

Apólice de Seguro 2014/2015

Livro de Políticas em vigor para detentores de apólices com data de início entre 1 de março de 2014 – 28 de fevereiro de 2015

Conteúdo

Guia do Procedimento a ser Executado em Caso de Sinistro	1
CareMed - Serviço Urgente de Assistência Médica 24 horas	2
Ficha Informativa do Produto	2
Preâmbulo do seu Contrato de Seguro CareMed	3
Seguradora ACE e avaliações	3
Informações Gerais sobre o Seguro de Viagem CareMed	4
Resumo das Coberturas	5
Definições Gerais	6
Seguro de Saúde/Acidente em Viagem (HA)	7
Cobertura de desportos perigosos (X)	8
Seguro de Viagem de Emergência (E)	8
Seguro de Acidente de Viagem (I)	8
Assistência de Viagem (T)	9
Seguro de Bagagem de Viagem (L)	9
Limitações & Exclusões Gerais	10
Regras Gerais e Obrigações -Para Todos os Benefícios	11
Seguro de Responsabilidade Civil em Viagem (3)	12
Definições de Seguro de Responsabilidade Civil	13
Exclusões relativas ao Seguro de Responsabilidade Civil	13
Regras Gerais e Obrigações do Benefício de Responsabilidade Civil	14
Formulário médico de sinistros	16

Guia do Procedimento a ser Executado em Caso de Sinistro

Quando viajar fora dos EUA, pode escolher livremente o estabelecimento médico. Se precisar de ajuda para localizar um tal estabelecimento na sua área, entre em contato com a CareMed Assist.

Quando estiver nos EUA, o acesso a serviços médicos com cobertura é fornecido pela "PHX Preferred Provider Network/The First Health Network". Para obter referências, ligue para o número de emergência gratuito do Centro de Assistência ou visite o website da CareMed em www.caremed-assistance.com.

Observe gentilmente que ao telefonar ou visitar um médico ou uma instituição médica, deve certamente apresentar a sua confirmação do seguro CareMed e mencionar que é "Assegurado pelo Plano de Seguro CareMed, que faz parte da First Health Network". Se estiver viajando fora dos EUA, poderá utilizar qualquer provedor/instituição de serviços médicos de sua escolha. Se necessitar assistência ao localizar um médico/instituição médica na sua área, deve contatar o CareMed Assist, ou o nosso centro de assistência 24 horas.

Existem dois Centros de Sinistros ou Centrais de Assistência que elaboram os requerimentos para o seguro de viagem internacional CareMed. O Centro de Sinistros, que irá atendê-lo, baseia-se no país para onde pretende viajar.

Centro de Sinistros 1

Se o seu destino de viagem for: A América do Norte e do Sul
CareMed Claims
CISI Departamento de Sinistros
1 High Ridge Park
Stamford, CT 06905, USA
Horas de expediente: 8 - 17 EST
Telefone: +1 203-399 5130
Telefone: +1 866-404 20 62 (premir 1)
Fax: +1 203-399 55 96
E-mail: Claimhelp@culturalinsurance.com

Centro de Sinistros 2

Se o seu destino de viagem for: Qualquer outro país que não esteja situado na América do Norte ou do Sul

CareMed Claims
ACE European Group Limited
Direktion für Deutschland
Lurgiallee 10
60439 Frankfurt, Germany
Horas de expediente: 8.30 - 17 CET
Telefone: + 49 (0)69-756 13 6722
Fax: +49 (0)69-756 13 4350
E-mail: infoah.claims@acegroup.com

- Num prazo de 60 dias a partir do tratamento médico realizado, envie por correio, e-mail ou fax num só envelope os seguintes documentos à Central de Assistência apropriada mencionada acima (pode enviar todos os documentos por e-mail previamente; se for necessário, o nosso pessoal de sinistros solicitará os documentos originais):
 - O formulário de avisos de sinistro preenchido completamente pelo Segurado ou pelo seu representante legal.
 - Todas as faturas discriminadas, comprovantes e documentos relacionados com o caso de sinistro (lembre-se de fazer cópias para manter em seus próprios arquivos).
 - Os relatórios médicos incl. relatórios cirúrgicos, relatórios de laboratório, radiografias etc.

A Seguradora reserva-se o direito de não-pagamento, se o motivo e a necessidade para o tratamento não puderem ser estabelecidas, como consequência de ter mandado o aviso em forma atrasada ou incompleta.

- Ligue para o Serviço Médico de Emergência de 24 horas antes de ser internado num hospital como paciente e antes de iniciar alguma intervenção cirúrgica.
- Apresente a confirmação CareMed ao seu médico antes de receber um tratamento médico.
- O médico ou qualquer outro tipo de provedor de serviços médicos talvez entre em contato com o número da Central de Assistência ou de CareMed Assist a fim de obter confirmação dos benefícios.
- O Segurado e o médico do Segurado deverão preencher o formulário referente ao caso de sinistro. Para obter mais formulários, dirija-se ao CareMed, visite a website do CareMed www.caremed-assistance.com ou consulte o centro de sinistro. Uma fotocópia do formulário em branco é suficiente para reclamações futuras.
- Existem muitas ocasiões nas quais o Segurado será solicitado a realizar pagamentos para o médico/a instituição médica antes de receber assistência médica. Se esta situação ocorrer, recomendamos o seguinte procedimento:
 - Contate a CareMed Assist e explique a situação. A CareMed Assist poderá confirmar ao médico/à instituição médica os Benefícios, Termos e Condições do seguro e de que o Senhor está qualificado.
 - Se necessário, a CareMed Assist pode fornecer ao médico/à instituição médica uma Carta de Garantia.
 - Se o médico/a instituição médica ainda exigir ao Segurado para realizar o pagamento adiantado, tudo o que o Segurado deve fazer, é preencher um formulário de reclamação CareMed e apresentar a reclamação com todas as informações pertinentes, como mencionado na secção Disposições relativas a Reclamações.

Caso tenha alguma pergunta geral sobre o plano de seguro de viagens CareMed, poderá consultar a website de CareMed www.caremed-assistance.com ou entrar em contato com CareMed Assist. Se tiver perguntas sobre algum caso de sinistro existente, dirija-se à Central de Assistência.

CareMed Assist - Serviço urgente de assistência médica 24 horas

Seu programa de seguro CareMed inclui assistência CareMed, um serviço urgente mundial de assistência médica durante as 24 horas do dia. Ajuda e assessoria oferecida em várias línguas estão à disposição do Segurado em caso de emergência durante o período de vigência da apólice. Para conseguir acesso a estes serviços, deverá telefonar a CareMed Assist, discando um dos números indicados abaixo. Por favor, observe que o número discado é baseado no país para onde quer viajar.

CareMed Assist Números de Emergência e e-mail para Serviço Médico 24 horas:

Estados Unidos & Canadá
1-855-657-3434 (gratuito)

Qualquer outro destino
+49 (0)89 500 70-175

E-mail: caremed-assist@axa-assistance.de

- CareMed Assist deverá aprovar e arranjar todo tipo de serviços de transporte médico coberto por esta apólice. Caso não possa entrar em contato com CareMed Assist, antes de organizar os seguintes serviços de transporte, poderá surgir uma recusa ou redução do pagamento em caso de sinistro.
 - Regresso do Segurado ao seu país de residência
 - Transporte e ajuda subsidiária para os pais
 - Repatriação do defunto
- A seguir, é apresentado um breve resumo dos serviços adicionais fornecidos pela CareMed Assist

Assistência Médica

- Serviço de transferência para a First Health Network
- Vigilância médica
- Restituição e envio de medicamentos que requerem receita
- Transmissão de mensagens de emergência

Assistência de viagem

- Assistência que consiste na disponibilidade de dinheiro contado em casos de emergência (a CareMed Assist pode ajudá-lo a obter fundos para emergências de viagem, coordenando diretamente com a sua família ou a sua empresa de cartão de crédito, banco, empregador, patrocinador de plano ou outras fontes de crédito)
- Serviço de busca da bagagem perdida ou atrasada caso a perda tenha acontecido numa empresa de transporte comum
- Reposição de bilhetes de voo perdidos ou roubados

Assistência técnica

- Localização de serviços legais
- Serviços sob fiança

Ficha Informativa do Produto

Esta ficha informativa destina-se a fornecer uma visão geral rápida das várias opções disponíveis. No entanto, tenha em atenção que esta ficha não contém todas as informações relacionadas com a sua apólice. Para obter uma versão completa do conteúdo da apólice, consulte os termos e condições do seguro. As opções de cobertura de seguro abaixo apenas são válidas se forem expressamente concluídas por si, ou seja, incluídas na cobertura de seguro seleccionada!

De que tipo de seguro se trata?

O Plano de Seguro de Viagem Internacional CareMed é um seguro de viagem válido por um período limitado durante a sua estadia no estrangeiro. O âmbito do seguro e os benefícios individuais associados à sua apólice são determinados pelo plano de seguro seleccionado.

Qual é o âmbito da sua cobertura de seguro?

a) Seguro de Saúde/Acidente em Viagem (HA)

O Seguro de Saúde/Acidente em Viagem cobre tratamento médico essencial para doença ou lesão sofrida em viagem no estrangeiro durante o seu período de cobertura. Este seguro

inclui tratamento médico, tratamento hospitalar e medicação. Para obter uma descrição completa da cobertura prestada, consulte a secção "Seguro de Saúde/Acidente em Viagem", na página 6 abaixo.

b) Seguro contra Danos de Acidente de Viagem (I)

Se adquirir os benefícios contra Danos de Acidente em Viagem, o plano paga uma soma única (benefícios de invalidez) caso venha a sofrer de deficiência permanente resultante de um acidente (como, por exemplo, mobilidade limitada, paralisia ou amputação). O nível de benefícios de invalidez depende da soma segurada acordada e do grau de disfunção. Para obter uma descrição completa da cobertura prestada, consulte a secção "Seguro contra Danos de Acidente de Viagem", na página 6 abaixo.

c) Seguro de Assistência de Viagem (T)

Se o seu plano de seguro incluir um Seguro de Assistência de Viagem, a Seguradora cobre despesas de transporte e alojamento para familiares próximos, em caso de internamento devido a uma condição potencialmente fatal ou em caso de possível internamento como doente internado durante um determinado período de tempo. Para obter uma descrição completa do Seguro de Assistência de Viagem (T), consulte a secção "Assistência de Viagem", na página 7 abaixo.

d) Seguro de Bagagem de Viagem (L)

Se adquirir os benefícios do Seguro de Bagagem de Viagem, este plano cobre bagagem perdida ou danificada ou bagagem perdida ou danificada como resultado de roubo, incêndio ou condições climáticas. Para obter uma descrição completa da cobertura prestada, consulte a secção "Seguro de Bagagem de Viagem", na página 7 abaixo.

e) Seguro de Responsabilidade Civil em Viagem (3)

Se a sua apólice de seguro incluir um Seguro de Responsabilidade Civil em Viagem, durante a sua viagem irá estar coberto contra os perigos do quotidiano pelos quais é responsável, sendo que tem de remunerar terceiros pelos mesmos. Nesses casos, a Seguradora não só regula os danos, como também verifica se, e em que medida, existe uma responsabilidade de indemnização. As reclamações injustificadas de indemnização são revistas e geridas pela Seguradora em seu nome e, nesta medida, o plano fornece ainda protecção legal em caso de reclamações de responsabilidade injustificadas. Para obter uma descrição completa da cobertura prestada, consulte a secção "Seguro de Responsabilidade Civil em Viagem", na página 11 abaixo.

Quando é necessário pagar os prémios?

Os prémios do seguro devem ser pagos à CareMed antes do início do seguro. Nos casos em que a apólice é enviada após o início da cobertura, o prémio deve ser pago no prazo de 14 dias a contar da recepção da apólice.

O que não está segurado?

Alguns eventos encontram-se excluídos da cobertura de seguro. Em particular, não existe cobertura de seguro para as seguintes situações, em todos os campos: se o titular da apólice ou a Pessoa Segurada instigou intencionalmente o evento coberto pelo seguro.

- No âmbito do Seguro de Saúde/Acidente em Viagem:

Qualquer lesão ou doença decorrente de uma condição pré-existente.

- No âmbito do Seguro contra Danos de Acidente de Viagem:

Para acidentes causados por embriaguez ou consumo de estupefacientes. Acidentes causados por perturbações mentais ou disfunções a nível da consciência.

- No âmbito do Seguro de Bagagem de Viagem:

Dinheiro, títulos, bilhetes e documentos de qualquer natureza e jóias/valores deixados na bagagem de *check-in* e no interior de veículos estacionados.

- No âmbito da Assistência de Viagem:

Disposições que não tenham sido coordenadas pela CareMed Assist.

- No âmbito do Seguro de Responsabilidade Civil em Viagem:

Para danos de itens emprestados, arrendados ou alugados ou da propriedade da família anfitriã.

