seguradas por esta **Apólice** começando na **Data Efetiva** e terminando na **Data de Retorno**, ambas como mostrado na confirmação do seguro.

**Dentista** significa um doutor em odontologia qualificado legalmente licenciado para praticar odontologia no local em que serviços odontológicos são prestados, mas não inclui o **Segurado**, um **Companheiro de Viagem** ou um **Familiar**.

**Data de Partida** é a data mostrada na **Inscrição** ou a data em que **Você** de fato partir para o **Seu País de Residência** na **Sua Viagem Coberta**.

**Ponto de Partida** é o país de que **Você** parte na **Sua Viagem Coberta**.

**Data Efetiva** é a data em que a **Sua** cobertura de seguro sob esta **Apólice** ou um benefício específico desta **Apólice** começa. (Veja a página 5)

**Emergência** significa uma **Doença** ou **Ferimento** imprevisto que exija **Tratamento** imediato para evitar ou aliviar perigo à vida ou à saúde existente. Uma **Emergência** não existe mais quando evidências médicas indicam que **Você** pode retornar ao **Seu País de Residência** ou continuar com a **Sua Viagem Coberta**.

**Provedor de Assistência de Emergência** significa o serviço que é fornecido a **Você** durante o **Período de Cobertura 24 horas** por dia, **365 dias** por ano, telefonando para os números de **Emergência** fornecidos nesta **Apólice**.

**Atividades Extremas** incluem a participação em qualquer uma das seguintes ações: bungee-jumping, asa delta, caça, alpinismo, paraquedismo, parapente, escalada em pedras (não montanhismo), mergulho com cilindro (a menos que qualificado e não mergulhando mais que 130 pés), salto em queda livre, voo espacial orbital e suborbital, exploração de cavernas, tripulação de veleiro de grande porte.

**Familiar** é um **Cônjuge**, pai, guardião legal, padrasto/madrasta, avós, netos, cunhados, sobrinhos, sogros, enteados, filhos naturais ou adotados, irmãos, meios-irmãos, tios ou um **Cuidador** empregado para um filho dependente não casado com menos de **19** anos de idade.

**Passagem** significa o assento único mais simples de qualquer transportadora da Associação de Transporte Aéreo.

**País de Residência** significa o país em que o **Segurado** reside permanentemente.

**Hospital** significa uma instalação devidamente licenciada que acomoda atendimento de pacientes internados e que possui enfermeiros registrados em tempo integral, um laboratório e uma sala de operações em que operações cirúrgicas são realizadas por cirurgiões qualificados. Estão excluídas casas de recuperação, casas de repouso, asilos, clínicas geriátricas, centros de tratamento de drogas e álcool, spas ou clínicas de saúde ou qualquer instalação não operada **24 horas** por dia sob supervisão de um **Médico**.

**Anfitrião no Destino** significa a pessoa com quem **Você** tem uma acomodação de pernoite providenciada para a maior parte da **Sua Viagem Coberta** no local de residência normal, não incluindo instalações comerciais.

**País Anfitrião** significa o país de destino do **Segurado**.

**Ferimento** significa dano corporal repentino causado por um **Acidente** durante o **Período de Cobertura**.

**Segurado, Você ou Seu** é a pessoa elegível para cobertura sob esta **Apólice** e que é nomeada na **Inscrição** para este seguro e par quem o prêmio exigido foi pago e aceito pela **guard.me**.

**Fato Material** é qualquer fato que **Nos** faria recusar **Sua Inscrição** para seguro ou cobrar um prêmio maior que aquele que **Você** pagou pela **Apólice** de seguro.

**Condição médica** significa uma irregularidade na saúde da pessoa que exigiu ou exige orientação, consulta, investigação, **Tratamento**, cuidado, serviço ou diagnóstico por um **Médico**.

**Medicamento Necessário** significa **Tratamento** ou serviços que são adequados para o alívio de **Doença** ou **Ferimento** em uma **Emergência** com base em padrões médicos profissionais geralmente aceitos.

**Infecção Pequena** é uma infecção que termina **30 dias** antes da **Data Efetiva** da cobertura e não requer: uso de medicamento por um período superior a **15 dias**; mais de uma consulta de acompanhamento com um **Médico**; hospitalização, intervenção cirúrgica; ou consulta com um médico especialista; Uma infecção crônica ou complicação de uma infecção crônica não é uma infecção pequena.

**Desastre Natural** significa um desastre resultando de causas naturais, incluindo enchente, furacão, tornado, terremoto, erupção vulcânica ou nevasca.

