

Processo SUSEP 15414.610536/2022-67

CONDIÇÕES CONTRATUAIS DAS COBERTURAS DE SEGURO

| COBERTURAS | Plano 2 | Plano 3 |
|---|----------------|--|
| Despesas Médico-Hospitalares e/ou Odontológicas em Viagem Internacional (DMHO-VI) | USD 100.000,00 | USD 300.000,00 USD 100.000,00 para práticas desportivas |
| Translado Médico (TM) | USD 10.000,00 | USD 10.000,00 |
| Regresso Sanitário (RS) | USD 60.000,00 | USD 100.000,00 |
| Translado do Corpo (TC) | USD 15.000,00 | USD 15.000,00 |
| Despesas Farmacêuticas | USD 1.000,00 | USD 1.000,00 |
| Visita ao Usuário Segurado Hospitalizado (VUSH) | USD 1.250,00 | USD 1.250,00 |
| Hospedagem em Hotel após Alta Hospitalar (HHAH) | USD 1.250,00 | USD 1.250,00 |
| Regresso Antecipado (RA) | USD 2.500,00 | USD 3.500,00 |
| Regresso Antecipado por Sinistro no Domicílio (RD) | USD 2.500,00 | USD 3.500,00 |
| Acompanhamento de Menor e/ou Idoso (AMI) | USD 2.500,00 | USD 3.500,00 |
| Retorno de Familiares em Caso de Falecimento do Segurado (RFFS) | USD 3.500,00 | USD 3.500,00 |
| Período Máximo de Viagem | 180 dias | 180 dias |

*As coberturas estipuladas em euros (EUR) são válidas para viagens realizadas dentro do território dos Estados-membros da União Europeia e Estados Associados, signatários do Tratado de Schengen. Fora desses países, aplica-se o limite de cobertura em dólares norte-americanos (USD).

| Apresentação

Neste documento, são apresentadas as Condições Contratuais do Seguro Viagem Exterior. Elas estabelecem quais as coberturas contratadas e seus limites, os riscos excluídos e a forma de utilização de seu seguro.

Este seguro é regido pela legislação aplicável aos contratos de seguro, pelas disposições legais específicas do seguro de pessoas, pelas presentes condições contratuais, gerais e especiais e por eventuais endossos a esse contrato.

Para os casos não previstos nestas Condições Contratuais, será aplicada a lei que regulamenta os seguros privados no Brasil.

Todos os valores referentes ao capital segurado, prêmios e outros valores serão pagos em moeda nacional de curso forçado (real brasileiro). Os valores indicados em moeda estrangeira (dólar) serão convertidos em real brasileiro na data do sinistro. As coberturas que eventualmente estiverem fixadas e estipuladas em euros (EUR) são válidas para viagens realizadas dentro do território dos Estados-membros da União Europeia e Estados Associados, signatários do Tratado de Schengen. Fora desses países, aplica-se o limite de cobertura em dólares norte-americanos (USD).

Para todos os efeitos destas Condições Contratuais, o **BENEFICIÁRIO** vinculado a um dos planos de saúde operados pela AMIL será denominado Segurado.

O Segurado declara conhecer e aceitar os termos destas Condições Gerais, em especial quando tratarem das cláusulas limitativas que se encontram em destaque ao longo do texto deste instrumento.

ATENÇÃO: O SEGURO VIAGEM NÃO É SEGURO SAÚDE! LEIA ATENTAMENTE AS CONDIÇÕES CONTRATUAIS, OBSERVANDO SEUS DIREITOS E OBRIGAÇÕES, BEM COMO O LIMITE DO CAPITAL SEGURADO CONTRATADO PARA CADA COBERTURA.

AS COBERTURAS DESTE SEGURO SERÃO PRESTADAS PELA EMPRESA DE SERVIÇOS, INDICADA NO CERTIFICADO INDIVIDUAL (AVISO DE VIAGEM).

O REGISTRO DESTE PLANO NA SUSEP NÃO IMPLICA, POR PARTE DA AUTARQUIA, INCENTIVO OU RECOMENDAÇÃO À SUA COMERCIALIZAÇÃO.