Quais são as obrigações resultantes da conclusão do contrato?

No momento da conclusão do contrato, deverá revelar todas as informações, de forma completa e fiel. Se não o fizer, colocará em risco a sua cobertura de seguro.

Quais são as obrigações que deve cumprir no caso de ocorrer um evento coberto pelo seguro?

Certifique-se de que o dano incorrido é o mais pequeno possível. Evite tudo o que possa levar a um aumento desnecessário dos custos. Notifique de imediato a Seguradora acerca do dano incorrido. Para obter mais informações sobre obrigações, consulte "Obrigações e Provisões Gerais" e "Obrigações e Provisões Gerais para os Benefícios de Responsabilidade Pessoal" abaixo.

Quais são as consequências legais em caso de incumprimento das suas obrigações?

Muito importante: se violar as suas obrigações, a Seguradora reserva-se o direito de reduzir os benefícios devidos para um montante correspondente à gravidade da violação. Tal situação pode até mesmo levar à perda total da cobertura de seguro. Para obter mais informações sobre esta questão, consulte "Obrigações e Provisões Gerais" e "Obrigações e Provisões Gerais para os Benefícios de Responsabilidade Pessoal".

Quando começa a sua cobertura de seguro e quando termina?
A cobertura de seguro começa com o pagamento dos prémios assim que possível, embora só tenha início após a data acordada de começo, sendo que termina na data de fim acordada.

Preâmbulo do seu contrato de seguro de viagem internacional CareMed

A CareMed Ltd. oferece programas de seguro para viagens para o estrangeiro sob a marca CareMed®.

A companhia Seguradora é a ACE European Group Limited, que possui estabelecimentos em Frankfurt, Alemanha, a seguir sob a designação de "Segurador(a)".

Ouro (G), Prata (S) e Bronze (B) estabelecem o respetivo marco de benefícios no Plano de Seguro de Viagem da CareMed. As prestações podem acordar-se sem franquia - A - ou com uma franquia de €/US\$ 50 "B", €/US\$ 100 "C" ou €/US\$ 250 "D" por evento de sinistro.

No seguinte código de seguro explicam-se o tipo de prestação e o volume, a área de validade bem como o começo e o fim da cobertura do seguro, documentados no seu cartão de seguro CareMed. Este folheto contém as condições de seguro, inclusive as disposições complementares que possam existir, e o cartão de seguro CareMed.

Por favor, certifique-se de que leu cuidadosamente todas as restrições, exclusões e cláusulas deste plano de seguro, pois há situações não incluídas no âmbito da sua cobertura.

Códigos de seguro (indicado no seu "ID-card" e na apólice)

HA	-	Seguro de saúde/acidente de viagem
X	-	Cobertura de desportos perigosos
E	-	Seguro de viagem de emergência
I	-	Seguro de acidente de viagem
T	-	Seguro de assistência de viagem
L	-	Seguro de bagagem de viagem
3	-	Seguro de responsabilidade civil de viagem
Z1	-	Destinação: global incluindo EUA & Canadá
Z2	-	Destinação: global exceto EUA & Canadá
L	-	Período longo
S	-	Período curto
G	-	Plano CareMed Ouro (cobertura médica ilimitada)
S	-	Plano CareMed Prata (cobertura médica de até máx. €/US\$ 250.000)
B	-	Plano CareMed Bronze (cobertura médica de até máx. €/US\$ 50.000)
A	-	sem franquia
B	-	com uma franquia de €/US\$ 50,-
C	-	com uma franquia de €/US\$ 100,-
D	-	com uma franquia de €/US\$ 250,-

Exemplos dos códigos de seguro no número da apólice:

HAITL3Z1LGA

- Garantia integral do seguro (seguros de saúde/acidente de viagem, de acidente de viagem, de assistência de viagem, de bagagem de viagem e de responsabilidade civil de viagem)
- Global incluindo EUA & Canadá
- Período longo
- Prestação Ouro (G)
- sem franquia, no caso de despesas médicas

HAZ1LSB

- Seguro de saúde/Acidente de viagem
- Global incluindo EUA & Canadá
- Período longo
- Prestação Prata (S)
- com uma franquia de €/US\$ 50,-



Identidade da seguradora:

ACE European Group Limited
100 Leadenhall Street, Londres, EC3A 3BP
Registada em Inglaterra, n.º de sociedade: 1112892.
A ACE European Group Limited tem sido avaliada pela Standard & Poor's com o nível A+ e pela A.M. Best com A+.

Endereço para apólices

ACE European Group Limited
Direktion für Deutschland
Lurgiallee 10, 60439 Frankfurt am Main, Germany

Registo comercial: HRB Frankfurt 58029

A sede da sociedade localiza-se em Londres, Reino Unido.

Principal atividade comercial

A operação de todos os tipos de seguros pessoais e de propriedade (contudo, não de seguros de vida e de saúde), resseguros e venda e distribuição de todos os tipos de seguro.

Autoridade supervisora

A ACE European Group Limited é autorizada e regulada pela «Prudential Regulation Authority», 20 Moorgate, Londres EC2R 6DA, Reino Unido. Adicionalmente, a ACE Germany é regulada pela Autoridade Federal de Supervisão dos Serviços Financeiros (BaFin), Graurheindorfer Str. 108, 53117 Bona, www.bafin.de.

Informações relativas aos benefícios cobertos por seguro

Características essenciais / base legal

A base do contrato de seguro é composta pela candidatura do Segurado (se disponível), os presentes termos e condições de seguro, nas quais foram integradas as nossas disposições em matéria de tarifas, a sua apólice de seguro e a legislação relativa aos contratos de seguro [VVG].

O presente seguro protege o Segurado de ocorrências com os benefícios enumerados na apólice de seguro e definidos em seguida. Nós, na qualidade de seguradora, garantimos os benefícios acordados contratualmente no âmbito dos presentes termos e condições.

Custos e modo de pagamento

À excepção do prémio declarado na apólice de seguro (incl. o imposto de seguro previsto na lei), o Segurado não deve suportar outros custos pela celebração do contrato e cobertura de seguro. O prémio deve ser pago pelo Segurado através do modo de pagamento declarado na apólice de seguro;

Período de validade

Os presentes termos e condições podem sempre ser alterados por nós para contratos novos, contudo, não para contratos existentes.

Estamos vinculados à nossa oferta (orçamento) durante 30 dias.

Celebração do contrato

O contrato é celebrado através da nossa confirmação da cobertura. A data de início do contrato e da cobertura de seguro é a data enunciada na apólice de seguro,

Instruções relativas à revogação

1. Direito de revogação

O Segurado pode revogar a declaração contratual no prazo de 14 dias sem apresentação de motivos por escrito (por exemplo, carta, fax, e-mail).

O prazo tem início no dia seguinte à recepção da apólice de seguro, as disposições contratuais, incluindo os nossos Termos e Condições gerais de seguro, bem como as informações contratuais de acordo com o artigo 7.º, n.º 2, da lei relativa aos seguros de contrato e as presentes instruções por escrito.

Em transações eletrônicas (candidatura online ou celebração do contrato online), o prazo de revogação não terá início antes de também termos satisfeitos os deveres adicionais especialmente aplicáveis a esse método de venda de acordo com o § 312e, n.º 1, frase 1, BGB (formas de correção de erros de introdução de dados, confirmação da candidatura).

Para salvaguardar o prazo de revogação, é suficiente que a revogação seja enviada a tempo. A revogação deve ser enviada para CareMed: CareMed GmbH, Oscar-Romero-Allee 15, 53113 Bona, Alemanha, Endereço de e-mail: germany@caremed-travel.com.

2. Consequências da revogação

Em caso de revogação efetiva, a cobertura de seguro terminará e reembolsaremos ao Segurado a parte do prêmio relativo ao período de tempo após a recepção da revogação.

Podemos reter a parte do prêmio relativa ao período de tempo até à recepção da revogação se o Segurado tiver aprovado o início da cobertura de seguro antes da expiração do prazo de revogação. Se o Segurado não tiver cedido esse consentimento ou se a cobertura do seguro só tiver início após a expiração do prazo de revogação, reembolsaremos o prêmio total.

O reembolso de prêmios será imediato, o mais tardar 30 dias após a recepção da revogação.

3. Instruções especiais

O direito de revogação é excluído se o contrato for satisfeito plenamente por ambas as partes perante o desejo expresso antes do exercício do seu direito de revogação.

O direito de revogação não existe em caso de contratos com termo inferior a um mês.

Termos e condições da cessação

O contrato aplica-se ao período de tempo declarado na apólice de segurança.

Sistema legal e local de jurisdição:

O Direito alemão será aplicável à relação contratual. O local de jurisdição para ações decorrentes do contrato de seguro contra a ACE é Frankfurt am Main. Se o Segurado for uma pessoa singular, o decurso também terá jurisdição local no distrito em que tenha local de residência no momento em que a ação é interposta ou, na sua ausência, o local de permanência normal. Se o Segurado for uma pessoa singular, as ações decorrentes do contrato de seguro contra o mesmo deve ser interposta no tribunal que tem jurisdição no seu local de residência ou, na sua ausência, o local de residência normal. Se o Segurado for uma pessoa coletiva, o tribunal de jurisdição é determinado de acordo com a filial ou sede registada.

Se o local de residência, filial ou sede registada for um Estado no exterior da União Europeia, Islândia, Noruega ou Suíça, o local de jurisdição, pelo contrário, será em Frankfurt am Main.

Idioma do contrato:

O principal idioma da relação contratual e da comunicação com os Segurados durante o período contratual de validade será o inglês.

Ombudsman (provedor)

A nossa companhia é membro da associação de provedores de seguros. Assim, o Segurado pode usar os procedimentos de reconciliação gratuitos e extrajudiciais para produtos não relacionados com a saúde.

O Ombudsman (provedor) de seguros pode tratar queixas até ao atual valor do litígio de € 100,000.--.

No caso de decisões até ao valor de € 10,000.— nós comprometemo-nos a renunciar ao recurso ao tribunal e reconhecer o prêmio resultante da arbitragem do Ombudsman (provedor).

O provedor de seguros pode ser contactado em: beschwerde@versicherungsombudsmann.de
P. O. Box 080632, 10006 Berlin.

As queixas também podem ser interpostas na autoridade regulatória pertinente:

Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht (BaFin),
Graurheindorfer Straße 108, 53117 Bonn, www.bafin.de

A possibilidade de tomar uma ação legal não é afetada em caso de contato do Ombudsman ou do BaFin.

Informações gerais relativas ao seguro de viagem CareMed

Secção 1 Quem está Segurado?

Estarão seguradas as pessoas mencionadas pelo seu nome no requerimento de seguro ou na lista de requerentes, contanto que essas pessoas tenham no mínimo 6 anos de idade e não tenham atingido a idade de 70 anos no momento em que comece a vigor o seguro e contanto o requerimento tenha tido a confirmação anterior por parte CareMed, tenha sido comunicada ao Segurador e o pagamento do prêmio se tenha efetuado.

Secção 2 Para que viagem é válido o seguro?

Existirá cobertura num Programa/Viagem coberto com destinos de viagem por todo o mundo. Dividiremos estes lugares de destino em duas zonas:

- Zona 1 – viagens com destino para a Estados Unidos/Canadá.
- Zona 2 – viagens com destinos mundiais excetuando a Estados Unidos/Canadá.

A cobertura de seguro não se aplicará no país de residência do Segurado.

Secção 3 Quando começa a vigorar e quando vence o seguro?

1. A cobertura do seguro começará a vigorar às 00:01 horas, o mais tardar:
 - a) Na data efetiva escolhida pelo Segurado, contanto que o prêmio correspondente tenha sido pago antes de iniciar o Programa/a Viagem coberta pela apólice de seguro; ou
 - b) Na data em que CareMed aceitar o requerimento para a apólice e o prêmio; ou
 - c) No momento em que a Segurado abandonar o espaço aéreo do seu país de residência.
2. A cobertura de seguro vencerá o mais cedo:
 - a) Às 23.59 horas do dia determinado como fim do seguro na confirmação do seguro; ou
 - b) Ao voltar o Segurado ao seu país de residência; ou
 - c) Na data em que o prêmio foi pago.
3. A cobertura de seguro é garantida para uma estadia máxima de 13 meses que não deve ser excedida.
4. A cobertura de seguro será prolongada para além do fim do período de vigência especificado na confirmação do seguro, se:
 - a) A viagem do retorno do Segurado for adiada devido a atrasos no transporte por causas não imputáveis ao Segurado, porém até um máximo de 72 horas;
 - b) O Segurado estiver hospitalizado na data de vencimento do contrato de seguro e se for comprovado que esteja claramente inapto a ser transportado, a prorrogação não será superior a um prazo de 90 dias; e
 - c) Se for prolongada a duração do ano escolar por causa de um acontecimento inesperado. Neste caso, o Segurado deverá avisar CareMed com antecipação e deverão pagar-se prêmios complementares aplicáveis a esse ano da apólice antecipadamente ao período de prorrogação.