**Médico** significa uma pessoa que não **Você** mesmo, um **Companheiro de Viagem** ou **Familiar** que seja qualificado e legalmente licenciado para a prática da medicina, realização de **Tratamento** médico e/ou cirurgia dentro do escopo da sua licença e no local em que os serviços médicos são prestados.

**Administrador do Plano** significa Travel Healthcare Insurance Solutions Inc.

**Apólice** significa este documento e **Sua inscrição** para um seguro sob este, que é emitido em consideração do pagamento do prêmio exigido.

**Condição Preexistente** é uma **Condição Médica** que não uma **Infecção Pequena**, para a qual **Tratamento** foi recebido ou tomado ou que exibiu sintomas, antes da **Sua Data Efetiva** e dentro do período especificado para o plano que **Você** escolheu, e inclui complicação medicamente reconhecida ou **Recorrência** de uma **Condição Médica**.

**Psiquiatra** é alguém que não seja **Você**, um **Companheiro de Viagem** nem um **Familiar**, qualificado e legalmente autorizado a exercer a psicologia no local onde serviços psicológicos são oferecidos.

**Razoável e Costureiro** são encargos normalmente feitos por outros provedores de reputação similar para residentes na localidade em que os encargos são incorridos para **Tratamento**, serviços ou suprimentos comparáveis para uma **Emergência** médica similar.

**Recorrência** significa o surgimento de sintomas provocados por ou relacionados a uma **Condição Médica** previamente diagnosticada por um **Médico** ou para a qual **Tratamento** tenha sido previamente recebido.

**Data de Retorno** significa a data em que **Você** está programado para voltar ao **Seu Ponto de Partida/País de Residência**, como mostrado na **Sua Inscrição**.

**Companhia Aérea Programada** é qualquer aeronave operada por uma companhia aérea licenciada para o transporte de passageiros por contrato e que mantém programações publicadas regulares (incluindo quaisquer voos fretados por tais companhias aéreas ou empresas de turismo licenciadas).

**Doença** significa uma enfermidade aguda, dor aguda e sofrimento ou mal que exija **Tratamento** médico de **Emergência** ou hospitalização devido ao surgimento repentino de sintomas durante o **Período de Cobertura**.

**Cônjuge** é a pessoa legalmente casada com **Você** ou, se não casada com **Você**, que vive em relacionamento conjugal com **Você** por um período contínuo de pelo menos um ano.

**Estável e Controlada** significa que a **Condição Médica** não está piorando e não houve alteração em qualquer medicamento para a condição ou seu uso ou dosagem, nem em qualquer **Tratamento**, **prescrito ou recomendado por um Médico** ou recebido dentro do período de tempo especificado nesta Apólice, antes da **Sua Data Efetiva**.

**Doença Terminal** significa uma **Condição Médica** para a qual nenhuma recuperação é esperada e que tem um prognóstico de morte dentro de **12 meses da Data Efetiva**.

**Fornecedor de Viagem** é qualquer entidade ou organização que coordene ou forneça serviços de viagem para **Você**.

**Companheiro de viagem** significa a pessoa que está viajando com **Você** na **Sua Viagem Coberta**, até um máximo de cinco pessoas, incluindo **Você**.

**Tratar, Tratado ou Tratamento** significa qualquer procedimento médico, terapêutico ou diagnóstico prescrito, realizado ou recomendado por um **Médico**, incluindo, entre outros, medicamentos prescritos, testes investigativos e cirurgia.

## INFORMAÇÃO DE REIVINDICAÇÕES

**Entre em contato conosco (reivindicações que não sejam sobre responsabilidade para com terceiros)**

**guard.me Claims**

**guard.me Global Travel Insurance**

Old Republic Insurance Company of Canada  
P.O. Box 557, Hamilton, Ontário L8N 3K9

Fax:	905-528-8338
Fax gratuito:	1-866-551-1704
Inglês: Telefone:	905-667-2540
Ligação gratuita no Canadá e nos EUA:	1-877-640-9877
Francês: Telefone:	905-667-5020
Ligação gratuita no Canadá e nos EUA:	1-800-245-1662

Se **Você** tiver uma emergência ou precisar de assistência enquanto a qualquer momento em que estiver viajando, ligue de:

EUA e Canadá	1-800-334-7787
República Dominicana	1-888-751-4866
México	001-800-514-0409
Europa	00-800-758-75875
Austrália	0011-800-758-75875
Outro lugar (a cobrar)	905-667-0587
Email: <a href="mailto:assistance@oldrepublicgroup.com">assistance@oldrepublicgroup.com</a>	