O SEGURADO PODERÁ CONSULTAR A SITUAÇÃO CADASTRAL DE SEU CORRETOR DE SEGUROS, NO SITE WWW.SUSEP.GOV.BR, POR MEIO DO NÚMERO DE SEU REGISTRO NA SUSEP, NOME COMPLETO, CNPJ OU CPF.

Definições

Para todos os efeitos deste Anexo, deverão ser observados os seguintes conceitos:

ACIDENTE PESSOAL: o evento com data caracterizada, exclusivo e diretamente externo, súbito, involuntário, violento e causador de lesão física, que, por si só e independentemente de toda e qualquer causa, tenha como consequência direta a morte ou a invalidez permanente, total ou parcial, do **BENEFICIÁRIO** ou que torne necessário tratamento médico, observando-se que:

Incluem-se nesse conceito:

- (i) o suicídio, ou a sua tentativa [se decorridos 2 – dois – anos de vigência], que será equiparado, para fins de indenização, a acidente pessoal, observada a legislação em vigor;
- (ii) Os acidentes decorrentes de ação da temperatura do ambiente ou influência atmosférica, quando a elas o Segurado ficar sujeito em decorrência de acidente coberto;
- (iii) Os acidentes decorrentes de escapamento acidental de gases e vapores;
- (iv) Os acidentes decorrentes de sequestro e tentativas de sequestro;
- (v) Os acidentes decorrentes de alterações anatômicas ou funcionais da coluna vertebral, de origem traumática, causadas exclusivamente por fraturas ou luxações, radiologicamente comprovadas.

Excluem-se desse conceito:

- (i) As doenças, incluídas as profissionais, quaisquer que sejam suas causas, ainda que provocadas, desencadeadas ou agravadas, direta ou indiretamente, por acidente, ressalvados as infecções, os estados septicêmicos e as embolias, resultantes de ferimento visível causado em decorrência de acidente coberto;
- (ii) As intercorrências ou complicações consequentes à realização de exames, tratamentos clínicos ou cirúrgicos, quando não decorrentes de acidente coberto;
- (iii) As lesões decorrentes, dependentes, predispostas ou facilitadas por esforços repetitivos ou microtraumas cumulativos, ou que tenham relação de causa e efeito com eles, assim como as lesões classificadas como: lesão por esforços repetitivos – LER, doenças osteomusculares relacionadas ao trabalho – DORT, lesão por trauma continuado ou contínuo – LTC, ou similares que venham a ser aceitas pela classe médico-científica, bem como suas consequências pós-tratamento, inclusive cirúrgicas, em qualquer tempo;

(iv) As situações reconhecidas por instituições oficiais de previdência ou assemelhadas, como “invalidadez acidentária”, nas quais o evento causador da lesão não se enquadre integralmente na caracterização de invalidez por acidente pessoal.

ÂMBITO GEOGRÁFICO: local de abrangência das coberturas da apólice.

APÓLICE: documento emitido pela Seguradora formalizando a aceitação do risco solicitada pelo Estipulante.

ASSISTÊNCIA 24 HORAS: é o conjunto dos serviços descritos e caracterizados nestes Termos e Condições – nos limites previstos, prestados pela empresa de serviços, indicada no certificado individual (aviso de viagem) denominado, neste instrumento, como “Assistência”.

AVISO DE SINISTRO: comunicação da ocorrência de sinistro que o Segurado é obrigado a fazer à Seguradora, assim que dele tenha conhecimento.

BENEFICIÁRIO: pessoa em favor da qual é devida a indenização, na hipótese de ocorrência do sinistro.

CAPITAL SEGURADO: valor máximo de responsabilidade da Seguradora estabelecido na Apólice e no Certificado Individual para cada Cobertura contratada.

CARÊNCIA: período contínuo de tempo, contado a partir do início da vigência do seguro, durante o qual, em caso de sinistro, o Segurado ainda não possui direito à Cobertura contratada.

CENTRAL DE ASSISTÊNCIA: central telefônica de assistência que ficará à disposição dos Usuários quando da solicitação de serviços 24 (vinte e quatro) horas por dia, 7 (sete) dias por semana, 365 (trezentos e sessenta e cinco) dias por ano.