Se o Segurado recusar o pagamento do prêmio de prorrogação, a cobertura expirará na data de vencimento original marcada na confirmação do seguro.

Secção: 4 Pode o Segurado estender o prazo da apólice?

Os contratos de apólice originais não serão prolongados, porém, o Segurado poderá apresentar um novo requerimento de períodos de cobertura adicionais sujeitos às condições do seguro

disponível nessa altura. Não se cobrirão condições preexistentes num período consecutivo da apólice.

Secção: 5 Que limites de benefícios do seguro são aplicáveis? Os limites de prestações sob a apólice efetuam-se em moeda americana US\$ ou em € (euros), baseando-se no país para onde tiver viajado o Segurado:
A Estados Unidos & Canadá: Limites de benefícios indicados em dólares
Qualquer outro país, afora os países dos Estados Unidos & Canadá: Limites de benefícios em €

Resumo das Coberturas

As coberturas indicadas a seguir não estão disponíveis a todos os assegurados. O código da apólice na confirmação do seguro CareMed estabelece a cobertura do seguro que está à sua disposição. Por favor, consulte os códigos do seguro na página 10 para poder determinar o código da apólice e as coberturas válidas no seu caso.

Seguro de Saúde/Acidente (HA)	CareMed OURO	CareMed PRATA	CareMed BRONZE
Período de Benefícios:	Custos contraídos durante o período de cobertura do Segurado		
Despesas médicas em caso de lesão	cobertura ilimitada	€/US\$ 250.000	€/US\$ 50.000
Despesas médicas em caso de doença aguda	cobertura ilimitada	€/US\$ 250.000	€/US\$ 50.000
Opções com franquia – Por lesão ou doença	€/US\$ 0, 50, 100, 250	€/US\$ 0, 50, 100, 250	€/US\$ 0, 50, 100, 250
Retenção própria em casos de não emergência ao visitar a sala de emergências (só para Segurados da zona 1)	€/US\$ 250	€/US\$ 250	€/US\$ 250
Escolha do médico/hospital	Entre, por favor em contato com o provedor de serviços da Central de Assistência em caso de transferência do paciente a First Health Network; ou consulte www.caremed-assistance.com		
Tratamento odontológico de emergência – Alívio da dor	€/US\$ 500	€/US\$ 250	€/US\$ 100
Tratamento odontológico em caso de acidente	€/US\$ 1.500	€/US\$ 750	€/US\$ 500
Avaliação psiquiátrica	€/US\$ 500	€/US\$ 250	€/US\$ 100
Doença mental/nervosa	€/US\$ 500	€/US\$ 250	€/US\$ 100
Repatriação médica	€/US\$ 100.000	€/US\$ 50.000	€/US\$ 25.000
Repatriação em caso de morte	€/US\$ 10.000	€/US\$ 10.000	€/US\$ 7.500
Despesas médicas em caso de acidente	cobertura ilimitada	€/US\$ 250.000	€/US\$ 50.000
Paciente de ambulatório:			
Fisioterapia sem hospitalização	€/US\$ 750	€/US\$ 500	€/US\$ 250
Testes de diagnósticos sem hospitalização			
Diagnósticos com raios X e Serviços de Laboratório:	€/US\$ 1.000	€/US\$ 500	€/US\$ 500
Diagnóstico com scanners CAT e MRI:	€/US\$ 1.000	€/US\$ 1.000	€/US\$ 1.000
Recursos médicos	€/US\$ 250	€/US\$ 150	€/US\$ 100
Os benefícios médicos mencionados acima estão sujeitos às condições, limitações e exclusões desta apólice.			
Seguro de viagem de emergência (E)	CareMed OURO	CareMed PRATA	CareMed BRONZE
Tratamento odontológico de emergência – Alívio da dor	€/US\$ 500	-	-
Tratamento odontológico em caso de acidente	€/US\$ 1.500	-	-
Repatriação médica	€/US\$ 100.000	-	-
Repatriação em caso de morte	€/US\$ 10.000	-	-

Seguro de acidente de viagem (I)	CareMed OURO	CareMed PRATA	CareMed BRONZE
Morte	€/US\$ 13.000	€/US\$ 13.000	€/US\$ 13.000
*Invalidez total	máx. €/US\$ 50.000	máx. €/US\$ 50.000	máx. €/US\$ 10.000
Despesas de resgate e de salvamento	€/US\$ 5.000	€/US\$ 5.000	€/US\$ 5.000
*Cobre compensação por invalidez e perda de vida ou de algum membro. Todas as DESPESAS MÉDICAS a consequência de acidentes serão cobertos pelo seguro médico dentro dos limites de cobertura máximos respectivos.			
Assistência de viagem (T)	CareMed OURO	CareMed PRATA	CareMed BRONZE
Benefícios de Reunião familiar	€/US\$ 2.500	€/US\$ 2.000	€/US\$ 1.500
Interrupção de benefícios de viagem (por um período longo mais de 3 meses)	€/US\$ 2.000	€/US\$ 1.500	€/US\$ 1.000
Seguro de bagagem (L)	CareMed OURO	CareMed PRATA	CareMed BRONZE
Com franquia por todo evento (não se aplica a bagagem despachada)	€/US\$ 50	€/US\$ 50	€/US\$ 50
Roubo/Furto / dano de bens pessoais	€/US\$ 1.500	€/US\$ 1.000	€/US\$ 500
Relógios e objetos de valor – 50 %, da soma segurada	€/US\$ 750	€/US\$ 500	€/US\$ 250
Demora de bagagem despachada	€/US\$ 500	€/US\$ 500	€/US\$ 500
Oculos e lentes de contato	€/US\$ 250	€/US\$ 250	€/US\$ 250
Bilhete de voo perdido	€/US\$ 100	€/US\$ 100	€/US\$ 100
Seguro de responsabilidade civil de viagem (3)	CareMed OURO	CareMed PRATA	CareMed BRONZE
Responsabilidade Civil	€/US\$ 1.000.000	€/US\$ 100.000	€/US\$ 50.000
Danos de bens	€/US\$ 150.000 O total de responsabilidade civil e de danos de bens não devem ultrapassar o valor de €/US\$ 1.000.000	€/US\$ 25.000 O total de responsabilidade civil e de danos de bens não devem exceder a soma de máx. €/US\$ 100.000	€/US\$ 15.000 O total de responsabilidade civil e de danos de bens não devem exceder a soma de máx. €/US\$ 50.000
O limite TOTAL da cobertura de Responsabilidade Civil por Segurado equivale ao limite indicado acima			

Definições gerais

Agudo significa, tendo um ataque rápido, não crônico.

Automóveis significa um veículo motorizado terrestre, caravana ou semi-remolque (incl. qualquer maquinaria o aparelho fixado a esta) aprovado ou autorizado oficialmente para circular sobre estradas públicas.

Seguradora significa ACE European Group Limited

Viagem/programa coberto significa qualquer tipo de viagem programada no estrangeiro, indicado no requerimento para que o Segurado efetuou o pagamento do prêmio para CareMed. Esta apólice não se aplicará quando o Segurado estiver no seu lugar de residência permanente.

Doença crônica significa uma condição que é duradoura e recorrente ou é caracterizada por sofrimento prolongado.

Pessoa elegível denota uma pessoa que ainda não tem atingido a idade de 70 anos ao começar o período de vigência da apólice, cujo registro tenha sido confirmado e aceito pela Central de Assistência antes da data de início da vigência do seguro, e além disso implica a notificação da Seguradora que o pagamento do prêmio apropriado foi efetuado.

Desportos extremos significa a prática atlética potencialmente perigosa o de alto risco.

País de residência significa o país onde a pessoa segurada 1) mantém sua residência verdadeira, fixa e permanente; e 2) a declarou à CareMed no momento de sua inscrição.

Hospital significa, exceto se for indicado de outra maneira, um Hospital (a diferença numa instituição para anciãos, de convalescentes ou doentes crônicos, asilos, residências de assistência e cuidados) administrado conforme à lei, para fins de cuidar de doentes ou tratar de feridos e equipado de instalações organizadas e especializadas para a realização de diagnósticos e intervenções cirúrgicas, um lugar que oferece serviço de assistência contínuo aos doentes durante as 24 horas e supervisão médica. Significa além disso um lugar que:

1. está sob administração legal com o objetivo de oferecer cuidado e tratamento curativo a doentes e feridos a quem se exige uma taxa obrigatória a pagar na ausência do seguro.
2. oferece tais serviços de cuidados e tratamento em complexos médicos, de diagnósticos, ou para exercer intervenções cirúrgicas nas suas premissas, ou as organizadas previamente para o seu uso;
3. oferece serviço de atenção de doentes contínuo as 24 horas do dia sob a supervisão dum Enfermeira Registada disponível em todos os momentos; e
4. opera sob a supervisão dum pessoal consistente em um ou mais Doutores. Hospital também significa um lugar que está acreditado como tal pela Joint Commission on Accreditation of Hospitals, American Osteopathic Association, ou a Joint Commission on Accreditation of Health Care Organizations (JCAHO).

Hospital não significa:

- um asilo ou estabelecimento destinado para convalescentes, residência de assistência, ou um asilo para anciãos;
- um lugar que fornece, sobretudo, Cuidado de Custódia, Educativo ou Reabilitativo; ou
- uma instalação com uso principalmente no tratamento de toxicômanos ou alcoólicos.

Família anfitriã significa uma pessoa ou pessoas responsáveis pelo abastecimento dum alojamento ao Segurado, pensão, bem-estar geral, e cuidado ou atenção durante a Viagem/Programa Coberto.

Segurado significa uma Pessoa Elegível durante o período de cobertura desta apólice.

Lesão significa lesão causada apenas e diretamente por meios violentos, acidentais, externos e visíveis, independentemente de doença.

Doença significa enfermidade ou moléstia de qualquer tipo contraída ou com o seu início enquanto este plano vigorar. Qualquer complicação ou condição originada fora de uma doença, que o Segurado estiver sendo tratado ou recebeu tratamento, será considerada como parte da doença original.

Médico denota um doutor que exerce a medicina ou um doutor de osteopatia clinicando para prestar serviços médicos ou executar intervenções cirúrgicas de acordo às leis de jurisdição vigentes no local onde se oferecem estes serviços profissionais. Contudo, esta definição excluirá os quiropráticos e fisioterapeutas.

Franquia refere-se ao valor dos custos cobertos cuja responsabilidade de pagamento recai sobre o Segurado antes de se efetuar o reembolso por uma assistência dentro do âmbito deste plano.

Período de assistência significa o período no qual o assegurado tem garantido o tratamento de uma lesão ou doença cobertas pelo seguro.

Membro da família significa o marido/a esposa, os pais, os avós, os irmãos ou os filhos da pessoa segurada.

Mental e nervosa significa qualquer condição ou doença listada na última edição da Classificação Internacional de Doenças como uma doença mental, que apresente um distúrbio psicológico ou comportamental significativo do ponto de vista clínico, marcada por um desvio pronunciado de um estado de saúde normal e associada a um sintoma ou a uma disfunção existente dolorosa em uma ou em várias áreas importantes do funcionamento. Esta doença não deve ser meramente uma resposta esperada a um estímulo específico. Doença mental não significa incapacidades de aprendizagem, distúrbios comportamentais nem problemas de disciplina.

Montanhismo include a prática aficionada o profissional de I percurso pedestre na montanha o escalada, utilizando 1) arnês, cordas, crampons, mosquetão o piolet, o 2) subindo a mais de 4.500 metros de altitude o mais.

Franquia para uma doença não grave tratada na sala de emergências significa o valor dos custos cobertos cuja responsabilidade de pagamento recai sobre o Segurado quando este não for internado como paciente no hospital, embora os serviços de assistência médica tenham sido realizados para uma doença na sala de emergências. Esta dedução não será exigida quando: 1) O Assegurado foi admitido no hospital como paciente, ou 2) a doença é fatal. Para efeitos da presente definição, define-se risco de vida como uma forte possibilidade de que a doença ou a situação vai matá-los.

Estacionário significa que o Segurado foi internado numa instituição de saúde ou quando a internação e os cuidados dispensados foram cobrados.

Ambulante significa que o Segurado foi atendido num hospital ou numa outra instituição de saúde, inclusive num centro cirúrgico ambulante, numa instituição médica ou de reabilitação, ou num consultório médico em caso de doença ou lesão que foi confirmada, mas não foi apresentada fatura de despesas com internação ou cuidados.

Paraquedismo é uma actividade que envolve a queda livre a partir de um avião e utilizando um pára-quadras.

Período de vigência do seguro significa o período da apólice especificado pela Seguradora ao Segurado que se inicia a partir do início da cobertura do seguro e termina quando esta cobertura termina.