### Como enviar uma reivindicação

**Você** pode baixar um formulário de reivindicação diretamente de: [www.guard.me](http://www.guard.me)

ou **Você** pode entrar em contato **Conosco** gratuitamente por:

Inglês:	1-877-640-9877
Francês:	1-800-245-1662

Para fazer uma reivindicação de benefícios sob esta **Apólice**:

- Envie **Seus** formulários de reivindicações dentro de **30 dias** após a despesa ou perda ser incorrida ou assim que razoavelmente possível;
- Comprovação por escrito da reivindicação deve ser enviada dentro de **90 dias**, mas não após **12 meses** depois da data do evento ou perda.

A comprovação por escrito da reivindicação deve incluir:

1. o preenchimento de quaisquer formulários de reivindicação fornecidos pela **Empresa/Administrador do Plano**;
2. recibos originais;
3. um relatório escrito, preenchido com o diagnóstico do **Médico** realizando o atendimento, se aplicável, e qualquer outro formulário de documentação considerado necessário pela **Empresa** para validar a **Sua** reivindicação;
4. documentação requerida pela **Empresa** para substanciar cancelamento, interrupção, interrupção da viagem ou mudança de cronograma se por outros motivos que não médicos. Se a causa da reivindicação for morte, um documento oficial, como uma certidão de óbito, que estabeleça a causa da morte também será necessário. Por exemplo, uma carta da companhia aérea confirmando a mudança no voo programado ou a causa do atraso do voo.

A documentação de reivindicações de comprovação original deve ser fornecida; porém, a **Empresa** pode aceitar cópias certificadas se a documentação original não puder ser fornecida por uma causa razoável. Falha em fornecer a comprovação aplicável de uma reivindicação invalidará tal reivindicação sob esta **Apólice**. Todos os documentos requeridos para dar suporte ou validar a reivindicação, incluindo traduções para inglês e francês de tais documentos, devem ser fornecidos sem custos para a **Empresa**.

## Pagamentos de reivindicações

Nós pagaremos as reivindicações cobertas dentro de **30 dias** do recebimento de todas as informações necessárias exibidas para avaliar com precisão a **Sua** reivindicação.

Os pagamentos de benefício serão feitos a **Você** ou qualquer outra pessoa ou entidade que tenha uma designação válida para tais benefícios. No caso da **Sua** morte, qualquer saldo ou benefício restante a pagar por perda de vida será pago ao beneficiário indicado por **Você**. Se um beneficiário não for de outra forma designado pelo **Segurado**, os benefícios serão pagos ao primeiro dos seguintes beneficiários preferenciais sobreviventes:

1. o **Cônjuge do Segurado**;
2. o filho ou filhos conjuntamente do **Segurado**;
3. os pais do **Segurado** conjuntamente, se ambos estiverem vivos, ou o pai sobrevivente, se somente um estiver vivo;
4. os irmãos e irmãs conjuntamente do **Segurado**; ou
5. o Estado do **Segurado**.

## Limitação de ação

Se **Você** tiver uma reivindicação em disputa sob esta **Apólice**, **Você** deve começar qualquer ação ou processo legal contra a **Empresa** dentro de **24 meses** após a data do evento que levou à reivindicação. Se, contudo, essa limitação for inválida de acordo com as leis da província de Ontário, Canadá, onde esta **Apólice** foi emitida, **Você** deve iniciar qualquer ação ou processo legal no menor limite de tempo permitido pelas leis dessa província. Todas as ações ou processos legais devem ser levados à província de Ontário, Canadá, onde a matriz da **Empresa** está localizada.

## PRIVACIDADE

A **Empresa** está comprometida com a proteção da **Sua** privacidade. Coletar informações pessoais sobre **Você** é essencial para **Nossa** habilidade de oferecer-lhe produtos e serviços de seguro de alta qualidade. As informações fornecidas por **Você** serão usadas apenas para determinar **Sua** elegibilidade para cobertura sob a **Apólice**, avaliação dos riscos de seguro, gerenciamento e adjudicação de reivindicações e negociação ou quitação de pagamentos a terceiros. Essas informações também podem ser compartilhadas com terceiros, como outras companhias de seguro, organizações de saúde e planos de saúde do governo para adjudicar e processar qualquer reivindicação. No caso de **Nós** precisarmos compartilhar as **Suas** informações com terceiros que façam negócios fora do Canadá, há uma possibilidade de que essas informações possam ser obtidas pelo governo do país em que o terceiro faça negócios. **Nós** tomamos muito cuidado para manter **Suas** informações pessoais precisas, confidenciais e seguras.