CERTIFICADO INDIVIDUAL: documento emitido pela Seguradora e destinado ao Segurado, no qual estarão indicadas as coberturas efetivamente contratadas.

COBERTURA: compromisso assumido pela Seguradora de pagar o valor do capital segurado caso ocorra um dos eventos definidos nas condições contratuais, desde que tal evento não seja excluído dessa cobertura, de acordo com as condições da apólice.

CONDIÇÕES CONTRATUAIS: conjunto de disposições que regem a contratação deste seguro, incluindo as constantes das Condições Gerais e das Condições Especiais. Sempre que a interpretação o permita, em qualquer texto das Condições Contratuais, o masculino englobará o feminino, o singular o plural e vice-versa.

CONDIÇÕES ESPECIAIS: conjunto de cláusulas que especificam as diferentes modalidades de cobertura que podem ser contratadas dentro de um mesmo plano de seguro.

CONDIÇÕES GERAIS: conjunto de cláusulas que rege um mesmo seguro, estabelecendo obrigações e direitos da Seguradora, dos Segurados, dos **BENEFICIÁRIOS** e do Estipulante.

CORRETOR DE SEGUROS: pessoa física ou jurídica habilitada pela SUSEP (Superintendência de Seguros Privados) e autorizada a angariar e promover contratos de seguros.

DANO ESTÉTICO: qualquer dano físico/corporal causado à pessoa que, embora não acarrete sequelas que interfiram no funcionamento do organismo, implique redução ou eliminação dos padrões de beleza ou de estética.

DANO MORAL: toda e qualquer ofensa ou violação que, mesmo sem ferir ou causar estragos aos bens patrimoniais de uma pessoa, ofenda os seus princípios e valores de ordem moral, tais como os que se referem à sua liberdade, à sua honra, aos seus sentimentos, à sua dignidade e/ou à sua família, sendo, em contraposição ao patrimônio material, tudo aquilo que não seja suscetível de valor econômico. O Dano Moral é risco excluído de todas as coberturas deste seguro.

DOENÇA AGUDA: doença de início súbito não decorrente de uma doença preexistente.

DOENÇA CRÔNICA: doença com período de evolução que ultrapassa a fase inicial, persistindo ativa por tempo indeterminado. Podem ser:

- (i) **DOENÇA CRÔNICA EM ATIVIDADE:** doença crônica que se mantém ativa apesar do tratamento;
- (ii) **DOENÇA CRÔNICA DE CARÁTER PROGRESSIVO:** doença crônica que se mantém evolutiva em curso de piora, apesar do tratamento.

DOENÇAS PREEXISTENTES: doença ou lesão, inclusive congênita, contraída pelo Segurado anteriormente à data de sua adesão ao seguro, que era de seu prévio conhecimento na data da contratação do seguro e não informada na declaração pessoal de saúde da Proposta de Adesão e que poderá ser identificada pela Seguradora por todos os meios de verificação que sejam aceitos como prova, inclusive em prontuários médico-hospitalares, consultórios, clínicas, laboratórios e hospitais.

DOENÇA SÚBITA: alteração aguda do estado de saúde do Usuário com a evolução curta e nítida que, no momento do atendimento, acarreta sofrimento físico intenso ou risco imediato à vida, excluídos os casos de doenças crônicas ou preexistentes.

DOLO (OU ATO DOLOSO): ato praticado por vontade deliberada que produz dano, ou seja, é um ato de má-fé, fraudulento, visando a prejuízo de outrem, quer físico, quer financeiro.

DOMICÍLIO: o endereço de residência do Segurado no Brasil, por ele declarado no momento da contratação do seguro.

EMERGÊNCIA (MÉDICA): situação na qual o Segurado necessita de atendimento imediato, pois existe risco de morte.

ENFERMIDADE SÚBITA E AGUDA: alteração repentina e intensa do estado de saúde do Segurado constatada por médico, contraída e originada após a data de início de Vigência da Cobertura Individual, inclusive os quadros clínicos de Emergência ou Urgência, excetuadas crises agudas de doenças crônicas.