Doença já existente refere-se a qualquer lesão ou doença que satisfaça os seguintes critérios: uma ou mais condições que tenham levado uma pessoa a procurar aconselhamento médico, diagnósticos, cuidado ou tratamento durante um período de 12 meses antes da data efetiva da cobertura do seguro e/ou uma ou mais condições para

as quais se recomendou, se recebeu ou se observou a manifestação, o aconselhamento médico, o diagnóstico, cuidado ou tratamento durante um período de 12 meses antes da data efetiva da cobertura do seguro.

Prescrições:

1. Deve ser prescrita pelo médico, como resultado de uma lesão ou doença passível de cobertura pelo Plano de Seguro CareMed
2. As prescrições são sempre pagas adiantado (pagar e submeter). O segurado deve preencher e submeter um formulário de reclamação para reembolso.
3. A receita de prescrição deve ser submetida juntamente com o Formulário de Reclamação (desculpe, as receitas do comércio generalista não são aceitáveis).

Razoável e habitual para o local de atendimento significa que o valor máximo estabelecido pela Seguradora é razoável e habitual no local para cobrir as despesas do atendimento e é repassado à pessoa segurada, desde que a fatura seja apresentada. A estipulação do valor pela Seguradora leva em consideração:

- Os valores calculados por outros prestadores de serviço para os mesmos tipos de assistência ou um tipo de assistência semelhante na instituição em que foram efetuados, considerando-se o tipo e a gravidade da lesão corporal ou da doença, em relação às prestações de serviços e assistência dispensada obtidos;
- Cada situação médica corriqueira, períodos adicionais, competência ou experiência exigidos e
- Outros fatores relevantes do ponto de vista da Seguradora, inclusive o alcance de valor relativo e com base nos recursos, mas não se restringindo a ele.

A reabilitação é coberta como descrito a seguir:

Paciente estacionário: Somente no hospital, os centros de reabilitação não estão cobertos. Paciente ambulante: Os centros de reabilitação estão cobertos no limite descrito no benefício de fisioterapia.

Seguro de Saúde/Acidente em Viagem (HA)

A Seguradora deverá pagar todas as Despesas Cobertas incorridas durante a viagem do Segurado no estrangeiro com motivo de tratamento de uma doença grave ou lesão, até ao valor limite referido na Tabela de Benefícios. Por Despesas Cobertas entendem-se todas as despesas medicamente necessárias incluídas na lista abaixo e que não se encontram excluídas na parte referente a Exclusões e Limitações:

- a) Honorários razoáveis e habituais feitos por um médico em caso de diagnóstico, tratamento e cirurgia. Além disso, o Segurador pagará os custos, os métodos de análise e os curativos, bem como os medicamentos cujo sucesso e reconhecimento gozam de acreditação ou têm-se posto em prática devido à indisponibilidade de métodos curativos ou de análise ou medicina tradicionais. O Segurador pode reduzir o valor de cobertura remunerado sob a apólice no valor que teria surgido em caso de aplicação de métodos e medicamentos existentes;
- b) Os tratamentos e exames necessários por motivos de gravidez também são considerados Eventos Segurados, desde que a gravidez não seja pré-existente à data de início da cobertura do seguro. O período de carência antes do parto é de 8 meses, a contar a partir do início da cobertura do seguro, ou a partir do início da prorrogação, caso se trate de uma prorrogação do contrato inicial. Se a gravidez for pré-existente à data de início do contrato de seguro, a cobertura inclui os exames e tratamentos pré-natais, o parto e os abortos, se necessário, nos casos de declínio acentuado e imprevisto da saúde da mãe ou do feto.

Despesas de tratamento:

- exames e tratamentos de gravidez, excepto nos casos em que a gravidez já existia na data de início do contrato de seguro ou de renovação do contrato;
 - tratamento para aborto espontâneo;
 - parto, após o período de carência;
- c) Tratamento curativo e preparados prescritos por um médico clinicado para o Segurado;
 - d) Cuidado estacionário em hospitais de reconhecimento geral;

- e) Transporte, segundo se achar necessário por razões médicas, ao hospital mais próximo na área geográfica acordada para fins de cuidado a paciente internado e transporte de volta ao alojamento do Segurado;
- f) De aparelhos auditivos, e auxílios fonatórios, muletas, aparelhos de apoio ortopédicos, palmilhas ortopédicas, sapatos ortopédicos, bandagens, cintas para hérnias, meias-calças ortopédicas, próteses e cadeiras de roda. A Seguradora reembolsará as despesas ou o aluguel na versão mais simples inclusive o preço de compra destas ajudas ou aparelhos que são de necessidade médica para um tratamento curativo de doença ou lesão aguda;
- g) Despesas de hospitalização: acomodação padrão semiprivada e taxa de pensão cobrada para alojamento e alimentação do paciente internado, inclusive os direitos exigidos pelo serviço normal de assistência aos doentes, cuidados intensivos e tratamento da coronária. Tratamento do paciente internado reembolsar-se-á igualmente ao não internado. Caso a estada hospitalar for na República Federal da Alemanha a cobertura do seguro limita-se às despesas das prestações hospitalárias gerais, bem como os benefícios correspondentes à hospitalização, prestações médicas e despesas adicionais;
- h) Despesas de cirurgia a paciente internado ou em base ambulante incl. os honorários relativos à sala de operações e os relativos ao custo e à administração de anestesia;
- i) Medicamentos prescritos por um médico;
- j) Radiografias, exames de laboratório e diagnósticos: honorários para serviços técnicos e diagnósticos;
- k) Preparados médicos e aparelhos de medicina: com limitação a um período de 60 dias;
- l) Doença mental: apenas as despesas incorridas em consequência de Tratamento ou Medicação para Doença mental, quer no caso de um paciente internado, quer no caso de um paciente não internado;
- m) Avaliação psiquiátrica a fim de determinar uma doença, mas não a psicoterapia;
- n) Fisioterapia estacionária e ambulante;
- o) Diagnósticos com raios X sem hospitalização e Serviços de Laboratório até um valor máximo de \$500 por período da apólice. Diagnósticos com scanners CAT e MRI até um valor máximo de \$1.000 por período de apólice;
- p) Tratamento odontológico de emergência para aplacar as dores e manter os dentes são e naturais.
- q) Com respeito ao tratamento dental depois da ocorrência dum acidente, uma condição dental elegível significa reparação de emergência ou reposição de dentes por dentes naturais e são que ficaram estragados após a ocorrência dum acidente coberto pela apólice.

Nem a Seguradora nem CareMed Assist serão responsáveis da disponibilidade, quantidade e qualidade ou do sucesso de qualquer e todo tratamento médico oferecido ao Segurado ou da recusa por parte do Segurado de aceitar qualquer assistência médica que lhe seja oferecida.

TRANSPORTE/ REPATRIAÇÃO MÉDICA

1. As despesas relativas a toda operação de transporte organizada pela CareMed Assist e que segundo CareMed Assist se considerar de necessidade médica serão reembolsadas pela Seguradora com o fim de trasladar o Segurado em caso de doença aguda ou de lesão, desde que consideradas no âmbito da cobertura do seguro. O Segurador também assumirá o pagamento dos seguintes custos de necessidade médica para a realização do transporte do Segurado:
 - a) ao hospital adequado mais próximo,
 - b) a um hospital adequado perto do lugar de residência permanente do Segurado ou a um hospital no país de domicílio do mesmo.
2. Sempre e quando for possível, o bilhete do voo de volta do Segurado será utilizado para o transporte de regresso.
3. Se o Segurado não for fisicamente capaz de continuar as actividades devido a um ferimento ou doença cobertos exigidas no âmbito do programa (por exemplo, ama, estágio, trabalho e viagem), a repatriação médica será considerada medicamente aconselhável e razoável. O Segurado reembolsará todos os custos adicionais se for necessário realizar um upgrade do bilhete.

TRATAMENTO MÉDICO NO PAÍS DE RESIDÊNCIA PERMANENTE:

Se não for de aguda necessidade obter serviços médicos caros ou tratamento de necessidade médica de maneira imediata e se as despesas relativas ao tratamento no país de residência ultrapassarem os custos contraídos para a realização do transporte do Segurado ao seu lugar de residência e se o estado de saúde do Segurado permitir tal transporte, o Segurador terá o direito de decidir pelo transporte do Segurado ao seu lugar de residência permanente a expensas do Segurador com fins de efetuar o tratamento ali. As despesas médicas de tal tratamento no país de residência não serão reembolsadas pela Seguradora. Os relatórios médicos sobre o estado de saúde do Segurado formarão a base dessa decisão. Se a Seguradora se decidir por transportar ao Segurado ao seu lugar de residência permanente e se o Segurado insistir, todavia, em submeter-se a tratamento no país anfitrião, as despesas do tratamento serão a responsabilidade exclusiva do Segurado. Neste caso, a Seguradora só reembolsará a soma que surgir em relação ao transporte ao lugar de residência permanente. A Seguradora reembolsa esta quantidade ao Segurado diretamente. O Segurado tem que decidir-se no prazo de 72 horas após ter recebido notificação por parte da Seguradora com respeito a sua decisão sobre o transporte.

REPATRIAÇÃO DE RESTOS MORTAIS

Os custos diretos de repatriação de restos mortais serão reembolsados pela Seguradora contanto que a Central de Assistência CareMed Assist tiver apresentado anteriormente a sua aprovação e que esta tiver organizado o transporte. Em caso da morte dum Segurado, este programa acarretará os custos contraídos para obter a autorização necessária por parte do governo, bem como assumirá a preparação e o transporte dos restos do Segurado ao seu lugar de residência ou ao lugar do enterro, de embalsamamento, de incineração em féretro ou caixão aéreo minimamente necessários.

Cobertura de desportos perigosos (X)

As despesas médicas incorridas no tratamento de lesões sofridas durante a prática de um desporto perigoso são cobertas até um máximo de \$50.000 (cinquenta mil dólares). Os desportos perigosos incluem:

- conduzir uma mota de neve, mota de água, motociclo, veículos todo-o-terreno ou scooter;
- mergulho com equipamento de respiração, desde que seja certificado pela PADI ou NAUI; o com um certificado reconhecido no país receptor;
- esqui aquático, asa-delta, parapente, paraquedismo, bungee jumping, tirolesa, espeleologia, snowboard;
- artes marciais (por exemplo, boxe, taekwondo, karaté), rafting, montanhismo e escalada sob a supervisão de um instrutor/guia;
- qualquer actividade patrocinada pela organização, escola/universidade participante e a que o Titular pertence ou estância de férias onde o Titular esteja hospedado.

A cobertura de desportos perigosos não inclui a cobertura de actividades consideradas como sendo desportos extremos.

Seguro de Viagem de Emergência (E)

A Seguradora deverá pagar todas as Despesas Cobertas incorridas durante a viagem do Segurado no estrangeiro com motivo de tratamento de uma doença grave ou lesão, até ao valor limite referido na Tabela de Benefícios. Por Despesas Cobertas entendem-se todas as despesas medicamente necessárias incluídas na lista abaixo e que não se encontram excluídas na parte referente a Exclusões e Limitações:

- Tratamento odontológico de emergência para aplacar as dores e manter os dentes sãos e naturais.
- Com respeito ao tratamento dental depois da ocorrência dum acidente, uma condição dental elegível significa reparação de emergência ou reposição de dentes por dentes naturais e sãos que ficaram estragados após a ocorrência dum acidente coberto pela apólice.

Nem a Seguradora nem CareMed Assist serão responsáveis da disponibilidade, quantidade e qualidade ou do sucesso de

qualquer e todo tratamento médico oferecido ao Segurado ou da recusa por parte do Segurado de aceitar qualquer assistência médica que lhe seja oferecida.

TRANSPORTE/REPATRIAÇÃO MÉDICA

1. As despesas relativas a toda operação de transporte organizada pela CareMed Assist e que segundo CareMed Assist se considerar de necessidade médica serão reembolsadas pela Seguradora com o fim de trasladar o Segurado em caso de doença aguda ou de lesão, desde que consideradas no âmbito da cobertura do seguro. O Segurador também assumirá o pagamento dos seguintes custos de necessidade médica para a realização do transporte do Segurado:

- ao hospital adequado mais próximo,
- a um hospital adequado perto do lugar de residência permanente do Segurado ou a um hospital no país de domicílio do mesmo.

2. Sempre e quando for possível, o bilhete do voo de volta do Segurado será utilizado para o transporte de regresso.

3. Se o Segurado não for fisicamente capaz de continuar as actividades devido a um ferimento ou doença cobertos exigidas no âmbito do programa (por exemplo, ama, estágio, trabalho e viagem), a repatriação médica será considerada medicamente aconselhável e razoável. O Segurado reembolsará todos os custos adicionais se for necessário realizar um upgrade do bilhete.