**Nossa** política de privacidade define altos padrões para coletar, utilizar, divulgar e armazenar informações pessoais. Se **Você** tiver perguntas sobre a política de privacidade da **Empresa**, entre em contato com o **Nosso** Diretor de Privacidade pelo telefone 905-523-5587 ou pelo email [privacy@oldrepublicgroup.com](mailto:privacy@oldrepublicgroup.com).

### Subscrito por:

Reliable Life Insurance Company  
Old Republic Insurance Company of Canada  
Hamilton, Ontário



Paul M. Field, C. A.  
Diretor Executivo  
Augusto de 2015  
GMGTIE0815

**guard.me**  
**Anexo sobre responsabilidade  
de estudantes estrangeiros**

**Assegurado pela  
Unica Insurance Inc.**

**Benefício máximo: USD \$ 1.000.000**

Alguns termos grafados em letra maiúscula neste anexo têm significados específicos e estão definidos abaixo e/ou na **Apólice global de seguro de viagem da guard.me**, à qual este **Anexo** pertence. Quando um termo estiver definido abaixo e também na **Apólice global de seguro de viagem da guard.me**, a definição abaixo prevalecerá para os fins deste **Anexo**.

## **COBERTURA**

A cobertura fornecida neste Anexo está incluída no **Período de cobertura da Apólice global de seguro de viagem da guard.me**, à qual este **Anexo** pertence, mediante o pagamento integral do prêmio adicional adequado.

Este **Anexo** fornece seguro para a sua Responsabilidade legal contra Lesões corporais ou Danos à propriedade que surjam devido às Suas ações pessoais conforme descrito abaixo. Quando uma ação judicial for movida contra Você, a seguradora pagará todos os valores pelos quais Você se tornar legalmente responsável, como danos emergentes devido a lesões corporais ou danos a propriedades que sejam não intencionais e que derivem de suas ações pessoais em qualquer lugar do mundo que não seja o seu País de origem nem seja um país em relação ao qual o governo do seu país tenha emitido um alerta aos viajantes. A cobertura vai até o Benefício máximo de **\$ 1.000.000** (um milhão de dólares) pelo período de **365 dias**.

A responsabilidade máxima da seguradora por qualquer acordo negociado ou qualquer sentença emitida por um tribunal será a menor dentre as seguintes opções:

1. o acordo negociado ou a sentença emitida por um tribunal mais todos os custos e despesas legais associados; ou
2. o Benefício máximo.

A seguradora também reembolsará os custos legais de defesa até o máximo de **\$ 50.000,00** (cinquenta mil dólares) decorrentes dos custos de defesa em processo movido contra Você de acordo com o Código Penal ou legislação similar em relação a suposto abuso ou assédio físico ou sexual, e que supostamente tenha ocorrido durante o período da cobertura deste **Anexo**.

A seguradora somente o indenizará se:

- 1) Todas as acusações forem retiradas pelas autoridades responsáveis pelo processo jurídico ou
- 2) Você for considerado inocente das acusações após o julgamento final ou sentença.

**Proprietário da casa da família anfitriã/Outras coberturas de seguro aplicáveis:** Essa cobertura se aplica enquanto Você estiver residindo em seu País anfitrião. Se um acidente resultar em uma reivindicação qualificada válida e cobrável de acordo com uma apólice de seguro do proprietário da casa da sua família anfitriã ou de uma apólice de seguro similar que cubra danos à propriedade da sua residência temporária, a seguradora pagará a perda incorrida até o valor da franquia, de acordo com a apólice do proprietário da casa da sua família anfitriã (ou apólice de seguro similar), não ultrapassando **\$ 1.000,00** por um período de **365 dias**. A seguradora pagará o benefício de acordo com esta cláusula somente depois que Você tiver enviado a ela a devida comprovação do valor dos danos à propriedade.

Você está coberto até o Benefício máximo para:

1. a compensação que Você deve pagar, conforme aprovado pela seguradora por qualquer acordo ou veredito legal; e
2. as taxas legais associadas e pré-aprovadas pela seguradora para sua representação em uma ação judicial. A representação legal deve ser realizada por pessoa ou pessoas que não seja/sejam um membro imediato da família e que seja/sejam pré-aprovado(s) pela seguradora.