REPATRIAÇÃO DE RESTOS MORTAIS

Os custos diretos de repatriação de restos mortais serão reembolsados pela Seguradora contanto que a Central de Assistência CareMed Assist tiver apresentado anteriormente a sua aprovação e que esta tiver organizado o transporte. Em caso da morte dum Segurado, este programa acarretará os custos contraídos para obter a autorização necessária por parte do governo, bem como assumirá a preparação e o transporte dos restos do Segurado ao seu lugar de residência ou ao lugar do enterro, de embalsamamento, de incineração em féretro ou caixão aéreo minimamente necessários.

Seguro de Acidente de Viagem (I)

A Seguradora proverá benefícios de seguro em relação à soma principal acordada para o seguro em conformidade com a tabela RESUMO DAS COBERTURAS, se um acidente durante a viagem levar à morte ou invalidez permanente do Segurado.

Um acidente será considerado como ocorrido:

- se o Segurado sofrer involuntariamente danos à saúde como resultado de uma ocorrência que provoque um impacto externo e repentino em seu corpo;
- se, devido a esforço excessivo, uma articulação das extremidades ou da coluna vertebral for deslocada, ou músculos, tendões, ligamentos ou cápsulas sofrerem estiramento ou rompimento.
- se o acidente que foi a causa dos danos acontecer durante o período de vigência da apólice.

Caso o acidente leve à morte do Segurado no prazo de um ano, a Seguradora pagará aos herdeiros a soma segurada conforme acordado na apólice de seguro.

Caso o acidente resultar em dano permanente das funções físicas ou mentais (invalidez) do Segurado, o Segurado terá direito de pedir o benefício com base no montante Segurado para o caso de invalidez. A invalidez deverá ter ocorrido no prazo de um ano após o acidente, e deverá ser constatada e declarada dentro de um prazo de 15 meses após o acidente por escrito por um médico.

Os benefícios de invalidez a pagar dependerão do grau de invalidez e da parte do corpo durável afetada. Excluindo qualquer prova sustentando um grau maior ou menor de invalidez, as seguintes escalas fixas de graus de invalidez serão aplicadas:

Sinopse de danos permanentes	
Braço na articulação do ombro	70%
Braço até em cima da articulação do cotovelo	65%
Braço em baixo da articulação do cotovelo	60%
Mão no pulso	55%
Dedo polegar da mão	20%

Dedo indicador	10%
Outro dedo da mão	5%
Perna acima da metade da coxa	70%
Perna até a metade da coxa	60%
Perna até em baixo do joelho	50%
Perna até a metade da perna inferior	45%
Pé no tornozelo	40%
Dedão do pé	5%
Outro dedo do pé	2%
Olho	50%
Audição em um ouvido	30%
Olfato	10%
Paladar	5%

- No caso de perda parcial ou dano funcional de uma dessas partes do corpo ou órgãos sensoriais, a proporção correspondente será determinada com base no respectivo percentual conforme estipulado na tabela Sinopse de danos permanentes indicada acima.
- Caso o acidente afete partes do corpo ou órgãos sensoriais cuja perda ou incapacidade funcional não estiver especificada segundo nos itens de acima, o grau de invalidez será medido de acordo com o grau em que a capacidade física ou mental normal do Segurado for prejudicada segundo critérios exclusivamente médicos.
- Caso o acidente resulte em dano de várias funções físicas ou mentais, os graus de invalidez especificados segundo da tabela acima serão somados. Tal soma não deverá, no entanto, totalizar mais de 100% de invalidez.

Caso o acidente afete uma função física ou mental já sujeita a dano duradouro anterior ao acidente, uma dedução apropriada será feita de acordo com a referida invalidez anterior. Esta invalidez será medida de acordo com a tabela acima.

Se, em consequência do acidente, o Segurado vier a falecer no prazo de um ano após a ocorrência deste acidente, não haverá direito a benefícios de invalidez.

Se o Segurado falecer no prazo de um ano após o acidente por razões não relacionadas ao acidente ou se vier a falecer mais de um ano após o acidente e caso já tenha havido antes direito a indenização por invalidez, os benefícios serão pagos segundo o grau de invalidez com o qual normalmente se teria que contar levando em conta os resultados do último exame médico.

Caso doenças ou moléstias tiverem contribuído às causas do acidente, os benefícios a pagar serão reduzidos na proporção do fator de contribuição das referidas doenças ou moléstias, desde que esse fator corresponda a pelo menos 25%.

O pagamento deverá ser efetuado às seguintes pessoas: um beneficiário será nomeado pelo Segurado. Se o beneficiário não for designado de outra maneira pelo Segurado, benefícios com respeito à perda de vida serão reembolsados ao primeiro dos seguintes beneficiários sobreviventes eleitos por preferência:

- o cônjuge do Segurado;
- o filho ou a filha em conjunto do Segurado;
- um dos pais do Segurado se os dois ainda estiverem em vida ou o pai em vida se só um deles sobrevive;
- um dos irmãos e das irmãs do Segurado; ou
- fundo do Segurado

Despesas de resgate e de operações de salvamento

A Seguradora assume os custos necessários que se produzam dentro do marco acordado respeito à soma de seguro respectiva em caso de

- Ações de busca, salvamento e resgate por serviços de salvamento, contanto estes se cobram como de costume.
- Despesas de acidentes, mesmo que a pessoa não tenha sofrido acidente, mas se este perigo estava muito perto, então a Seguradora terá a obrigação de indenizar.
- O transporte do ferido ao próximo hospital ou a uma clínica especializada, enquanto for clinicamente necessário e prescrito por um médico.
- Custos adicionais ao regresso do ferido ao seu país de residência, enquanto as despesas adicionais diminuirão segundo as ordens médicas, ou forem indispensáveis segundo a forma da lesão.

- Condução do falecido em caso de morte ao seu último país de residência.

Assistência de Viagem (T)

A CareMed Assist fornecerá ao segurado Assistência de Viagem em cada um dos seguintes cenários:

INTERRUPÇÃO DE BENEFÍCIOS DE VIAGEM

A Seguradora deve suportar as despesas de retorno do Segurado ao seu país natal em caso de acidente/morte/doença grave de um parente próximo. Todas as providências devem ser coordenadas pela CareMed Assist. A Seguradora deve arcar com as despesas para o retorno do Segurado para o país anfitrião de todas as seguintes condições forem satisfeitas:

- O segurado deve ser um viajante de longa data com a CareMed e estar segurado por mais do que 3 meses.
- Deve existir um mínimo de 6 semanas na agenda de estadia do Segurado*.
*Exceção a esta regra é a de participantes em programas de cooperação escolar, que devem completar exames e/ou fazer parte de cerimônias de colação de grau.
- Todas as providências devem ser coordenadas pela CareMed Assist.
- Sempre e quando for possível, o bilhete do voo de volta do Segurado será utilizado para o transporte de regresso.

BENEFÍCIOS DE REUNIÃO FAMILIAR

A Seguradora cobrirá os custos para o transporte e o alojamento de membros de família de primeiro grau que serão organizados sob a responsabilidade de CareMed Assist até ao máximo de benefícios do seguro quando o Segurado estiver internado devido a condições que põem em perigo a sua existência ou quando a estadia do Segurado internado ultrapassar um período de dez dias consecutivos.

Seguro de Bagagem de Viagem (L)

Uma franquia de €/US\$ 50 por cada evento de sinistro acarretará o Segurado em caso de dano ou bagagem perdida salvo bagagem despachada deteriorada ou perdida.

Serão considerados bagagem de viagem segurada todos os objetos e artigos pessoais necessários para o Segurado durante a viagem contratada, assim como presentes e souvenirs. Veja no item 4 abaixo uma lista de restrições sobre certos itens de bagagens pessoais;

- Bagagem despachada:
 - A bagagem estará segurada quando tiver sido extraviada ou danificada enquanto estava sob custódia de uma transportadora, estabelecimento de hospedagem ou alojamento, ou no guarda-volumes.
 - Caso a bagagem despachada não chegar ao destino no mesmo dia que o Segurado devido a atrasos no transporte, as despesas comprovadamente contraídas para recuperar a referida bagagem e para a compra de itens de substituição essenciais para a continuidade da viagem serão reembolsadas até um valor máximo de €/US\$ 500 por contrato, se for comprovado que a companhia aérea não oferece nenhuma indenização.
- Bagagem deixada em veículos estacionados:

Haverá cobertura do seguro em caso de furto da bagagem de um veículo estacionado ou de caixas de transporte mantidas em segurança por trava e unidas ao mesmo se o referido veículo ou caixa de transporte estiverem firmemente fechados e mantidos em segurança por uma trava, e a perda tiver ocorrido no período entre as seis horas da manhã e as dez horas da noite. Se a viagem for interrompida por um período máximo de duas horas, também haverá cobertura do seguro durante o período noturno.
- Período de viagem remanescente:

Durante o período de viagem remanescente, haverá cobertura do seguro se a bagagem for extraviada ou danificada em consequência de

 - furto, roubo, assalto, assalto a mão armada, dano patrimonial intencional por terceiros,
 - acidentes envolvendo dano físico ao Segurado ou dano ao meio de transporte,
 - incêndio, forças naturais, força maior.

4. Restrições relativas à cobertura do seguro
 - a) Equipamentos de fotografias, filmes, aparelhos fotográficos, câmara de vídeos e celulares e seus acessórios, e dispositivos eletrônicos pessoais (isto é iPods, MP3 players, PDAs, video players pessoais), assim como peles: 50% da soma segurada
 - b) Um laptop de um Segurado só será considerado – 50% da soma segurada;
 - c) Óculos e lentes de contacto €/US\$ 250 por cada evento.
5. No caso de uma perda segurada, a Seguradora indenizará até o limite do valor Segurado para todos os outros itens da bagagem, como segue:
 - a) valor efetivo dos bens extraviados ou danificados; valor efetivo será a soma geralmente necessária para a compra de itens novos de tipo e qualidade semelhantes, menos uma soma correspondente ao estado do objeto Segurado (tempo de uso, desgaste, etc.); para itens adquiridos durante a viagem, o preço de compra será o valor máximo;
 - b) os custos necessários para conserto de bens danificados e possivelmente a depreciação restante, sendo que o valor efetivo representa o valor máximo a pagar;
 - c) valor material relacionado a filmes, discos, fitas, disquetes e similares;
 - d) taxas oficiais para a reposição de documentos de identificação.
6. No caso da perda de uma passagem aérea, a Seguradora reembolsará emolumentos para a expedição de uma passagem aérea substituta até um valor de €/US\$100; porém, não os custos da própria passagem.
7. Os valores Segurados são valores de risco primário, ou seja, em caso de sinistro, nenhum outro seguro será levado em conta.

Limitações & Exclusões Gerais

As seguintes circunstâncias não estarão incluídas na cobertura do seguro: Seguro de Saúde/Acidente de Viagem, Seguro de Acidente de Viagem, Seguro de Bagagem, Evacuação/ Transporte Médico e Assistência de Viagem, nem Repatriação de Restos Mortais em consequência de:

1. Guerra ou atos de guerra (quer tenha sido declarada ou não), rebelião, revolução, terrorismo, seqüestro de aeronave, insurreição, comoção civil, greves, violência armada de todo tipo, execução a lei e os serviços de emergência, a prática ou a tentativa de um crime; pancadaria ou violência, energia nuclear e intervenções das autoridades públicas;
2. Perdas, danos, despesas ou custos de qualquer tipo como resultado direto ou indireto da descarga, explosão ou emprego de qualquer aparelho, arma ou material que aplique fissão ou fusão nuclear ou força radioativa, ou agentes químicos, biológicos, radiológicos ou de natureza parecida, seja em tempos de guerra ou de paz, e sem considerar qualquer outra causa ou ocorrência possíveis que surjam simultânea ou consecutivamente;
3. Perdas intencionalmente perpetradas pelo Segurado;
4. Trabalho em troca de salário ou lucro. Porém, a pessoa segurada poderá aceitar tarefas leves, como cuidar de crianças em geral ou em forma de "au pair", assim como fazer estágio. Além disso, há cobertura de seguro para todas as atividades com um visto de entrada do tipo F1, J1, J2 e H2B nos Estados Unidos de América ou com um, visto de entrada do tipo Working Holiday Visa na Austrália, na Nova Zelândia ou no Canadá, por exemplo;
5. Qualquer lesão ou doença que represente uma condição pré-existente conforme definição a seguir. Esta exclusão não será exigida no caso de situações de ameaça à vida, que tornam-se mais acentuadas durante o Seu Período de Cobertura. Para os fins desta exclusão, considerá-se necessário o tratamento médico no caso de uma situação de Ameaça à Vida, durante o período de internamento em uma unidade de tratamento intensivo.
6. Doenças sexualmente transmissíveis;
7. Para HIV (Síndrome de Imunodeficiência Adquirida, AIDS) e todas as seqüelas do mesmo, sempre quando a transmissão aconteceu por via sexual;
8. Para suicídio, tentativa de suicídio ou ferimentos causados pela pessoa nela mesma; doença mental, distúrbios ou reações mentais ou emocionais, incluindo, entre outros, estresse, ansiedade, ataques de pânico, depressão, desordens alimentares ou problemas relacionados ao peso; distúrbios patológicos em decorrência de reações psíquicas, mesmo que estas tenham sido causadas por acidente;
9. Para abuso de entorpecentes, narcóticos ou drogas que gerem vício ou seus derivados, assim como lesão ou dano devido a tais agentes, independentemente de serem ou não direta ou indiretamente responsáveis pelas despesas contraídas; abuso de medicamentos;
10. Uma lesão advinda da prática de pugilismo, esportes de combate, esportes aéreos, esqui, alpinismo, escalagem, vôo à vela, paraquedismo, bungee jumping, corridas a cavalo, corrida com animais, uso de veículos motorizados ou participação em competições de velocidade, como motorista ou passageiro de motocicleta, ou veículos de competição do tipo "all terrain", skooter motorizado ou veículos de três rodas, mergulho com equipamento respiratório (a menos que o Segurado tenha qualificações reconhecidas para este tipo de mergulho pela autoridade local competente no destino indicado no contrato); rafting em águas bravas, jet ski, snowmobile sempre quando exercidos como esporte, snorkel, esqui aquático, espeleologia, exploração de cavernas, paragliding, esporte profissional;
Para os participantes trabalhando em programas de Work & Travel "snow resort", a prática de esqui e de snowboarding está coberta pelo seguro até o valor máximo de €/US\$ 5.000.
11. A condução de meios de transporte motorizados em terra ou na água ou no ar sem a respectiva carteira de habilitação válida, ou se o Segurado não tiver atingido a idade de 18 anos. Em princípio haverá, porém, cobertura de seguro para treinamento escolar para obtenção de carteira de habilitação. Além disso, haverá cobertura de seguro para condução de mobiletes ou ciclomotores se a pessoa segurada possuir a respectiva carteira de habilitação e se o veículo não puder ultrapassar um limite máximo de velocidade de 50 km/h;
12. Não haverá cobertura de seguro para acompanhante ou passageiro de vôo não-comercial, para acompanhante de motocicletas, snowmobiles, se este for usado como veículo de esporte, todo e qualquer veículo todo terreno, veículo de corrida ou todo e qualquer tipo de "go-cart". Mas há cobertura de seguro para acompanhante ou passageiro de qualquer meio de transporte motorizado inclusive snowmobiles, sempre quando usados como meio de transporte;
13. Não haverá responsabilidade por juros, custos de financiamento ou taxas de reclamações de pagamento com respeito a avisos de pagamento.
14. O evento Segurado não era uma doença aguda ou uma ocorrência imprevista para o Segurado;
15. Viagem feita com o objetivo de obter tratamento médico;
16. Tratamento curativo cuja necessidade já sabia o Segurado antes de iniciar a viagem;
17. As despesas para próteses, ortodontias, coroas e tratamento odontológico de rotina, como por exemplo remoção de tártaro;
18. Exames de rotina, incluindo exames oftalmológicos de rotina;
19. À exceção disto, as despesas de um exame da agudeza da vista estarão cobertos pelo seguro se este se fizer necessário para a compra de óculos novos e se a perda ou a destruição destes óculos estiver coberta pelo seguro de bagagem;
20. Tratamentos médicos e cirurgias que podem ser adiadas e não são absolutamente necessárias do ponto de vista médico;
21. Tratamentos para estabilizar doenças crônicas;
22. Testes de alergia;
23. Tratamento e medicação para convalescença e recuperação;
24. Medicamentos vendidos sem prescrição médica, vacinas, injeções ou medicamentos preventivos, anticoncepcionais, medicamentos para fertilidade, produtos vitamínicos;
25. Cirurgia plástica ou cosmética, a menos que autorizada previamente pela Seguradora para reparação de seqüelas de acidentes;
26. Óculos e lentes de contato a menos que sejam uma exceção como se indica na parte referente aos benefícios de seguro de bagagem em viagem; reposição, extração ou conserto de próteses já existentes;
27. Tratamento médico e medicação recebidos fora do período de validade do seguro ou no país em que o Segurado tem a sua residência permanente;
28. Abortos, excepto nos casos ocorridos sob prescrição médica;
29. Anormalidades congênicas ou transtornos genéticos;
30. Colelitíase, litotripsia, litotriptoscopia, hérnia e veias varicosas.

As seguintes circunstâncias não estarão incluídas na cobertura do seguro de acidente de viagem:

1. Infecções bacterianas exceto infecções piogênicas (produção de pus) que ocorrem por meio duma cortadura ou outro tipo de ferida;
2. Intoxicação pela ingestão de substâncias sólidas ou líquidas por via bucal;
3. Acidentes causados por distúrbios mentais ou perda da consciência, derrames cerebrais, crises epiléticas ou outras câibras em todo o corpo. Isso também aplicar-se-á na medida em que o estado for provocado por influência de álcool ou drogas;
4. Danos à saúde provocados por medidas curativas ou outras intervenções feitas no seu corpo; radiação e infecções;

As seguintes exclusões adicionais aplicam-se ao Seguro de Bagagem:

1. Os seguintes artigos estarão excluídos da cobertura do seguro:
 - a) Dinheiro, títulos de valor, bilhetes de viagem e documentos de toda e qualquer natureza; excepto taxas oficiais para a substituição de documentos de identificação, reclamadas nos termos do Seguro de Bagagem de Viagem;
 - b) Equipamentos de informática, software e acessórios (exceto se indicado na apólice);
 - c) Veículos motorizados terrestres, aéreos e aquáticos, inclusive acessórios;
2. Restrições relativas à cobertura do seguro:
 - a) O seguro não se aplica a jóias e objetos de valor deixados em bagagem despachada e veículos estacionados. Durante o período de viagem remanescente, haverá cobertura do seguro se os referidos itens forem mantidos em segurança num cofre ou qualquer outro contentor fixo e trancado ou mantidos sob custódia pessoal durante a viagem.
 - b) Danos patrimoniais indiretos não estarão cobertos.
 - c) Somente haverá cobertura do seguro por dano ou extravio de bagagem durante viagens de acampamento ou camping em locais de camping oficiais.
 - d) O seguro somente vale para bicicletas, pranchas de surf, esquis e snowboards se os mesmos forem guardados num espaço trancado.
3. Sempre que o Segurado não houver tomado as providências razoáveis para proteger qualquer bagagem danificada, extraviada ou furtada, ou para reaver sua propriedade.

Regras Gerais e Obrigações -Para Todos os Benefícios

As seguintes disposições aplicam-se a Seguro de Saúde/Acidente de Viagem, Seguro de Acidente em Viagem, Seguro de Bagagem, Transporte/Evacuação e Assistência de Viagem, Repatriação dos Restos Mortais, bem como Responsabilidade Civil:

REPRESENTAÇÃO FALSA E DEFRAUDAÇÃO

A Seguradora estará isenta da sua obrigação de indemnizar as prestações de seguro sob a apólice se o Segurado intentar fraudar a Seguradora depois da ocorrência dum caso de sinistro declarando detalhes inexatos das circunstâncias que são de importância de acordo a se existe o dever de indenização do Segurador sob a apólice e até que grau existe.

SUB-ROGAÇÃO

O Segurador terá direitos de reclamar danos contra terceiras pessoas ao nível de pagamentos relativos a sinistros efetuados pela Seguradora. O Segurado estará obrigado a subrogar neste sentido e fá-lo-á até a soma segundo o evento de reclamação de danos à Seguradora. O Segurado apoiará à Seguradora na execução e subrogação de casos de sinistro.

1. Se o Segurado tiver feito uma reclamação de reembolso de custos contra uma companhia de seguro de saúde e tiver recebido os benefícios pertinentes, o Segurado não terá que fazer uma reclamação com respeito à soma dos custos reembolsados por qualquer apólice de seguro ou outro provedor.
2. O Segurado entregará prova de pagamento à Seguradora junto com o aviso de reembolso a qualquer outra propriedade de acidente de saúde ou Seguradora de responsabilidade ou

fundo de seguro de pensão de prioridade superior para pagar benefícios. Se o Segurado entregar uma reclamação a outra companhia de seguro sem o consentimento de sua Seguradora, a Seguradora estará isenta de indenizar o reembolso que o Segurado podera ter recebido por esse sinistro.

EXCESSO DE SEGURO

O seguro oferecido sob esta apólice (a diferença das prestações de seguro de Acidente de viagem em caso de morte ou invalidez) está em excesso de qualquer seguro válido e cobrável: Qualquer e todo tipo de obrigações resultantes de qualquer e todo tipo diferente de contratos de seguro terá precedência por cima da apólice de seguro. Isto aplicar-se-á em particular aos benefícios estatutários que pagam as autoridades de financiamento do seguro social e aos benefícios em caso de evento de sinistro do Segurado contra uma responsabilidade assinada pela Seguradora (p.ex. Seguro de veículo motorizado ou seguro de responsabilidade civil). Reclamações feitas pelo Segurado à Seguradora na forma de faturas originais serão consideradas como um aviso antecipado, mas o Segurado primeiro entregará essas faturas a qualquer outra apólice de seguro com fins de pagamento.

QUANDO COMEÇA A COBERTURA DO SEGURO

A apólice começara às 00:01 horas na data efetiva eleita pelo Segurado, contanto que o pagamento do prêmio correspondente tiver sido efetuado antes do início da Viagem/Programa Coberto ou na data em que CareMed aceita o pedido de seguro e o prêmio, se esta data for posterior ao dia efetivo assinalado no Pedido de Seguro do Segurado.

QUANDO FICA ENCERRADA A COBERTURA DO SEGURO

A apólice encerrará, o mais tardar, às 23:59 horas do dia estipulado na confirmação do seguro como data de expiração do seguro, ou ao regresso do Segurado ao seu país de residência, ou para a data na qual se pagaram os prêmios. A apólice prolongar-se-á além da data de expiração indicada na confirmação caso:

1. A viagem do retorno do Segurado for adiada devido a atrasos no transporte por causas não imputáveis ao Segurado, porém até um máximo de 72 horas;
2. O Segurado estiver em tratamento médico ambulante na data de vencimento do contrato de seguro e se se comprovar que estiver claramente inapto a ser transportado, a prorrogação não será superior a um prazo de 90 dias; e
3. Se for prolongada a duração do ano escolar por causa de um acontecimento inesperado. Neste caso, o Segurado deverá avisar CareMed com antecipação e deverão pagar-se prêmios complementares antecipadamente ao período de prorrogação.

Para um prolongamento devido ao motivo mencionado acima no numeral 3, o Segurado deverá pagar um prêmio complementar para o período de prorrogação às mesmas tarifas estabelecidas para a apólice inicial. Se a Segurado recusar o pagamento do prêmio de prorrogação, a cobertura expirará na data de vencimento original marcada no cartão do seguro.

PRÊMIOS

1. Prêmios devidos à apólice entregar-se-ão a CareMed com antecipação à data efetiva por base e tarifa.
2. O pagamento do prêmio deve ser efetuado íntegramente à CareMed antes da data efetiva da apólice. A cobertura de seguro não se terá em conta se forem entregues cheques de pagamento sem denominação da moeda usada.
3. Se o seguro for cancelado anteriormente à data de entrada em vigor, o prêmio será reembolsado no seu valor total.
4. Se o pedido de seguro for cancelado após a data de entrada em vigor, o Segurado receberá o prêmio para os meses restantes menos taxas administrativas pelos meses inteiros restantes do período de validade do contrato, caso a Seguradora não tenha pago nenhuma reclamação. Se esta tiver reembolsado as reclamações cobertas sob a apólice, não existirá reembolso. O cancelamento só poderá ser realizado depois que o CareMed tiver recebido a ordem de cancelamento. Pagamentos de reembolso serão realizados 60 dias após de CareMed ter recebido uma notícia por escrito do Segurado.