A responsabilidade máxima da seguradora por qualquer acordo negociado ou qualquer sentença emitida por um tribunal será a menor dentre as seguintes opções:

1. o acordo negociado ou a sentença emitida por um tribunal mais todos os custos e despesas legais associados; ou
2. o Benefício máximo.

## **CONDIÇÕES E LIMITAÇÕES**

1. Nenhuma admissão, oferta, promessa ou indenização deverá ser feita sem o consentimento da seguradora. A seguradora terá o direito de assumir e conduzir a defesa de qualquer ação legal movida contra Você e de solucionar tal ação em Seu nome.
2. Você é obrigado a tomar todas as medidas cabíveis para evitar e minimizar perdas, inclusive notificar a seguradora ou a administradora do plano o mais rápido possível, além de fornecer todas as informações relativas às circunstâncias que envolvem uma reivindicação em potencial.
3. Você deverá fornecer todas as informações e assistência exigida pela seguradora. Você deverá fornecer à seguradora cópias de todas as cartas, autos do processo e outros documentos e materiais relevantes recebidos por Você.



4. A seguradora poderá, a Seu critério exclusivo, em relação a qualquer ocorrência coberta por este **Anexo**, pagar a Você o Benefício máximo aplicável a tal(is) ocorrência(s), descontados os valores já pagos ou qualquer valor menor pelo qual tal(is) reivindicação(ões) possa(m) ser quitada(s). Após isso, no entanto, a seguradora não terá nenhuma outra responsabilidade em relação a tal(is) ocorrência(s), exceto quando o Benefício máximo ainda não tiver sido pago, quando, então, a seguradora pagará as despesas e custos legais que tiverem sido pré-aprovados por ela até os limites restantes do Benefício máximo.
5. Os benefícios pagáveis cobrirão apenas o que for além de qualquer seguro de proprietário de casa, inquilino ou outro seguro e qualquer outra fontes de recuperação. Se Você, a Sua família anfitriã ou qualquer terceiro tiver acesso a qualquer outro seguro para perdas cobertas de acordo com este **Anexo**, as obrigações da seguradora, de acordo com este **Anexo**, irão cobrir apenas o que estiver além de tal(is) seguro(s). Em nenhuma hipótese este seguro se aplicará até que todos os outros seguros tenham pago seus limites aplicáveis de seguro.
6. Para ter direito à cobertura de acordo com este **Anexo**, Você precisar notificar a administradora do plano no momento em que for notificado pela primeira vez sobre uma reivindicação/ação jurídica contra Você. Você pode entrar em contato com a administradora do plano no endereço:
 

Travel Healthcare Solutions Inc. d.b.a. Guard.me  
Claims  
300 John Street, Suite 405  
Thornhill, Ontario L3T 5W4 Canada
7. Foro legal: Este **Anexo** é controlado pelas leis da província de Ontário e está sujeito às cláusulas da Lei de seguros com relação a contratos de seguro celebrados em Ontário.

## EXCLUSÕES

- A. Não há nenhuma cobertura para nenhuma reivindicação/ação apresentada que resulte ou surja de:
  1. guerra, invasão, ação de um inimigo estrangeiro, hostilidades, guerra civil, rebelião, revolução, insurreição ou poder militar;
  2. qualquer reivindicação que surja direta ou indiretamente, no todo ou em parte, devido a terrorismo ou a qualquer atividade ou decisão de um órgão do governo ou outra entidade para evitar, responder ou terminar com um ato de terrorismo, independentemente de qualquer outra causa ou evento que contribua simultaneamente ou em qualquer sequência para a perda ou dano;
  3. Sua participação em tumultos ou insurreições;
  4. uso de qualquer arma;
  5. lesões corporais ou danos à propriedade que precisem ter uma cobertura de seguro de responsabilidade de energia nuclear emitida pela Associação de Seguro Nuclear do Canadá ou qualquer outro grupo ou consórcio de seguradores;
  6. a) abuso, molestamento ou assédio sexual, físico, psicológico ou emocional, inclusive castigos