RECLAMAÇÕES

O Segurado estará obrigado a cumprir com as seguintes regras com respeito a todo caso de sinistro. Se o Segurado violar qualquer das seguintes regras intencionalmente ou por negligência grave, ou intentos de defraudação da Seguradora fornecendo detalhes inexatos de importância com respeito às circunstâncias do caso de sinistro, a Seguradora estará isenta da sua obrigação de indenização coberta sob a apólice:

1. Entre em contato com CareMed para esclarecer benefícios de assistência de viagem;
2. Entre em contato com CareMed Assist ou o Centro de Sinistros antes de ser internado ou de submeter-se a intervenção cirúrgica;
3. Informe o caso sinistro sem demora ao Centro de Sinistros adequado;
4. Se o Segurado não entrar em contato com o Centro de Sinistros ou à Central de Assistência sem demora caso estiver hospitalizado ou durante uma intervenção cirúrgica, então o Segurado ficará responsável por qualquer dos custos adicionais;
5. Mantenha a perda num mínimo possível para evitar custos desnecessários;
6. Descreva o acontecimento, o escopo e toda a informação pertinente do sinistro ao Centro do Sinistro. O Segurado deverá apresentar o formulário de sinistros preenchido e comprovantes em forma de faturas originais e recibos. As faturas deverão incluir o prenome e o sobrenome da pessoa considerada, a descrição e o diagnóstico tratados, informação sobre os serviços individuais da pessoa que se submete à terapia, assim como a data do tratamento. Deve ser possível ver claramente a medicina prescrita, o preço e o recibo da farmácia para medicamentos que requerem receita.
7. O Segurado liberará os médicos examinadores ou assistentes das suas obrigações profissionais de maneira confidencial e permitirá ao Centro de Sinistros examinar razoavelmente a causa e a soma do caso de sinistro e também obter informação de saúde e outras autoridades.
8. Entregue ao Centro de Sinistros apropriado um formulário de sinistros preenchido completamente num prazo de 60 dias depois de ocorrer o evento, igualmente os informes médicos, as faturas originais detalhadas e qualquer prova pertinente dos custos contraídos conforme à norma.
9. Se o Segurador violar qualquer uma destas obrigações de maneira intencional ou por negligência grave a Seguradora estará isenta do seu dever de indenização dos custos produzidos pelo Segurado sob a apólice.

As seguintes regras adicionais aplicam-se só ao Seguro de Acidente de Viagem:

1. O Segurado estará obrigado a submeter-se a um exame médico realizado por um médico designado pelo Centro de Sinistros. Os custos necessários de tal exame e qualquer perda de ingressos ocasionados no respeito serão acarretados pelo Centro de Sinistros; e
2. Logo que o Centro de Sinistro tiver recebido os documentos que deve entregar o Segurado com o fim de comprovar as circunstâncias e conseqüências do acidente e ao finalizar o tratamento curativo necessário para a determinação do grau de invalidez, o Centro de Sinistros declarará no prazo de três meses se reconhecer o sinistro e até que ponto o faz.
3. Antes do fim do tratamento curativo, prestações relativas a invalidez poderão ser reclamadas num ano depois de ocorrer o acidente só até o nível da soma a pagar em caso de morte.
4. O Segurado e o Centro de Sinistros estarão autorizados a deixar que um médico determine o grau da invalidez anualmente até um período que não exceda três anos após a ocorrência do acidente. Para exercer este direito, o Centro de Sinistros deverá declarar em conjunto com a declaração feita conforme ao numeral 2 de acima, e o Segurado deverá responder num prazo de um mês depois de ter recebido a declaração. Caso a última declaração de invalidez acarretasse maiores benefícios de invalidez que os pagos até a data pelo Centro de Sinistro, esta soma adicional estará sujeita a pagamento a um juro anual do 4%.

As seguintes regras adicionais relativas à reclamações se aplicar-se-ão só ao Seguro de Bagagem de Viagem:

1. A Seguradora estará isenta do seu dever de indenização se o Segurado causar deliberada e intencionalmente o sinistro do

evento Segurado ou se o Segurado der a propósito declarações falsas com respeito ao caso de sinistro Segurado, em particular um aviso de perda, ainda se a Seguradora não sofra desvantagens em conseqüência a isso.

2. Bagagem deteriorada ou despachada será declarada sem demora ao serviço de transporte e/ou provedor de alojamento. Deverá entregar-se uma confirmação de perda ou dano não reconhecíveis exteriormente por escrito ao serviço de transporte imediatamente depois de ser descobertos, o mais tarde no prazo de sete dias.
3. Perdas ou danos devidos a atos criminosos deverão avisar-se à estação de polícia mais próxima em forma de informe acompanhado por uma lista de todos os objetos perdidos ou deteriorados. Uma copia certificada desse informe deve entregar-se ao Centro de Sinistros.

PROVA DE PERDA

O Segurado deverá entregar um formulário de sinistros preenchido integralmente ao Centro de Sinistros, assim como relatórios médicos, faturas originais detalhadas e qualquer prova pertinente de custos contraídos, conforme à norma no prazo de 60 dias a partir da data do acidente, início de doença, ou data da perda.

ARRANJO DE PERDA

1. Logo que o Centro de Sinistro tiver confirmado se tem o dever de indenização e até que grau o tem, a reclamação devida pagar-se no prazo de duas semanas em € ou US\$ ou a discricção do Centro de Sinistros na moeda acordada na fatura.
2. O reembolso ao Segurado baseia-se nas contas originais detalhadas que mostram prova de pagamento. Se for exigido, o pagamento deverá ser feito diretamente ao provedor ou a um responsável legítimo.
3. As conversões de moeda estrangeira baseiam-se na taxa de cambio vigente no dia do serviço de faturas assinaladas pela Seguradora ou o Centro de Sinistros.
4. O Segurado pagará as taxas bancárias.

DESACORDO SOBRE A MAGNITUDE DA PERDA

1. Ação civil deverá realizar-se contra o Segurador no tribunal do centro principal de negócios da Seguradora.
2. Reclamações por parte da apólice de seguro deverão limitar-se estatutariamente em dois anos. Este período de limitação começará a fim do ano em que o benefício de seguro atingir a data de vencimento do pagamento. Se a reclamação fosse notificada à Seguradora, o período entre o aviso e o recibo da decisão por escrito por parte da Seguradora não se incluirá no cálculo do período.
3. Se a Seguradora recusar pagar a reclamação, esta estará isenta de indenização até tal ponto que a declaração no tribunal de reclamação não for feita pelo Segurado no prazo de seis meses. Este período só começará depois de que a Seguradora tenha recusado a reclamação por escrito declarando as razões pertinentes.

Seguro de Responsabilidade Civil em Viagem (3)

A Seguradora pagará a nome do Segurado todas as somas pelas que o Segurado estará obrigado a pagar por via legal como danos por reclamações de responsabilidade civil feitas em primeiro lugar contra o Segurado e dirigidas ao Centro de Sinistros, durante o período de vigência da apólice de cobertura de responsabilidade civil, resultantes de qualquer incidente Segurado sob esta apólice, contanto que sempre acontecer essa espécie de incidente:

1. na data efetiva da apólice ou depois desta; e
2. fora do país de residência do Segurado.

A Seguradora terá o direito e a obrigação de defender qualquer processo contra o Segurado (excetuando o território fora dos Estados Unidos, Porto Rico e o Canadá, a Seguradora terá o direito de defender, mas não a obrigação) que apresenta o requerimento de danos também se qualquer das alegações do processo resultassem não ter fundamentos, ser falsas ou fraudulentas. A Seguradora poderá realizar tal investigação e controlar qualquer caso de sinistro, ou de litígio segundo se julgar apropriado. Em nenhum caso, A Seguradora estará obrigada a pagar danos ou custos relativos a sinistros ou a defender ou

continuar a defender todo tipo de processo depois de que o limite aplicável da responsabilidade da Seguradora se tiver esgotado por pagamento de danos.

COBERTURA DO PROPRIETÁRIO DA CASA ANFITRIÃ:

Esta cobertura aplica-se somente ao Segurado durante a sua estadia na família anfitriã. Se um incidente terminar em uma reclamação elegível sob uma apólice de seguro válida e cobrável da família anfitriã ou se uma apólice parecida cobre danos materiais causados ao local do Segurado, a Seguradora pagará a perda produzida até um valor equivalente à franquia indicada sob a apólice do proprietário da casa da família anfitriã (ou apólice de seguro similar), porém sem ultrapassar a soma de €/US\$ 1.000 por Segurado.

A Seguradora pagará o benefício só depois de que a Seguradora tiver apresentado prova apropriada da soma correspondente ao dano material produzido.

OUTRO SEGURO

Se o Segurado, a família anfitriã, ou uma terceira pessoa dispõe de qualquer outro seguro para cobertura de perdas seguradas por apólice de cobertura de seguro de responsabilidade civil, as obrigações da Seguradora sob esta apólice são excesso de tal seguro. Em nenhum caso, este seguro deverá aplicar-se até que todos os demais seguros tiverem pago seu limite aplicável de cobertura.

Definições de Seguro de Responsabilidade Civil

Reclamação(ões) significa uma exigência de dinheiro ou do serviço do processo em que se designa um Segurado e se declara um incidente. Reclamação não inclui procedimentos com fins de obtenção de algum tipo de ajuda pecuniária. Não haverá cobertura de danos punitivos.

Despesas de reclamação significa:

1. Honorários cobrados por um advogado ou advogados designados pela Seguradora e todos os demais honorários, custos e despesas resultantes da investigação, ajustamento ou arranjo de defesa e apelação duma Reclamação, processo penal ou procedimento resultante da relação com este, caso for ocasionado pela Seguradora ou pelo Segurado com um consentimento por escrito por parte da Seguradora, mas não inclui taxas de salário ou despesas de empregados ou funcionários regulares da Seguradora, ou honorários e despesas de ajustadores independentes;
2. Todos os gastos produzidos contra o Segurado nestes processos e todos os juros da soma total de qualquer juízo que se originasse após o início do juízo e antes de que a Seguradora tenha pago ou apresentado ou depositado, for em tribunal ou de outra maneira, essa parte do juízo que não excede o limite estabelecido no documento de responsabilidade civil do Segurado;
3. Prêmios em obrigações de apelação e prêmios em obrigações com anexos expostos em tais processos, mas não para quantidades de obrigações em excesso do limite de responsabilidade desta apólice. A Seguradora não terá a obrigação de pagar ou abastecer qualquer tipo de obrigação.

Danos significa juízos compensatórios, arranjos, porém, exclui danos punitivos ou exemplares, multas ou outras penas, a restituição de honorários ou outra consideração de pagamento efetuada ao Segurado, ou aquela parte de qualquer juízo causada pelo triplo ou multiplicação dos danos reais sob a lei federal ou do estado.

Incidente significa qualquer ato ou omissão cometido pelo Segurado durante o período de vigência da apólice que termina em dano pessoal ou material.

Localidade segurada denota as premissas e a parte concernente a qualquer outra premissa; define as estruturas ou terrenos usados pelo Segurado que não forem qualquer propriedade em posse da família anfitriã.

Dano pessoal implica dano físico ou corporal, doenças (mas não se trata de doenças transmissíveis) ou moléstias sofridas por uma pessoa, inclusive a morte.

Dano material implica dano físico ou destruição de propriedade móvel, inclusive as faltas resultantes da utilidade do mesmo a um momento qualquer.

Exclusões relativas ao Seguro de Responsabilidade Civil

As seguintes exclusões aplicam-se ao Seguro de Responsabilidade Civil. Este seguro não é válido para todo tipo de reclamação ou processo penal:

1. Em caso de dano pessoal ou material resultante da propriedade, operação ou uso de (1) qualquer automóvel; (2) qualquer tipo de veículo terrestre inclusive veículos sobre estradas, motos de neve, motocicletas, bicicletas motorizadas; (3) qualquer veículo aquático (4) qualquer máquina aérea ou qualquer coisa que possa voar e (5) todo tipo de equipo motorizado. Esta exclusão não é válida caso o Senhor for passageiro de qualquer dos veículos mencionados anteriormente.
2. em caso de dano físico ou material resultante da participação em esportes de alto risco os quais incluem: atividades de caça, boxe, esportes de combate, alpinismo/montanhismo, espeleologia, esportes aéreos, heliesqui, competências de carreira motorizada, bungeejumping, mergulho com aparelhos respiratórios (a menos que o Segurado apresente as atitudes idôneas reconhecidas pela autoridade competente local no lugar de destino acordado), rafting selvagem aquático, jet-skiing, esportes profissionais, e a participação em eventos esportivos de competência de qualquer espécie.
3. sobre a base na responsabilidade assumida pelo Segurado ou como resultado desta segundo algum tipo de contrato o acordo, inclusive dívidas ou penas sobre juros;
4. como resultado da transmissão de doenças ou doenças transmissíveis por parte do Segurado ou transmissão ou infecção, ou a prova efetuada ou não para detetar a presença do SIDA (síndrome de imunodeficiência adquirida), qualquer vírus relacionado com o SIDA ou qualquer outra doença transmitida por contato sexual ou outros fluidos secretados pelo corpo da pessoa;
5. Em base a ou como resultado dum ato desonesto, agravante, fraudulento, criminoso ou malicioso, seja verídico ou intencional ou a omissão deliberada, a representação falsa cometida ou sob a noção de qualquer Segurado inclusive a perpetração de atos de violência ou a iniciação dum conflito;
6. Discriminação por parte do Segurado contra outras pessoas por causa de raça, religião, idade, sexo, cor, preferência sexual ou nacionalidade;
7. Como resultado de atos de qualquer Segurado esperado ou intencional que causam danos corporais ou materiais (esta exclusão não se aplica a danos corporais que resultarem do uso de força razoável para proteger pessoa ou propriedade.);
8. Sobre dano material a:
 - a) Propriedade em posse de ou sob a custódia do Segurado, ou
 - b) Propriedade alugada ao Segurado, ocupada por este ou em virtude de empréstimo ou sob o cuidado do Segurado contanto que o mesmo se responsabilize mediante contrato por oferecer seguro a esta propriedade.
 - c) Propriedade da família anfitriã, exceto conforme disposto na Cobertura do proprietário da casa anfitriã;
 - d) Propriedade obtida por meio de interferência ilegal; ou
 - e) Mobiliário alugado, danos provocados a edifícios ou instalações de centros de juventude ou albergues de todo tipo, inclusive, porém, a responsabilidade devida a danos incorridos a lugares de alojamento de férias alugados e quartos de hotéis;
9. Ação em contra qualquer declaração do Segurado, violação parcial ou total, abusos, castigo corporal, maus tratos físicos ou psíquicos, ofensas de caráter sexual ou comportamento criminoso similar que tem sido imposto por ameaça, ou têm sido cometido ou declarado haver sido perpetrado, por algum Segurado.
10. Com respeito a qualquer dano corporal ou material resultante do consumo de álcool, abuso de entorpecentes, narcóticos, ou drogas tóxico-dependentes ou seus derivados bem como perdas funcionais devidas a tais meios, independentemente de se forem responsáveis direta ou indiretamente pelos danos ocasionados; abuso de preparados médicos; doença mental, desordens ou reações mentais ou emocionais, inclusive stress,