- corporais infligidos por Você ou conforme Sua orientação ou com o Seu conhecimento; ou
- b) caso Você deixe de tomar as medidas necessárias para evitar um abuso, molestamento, assédio sexual, físico, psicológico ou emocional ou castigo corporal;
7. Sua transmissão de uma doença/moléstia;
8. danos causados por Você ao cometer ou tentar cometer um ato intencional, ilegal ou mal-intencionado;
9. responsabilidade civil profissional;
10. prestação ou o fato de deixar de prestar qualquer serviço profissional;
11. propriedade que Você venda, alugue, faça leasing ou empreste para uso por terceiros;
12. danos devido à depreciação normal;
13. danos causados por animais de Sua propriedade ou que estejam sob os seus cuidados;
14. a) rasura, destruição, adulteração, apropriação indébita, interpretação errônea de dados;
- b) criação, correção, inserção ou exclusão de dados erroneamente ou uso de dados, incluindo qualquer perda de uso, que surja de qualquer dessas ações ou eventos; ou
- c) distribuição ou exibição de dados por meio de um site da Internet, a Internet, uma Intranet, extranet ou dispositivo similar ou sistema projetado ou destinado à comunicação eletrônica de dados;
15. propriedade, uso (incluindo carregamento/descarregamento) ou operação de qualquer automóvel, embarcação, aeronave, veículo motorizado ou reboque fixado em qualquer um dos anteriores;
16. ocupação ou propriedade de qualquer terreno ou construção, exceto construções que Você ocupe temporariamente durante o Período de Cobertura da Apólice;
17. uso de drogas, álcool ou qualquer medicação que resulte direta ou indiretamente na condição que cause uma reivindicação.
18. despesas recuperáveis ou que seriam recuperadas de qualquer outra fonte incluindo, mas não se limitando a qualquer plano individual, de grupo ou de funcionário pré-pago ou plano de seguro saúde privado, cobertura de cartão de crédito ou plano de seguro saúde do governo ou apólice/plano de responsabilidade de terceiros;
19. fraudes, ocultações ou declarações falsas em relação a qualquer problema que afete este seguro ou que esteja relacionado à realização de qualquer reivindicação aqui mencionada; e
20. Sua viagem para ou dentro de um país, cidade ou região indicada em qualquer nível de um alerta aos viajantes que tenha sido emitido pelo Seu País de Origem ou Seu País Anfitrião para advertir seus residentes contra a viagem.

B. E nenhuma cobertura será fornecida em relação a reivindicações e/ou ações legal movidas:

1. por Seus familiares imediatos;
2. por qualquer pessoa que seja empregada por Você;
3. por qualquer indenização punitiva ou de caráter exemplar;

## REIVINDICAÇÕES

Para fazer uma reivindicação, entre em contato com:

**Unica Insurance Inc.**  
7150 Derrycrest Drive  
Mississauga, Ontario, L5W 0E5 Canada  
Tel: 1-866-864-1113

## Definições relevantes somente para este Anexo:

**Lesões corporais** significam lesões corporais, enfermidades ou doenças ou uma morte resultante das mesmas.

**País anfitrião** significa o país em que Você está residindo temporariamente como estudante, enquanto estiver distante do seu País de origem.

**Família anfitriã** significa os indivíduos ou família com quem Você está residindo como estudante enquanto estiver distante do seu País de origem.

**Família imediata** significa Seu cônjuge, pais, responsáveis legais, pais adotivos, avós, netos, sogros, filhos naturais ou adotados, enteados, irmãos, irmãs, meio-irmãos, meia-irmãs, tias, tios, sobrinhas, sobrinhos ou uma babá ou empregada para crianças dependentes, solteiras e com menos de 19 anos de idade.

**Seguradora** significa a Unica Insurance Inc.

**Responsabilidade legal** significa a responsabilidade que os tribunais reconhecem e reforçam entre pessoas que se processam.

**Administradora do plano** significa a Travel Healthcare Insurance Solutions Inc., cujo nome fantasia é **guard.me**.

**Danos à propriedade** significa:

1. danos físicos a, ou destruição de, propriedade tangível;
2. perda de uso de propriedade tangível.

**Cônjuge** significa Seu cônjuge com quem você é casado legalmente ou uma pessoa com quem Você tem residido e que seja apresentada publicamente como Seu cônjuge.

**Todas as demais definições, condições, limitações, exclusões e cláusulas da Apólice de seguro de viagem internacional da guard.me às quais este Anexo pertence estão em vigor.**

Soluções de seguro de assistência médica para viagens  
(Travel Healthcare Insurance Solutions Inc.)

300 John Street, Suite 405,

Thornhill, Ontario L3T 5W4 CANADA

Tel: +1 (905) 731-8140 Ligação gratuita: 1-877-873-8447

Fax: +1 (905) 731-6676 Ligação gratuita: 1-866-329-8447

E-mail: [admin@guard.me](mailto:admin@guard.me)

Website: [www.guard.me](http://www.guard.me)

Registrado N.º ISO9001:2008

08 2013 TPL