- ansiedade, depressão com ataques de pânico, bulimia, ou problemas de peso;
11. Com respeito a danos materiais ou corporais devidos a guerras ou atos bélicos, for declarada ou não, rebelião, revolução, terrorismo, seqüestro de aeronave, insurreição, desordem civil, greves, violência armada de qualquer tipo, serviços de emergência e imposição de lei, e atos efetuados por autoridades públicas.
 12. Com respeito a danos pessoais causados ao Segurado;
 13. Ação contra qualquer Segurado resultante de atividades profissionais exercidas pelo Segurado ou qualquer outro tipo de trabalho físico empreendido com fins lucrativos ou salariais, ou a prestação de serviços por parte do Segurado destinados a pessoas diferentes da família anfitriã;
 14. Em caso de danos causados direta ou indiretamente por reação nuclear, radiação, poluição, for radioativa ou não, sem considerar a maneira como foi a causa;
 15. Para danos corporais ou materiais entre os Segurados que viajem juntos e os Segurados e os parentes que os acompanha.

Regras Gerais e Obrigações do Benefício de Responsabilidade Civil

Estas disposições se somam às Disposições Gerais anotadas acima para todas las prestações.

AÇÃO CONTRA O SEGURADO

Não se aplicará ação contra a Seguradora, a menos que como condição precedente a esta, terá havido cumprimento total de todas as condições desta apólice, mas não até que a quantidade da obrigação que deve pagar o Segurado tiver sido determinada finalmente ou por meio dum juízo contra o Segurado depois de um processo verídico ou por acordo escrito do Segurado, o reclamante e a Seguradora.

TRANSFERÊNCIA LEGAL

Os juros de qualquer Segurado não são transferíveis. Se algum dos Segurados morrer ou for julgado ser incompetente, este seguro concluirá em consequência a isso para tal pessoa mas cobrirá o representante legal do Segurado e o Segurado com respeito à responsabilidade contraída previamente e coberta por este seguro.

ASSISTÊNCIA E COOPERAÇÃO DE SEGURADOS EM CASO DE SINISTRO OU PROCESSO PENAL

Ao estar ciente o Segurado de qualquer incidente do qual se poderia esperar de maneira razoável ser a base duma reclamação coberta, entregar-se-á no respeito uma notificação por escrito pelo Segurado à Seguradora em conjunto com a mais completa informação disponível. Se a reclamação for feita ou o processo for aberto contra o Segurado, este enviará imediatamente à Seguradora toda exigência, aviso, cita ou outro processo recebido pelo Segurado ou seu representante. O Segurado deverá cooperar com o Segurador e sob a petição da Seguradora, colaborar fazendo arranjos com fim de executar processos e sob a imposição de qualquer direito de contribuição ou indenização contra qualquer pessoa ou organização responsável pelo Segurado a causa de danos com respeito ao que se aplica neste seguro.

O Segurado não efetuará, exceto se for a despendas próprias do Segurado, pagamentos voluntariamente, assumir alguma obrigação ou contrair alguma despesa. Violação intencional ou deliberada de qualquer duma destas obrigações por parte do Segurado podem liberar a Seguradora do seu direito de indenização.

QUANDO DEVE CONSIDERAR-SE O INÍCIO DUMA RECLAMAÇÃO

1. Quando o Centro de Sinistros receber a primeira notícia por escrito do Segurado na qual se indica que uma reclamação foi realizada; ou
2. Quando o Centro de Sinistros receber a primeira nota por escrito do Segurado sobre circunstâncias específicas nas quais está implicada uma pessoa em entidade em particular e que pode acabar numa reclamação. Todas as reclamações que surgem do mesmo incidente ou dum relacionado serão consideradas como se tivessem feitas no momento em que

se fez a primeira reclamação, e estarão sujeitas ao mesmo limite de responsabilidade.

LIMITE DE RESPONSABILIDADE – RECLAMAÇÕES

Sem ter em consideração o número de Segurados sob esta apólice, o número de pessoas ou organizações que sustêm danos, ou o número de reclamações ou processos advindos, expõe-se no resumo de benefícios a responsabilidade da Seguradora pelas coberturas oferecidas.

O limite de responsabilidade exposto no resumo de benefícios como se aplica a “cada reclamação” constitui o limite de todos os danos por causa de cada reclamação coberta no respeito. Todas as reclamações resultantes do mesmo incidente ou de um relacionado serão consideradas como uma reclamação única para fins do seguro e estará sujeita ao mesmo limite de responsabilidade. O limite de responsabilidade exposto no resumo de benefícios como “soma total” equivale, sujeito à disposição mencionada acima com respeito a toda reclamação, feita e apresentada perante a Seguradora durante o período de vigência da apólice, incl. todo período de prorrogação. Despesas de reclamação incluem-se dentro do limite válido de responsabilidade exposta no resumo de benefícios.

PERÍODO DE SEGURO, TERRITÓRIO

O seguro concedido por esta apólice aplicar-se-á às reclamações que se efetuam primeiro e se declaram durante o período de vigência da apólice, contanto a reclamação se fizer ou se abrir processo dentro dos Estados Unidos da América, seus territórios ou posses, Porto Rico, o Canadá, ou qualquer outro país em que o Segurado realiza a sua viagem durante o Programa/Viagem coberta.

CONDIÇÕES DA APÓLICE

Com respeito a cada Segurado, as condições de seguro começarão quando iniciar a cobertura do Segurado e terminar quando terminar a cobertura do Segurado como se expôs nas Disposições Gerais da Apólice.

REEMBOLSO

Ainda que a Seguradora não tenha o direito de fazer isso, se a Seguradora pagar danos ou custos relativos a reclamações:

1. na quantidade da franquia aplicável; ou
2. no excesso do limite aplicável de responsabilidade, o Segurado pagará novamente, por meio de exigência declarada por escrito, tais somas à Seguradora no prazo de 30 dias. Se não se cumprir o pagamento das quantidades indicadas acima, esta circunstância pode levar à anulação da apólice e por consequência o Segurado não terá o direito de qualquer opção relativa a um período de prorrogação.

SUB-ROGAÇÃO

Se a Seguradora realizar um pagamento sob a apólice e a pessoa para quem se efetuou este pagamento tem o direito de recuperar danos de outra entidade, a Seguradora será subrogada a esse direito. Essa pessoa fará:

1. Qualquer coisa que for necessário para possibilitar à Seguradora o exercício dos direitos da Seguradora; e
2. nada após a perda que puder prejudicar estes direitos.

Caso a Seguradora efetuar um pagamento sob a apólice e a pessoa à qual e para à qual se fez o pagamento chegar a recuperar danos de outra, esta pessoa:

1. Manterá para a Seguradora os procedimentos da recuperação sob confiança
2. Reembolsará à Seguradora a quantidade de pagamento da Seguradora.



ACE European Group Limited
Direktion für Deutschland
Lurgiallee 10, 60439 Frankfurt am Main, Germany

**CENTRO DE SINISTROS
AMÉRICA DO NORTE E DO SUL**

CareMed Claims
CISI Claim Department
1 High Ridge Park
Stamford, CT 06905, USA
Telefone: +1 203-399 51 30
Telefone: +1 866-404 20 62 (gratuito)
Fax: +1 203-399 55 96
E-mail: Claimhelp@culturalinsurance.com

**CENTRO DE SINISTROS
EUROPA, ÁFRICA, ÁSIA, OCEANIA**

CareMed Claims
ACE European Group Limited
Direktion für Deutschland
Lurgiallee 10, 60439 Frankfurt, Germany
Horas de expediente: 8.30 - 17 CET
Telefone: +49 (0)69-756 13 6722
Fax: +49 (0)69- 756 13 4350
E-mail: infoah.claims@acegroup.com

**CareMed Assist Números de Emergência e e-mail para
Serviço Médico 24 horas:**

**Estados Unidos & Canadá
1-855-657 3434 (gratuito)**

**Qualquer outro destino
+49 (0)89 500 70-175**

E-mail: caremed-assist@axa-assistance.de

Mais informações em www.caremed-assistance.com

CAREMED INTERNATIONAL SALES OFFICE

CareMed GmbH
Oscar-Romero-Allee 15
53113 Bonn, Germany
Telefone: +49 (0)228-55 54 90 0
Fax: +49 (0)228-55 54 90 75
E-mail: germany@caremed-travel.com

CAREMED OFFICE

CareMed USA
1 High Ridge Park
Stamford, CT 06905, USA
E-mail: usa@caremed-travel.com

Formulário médico de sinistros

Dados pessoais:	
Sobrenome	Nome
Data de nascimento (DD/MM/AA)	
Endereço no país de residência:	
Retorno ao país de residência em (DD/MM/AA):	Endereço no país de destino:
	c/o (nome da família anfitriã)
Rua	Rua
CEP	CEP/Cidade
Cidade	Estado/Província
País	País
Telefone	Telefone
E-Mail	E-Mail
Tratamento médico recebido:	
Tipo da doença ou do acidente (por favor, descreva sucintamente como ocorreu o acidente)	
No caso de doença, ela já havia se manifestado outras vezes anteriormente? Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	
Em caso positivo, quando?	
No caso de acidente	Culpa própria <input type="checkbox"/> Culpa da outra parte envolvida <input type="checkbox"/>
Reembolso dos custos: (as taxas bancárias correm por conta do Segurado)	
A conta apresentada pelo médico já foi paga? Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	
Se ainda não , ela será paga diretamente ao médico	
Nome do médico ou do hospital onde foi atendido	
Endereço do médico ou do hospital onde foi atendido	
Se já pagou , deseja o reembolso direto em sua conta bancária.	
O envio de sinistros para destinos na América do Norte ou na América do Sul também pode ser reembolsado por cheque; por favor indicar. <input type="checkbox"/>	
Nome do banco	
Endereço & país do banco	
Nome do proprietário da conta	
Número da conta	Código do banco/agência
Código SWIFT/BIC (informação indispensável)	
Código IBAN (informação indispensável)	
Documentação em caso de sinistro	
<p>Envie o formulário de sinistros totalmente preenchido juntamente com as faturas por e-mail para o centro de sinistros indicado acima (dependendo do seu país de destino). AS INFORMAÇÕES INCOMPLETAS OU INCORRETAS ACARRETAM ATRASO NO TRÂMITE DO SINISTRO.</p>	
<p>Zona 1 América do Norte e do Sul</p> <p>CareMed Claims CISI Claim Department 1 High Ridge Park Stamford, CT 06905 USA</p> <p>claimhelp@culturalinsurance.com</p>	<p>Zona 2: Todos os outros países, exceto as Américas do Norte e do Sul</p> <p>CareMed Claims ACE European Group Limited Direktion für Deutschland Lurgiallee 10 60439 Frankfurt, Alemanha</p> <p>infoah.claims@acegroup.com</p>
<p>Através deste documento, concedo plenos poderes a qualquer hospital, médico ou outra pessoa que tenha me examinado, inclusive aquelas em meu país de residência, a fornecer quaisquer informações à Central de Assistência ou a seus representantes relativas a doenças ou lesões, anamnésia, aconselhamentos, prescrições médicas ou tratamentos, e cópias de quaisquer relatórios médicos ou hospitalares. Uma cópia desta procuração também é válida.</p>	
Data	
Assinatura do Assegurado	