EVENTO COBERTO: acontecimento futuro e incerto, de natureza involuntária, ocorrido durante a vigência do seguro e previsto nestas Condições Contratuais.

ESTIPULANTE: pessoa física ou jurídica que propõe a contratação de plano coletivo, ficando investida de poderes de representação do Segurado nos termos da legislação e da regulamentação em vigor, sendo identificado como Estipulante-Instituidor, quando participar, total ou parcialmente, do custeio do plano, e como Estipulante-Averbador, quando não participar do custeio.

FRANQUIA: período contínuo de tempo, em horas ou dias, contado a partir do horário ou da data do sinistro, durante o qual a Seguradora estará isenta da garantia da Cobertura, ou valor fixo ou percentual até o qual parte ou todo o prejuízo de um Risco Coberto fica sob a responsabilidade do Segurado.

GRUPO SEGURADO: a parte do grupo segurável efetivamente aceita pela Seguradora e incluída na apólice coletiva.

GRUPO SEGURÁVEL: a totalidade das pessoas físicas vinculadas ao Estipulante e seus dependentes, quando aplicável, que reúne as condições para inclusão na Apólice coletiva.

INDENIZAÇÃO: valor devido pela Seguradora em caso de sinistro coberto por este seguro, limitado ao Capital Segurado da respectiva Cobertura contratada, vigente na data do sinistro.

IPCA/IBGE: Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo/Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística.

MÉDICO ASSISTENTE: profissional legalmente licenciado para a prática da medicina que esteja assistindo ou tenha prestado assistência continuada ao Segurado. Não serão aceitos como Médico Assistente o próprio Segurado, seu cônjuge, seus dependentes, parentes consanguíneos ou afins, mesmo que habilitados a exercer a prática da medicina.

PRÊMIO: importância paga à Seguradora em contrapartida à aceitação e cobertura do risco a que o Segurado está exposto. Fazem parte do Prêmio todos os encargos que incidam sobre ele.

PRESCRIÇÃO: perda do direito da pretensão de todo e qualquer pedido reclamando um interesse, em razão do transcurso do prazo fixado em lei.

PROPONENTE: pessoa física interessada em aderir à Apólice por meio do preenchimento da Proposta de Adesão e que passará à condição de Segurado somente após sua aceitação pela Seguradora.

PROPOSTA DE ADESÃO: documento com declaração dos elementos essenciais do interesse a ser garantido e do risco. Nela, o proponente manifesta o pleno conhecimento das condições contratuais e expressa a intenção de aderir ao seguro.

PROPOSTA DE CONTRATAÇÃO: documento com a declaração dos elementos essenciais do interesse a ser garantido e do risco, em que o Estipulante expressa a intenção de contratar uma cobertura (ou coberturas), direcionada às pessoas a ele vinculadas, manifestando pleno conhecimento das Condições Contratuais.

REGULAÇÃO DE SINISTRO: procedimentos de análise da documentação e das circunstâncias do sinistro comunicado pelo Segurado ou por seu **BENEFICIÁRIO**, realizados pela Seguradora, para, no caso de caracterizado Risco Coberto, providenciar a Indenização devida.

REINTEGRAÇÃO DO CAPITAL SEGURADO: a recomposição do Capital Segurado de uma cobertura no mesmo montante em que foi reduzida após ocorrência de sinistro coberto.

RISCOS COBERTOS: evento futuro e incerto, de natureza súbita e imprevista, independentemente da vontade do Segurado, previsto na Cobertura contratada e não excluído nas Condições Gerais ou Especiais, ocorrido durante a Vigência da Cobertura individual, cuja ocorrência obriga a Seguradora a pagar a Indenização devida, respeitadas as Condições Contratuais.

RISCOS EXCLUÍDOS: eventos, indicados em cláusula própria e nas condições especiais, cuja ocorrência não gera para a Seguradora obrigação de indenizar.

SEGURADO: pessoa física em nome de quem se faz o seguro e que possui interesse econômico exposto ao risco.

SEGURADORA: empresa legalmente autorizada a comercializar seguros e que se responsabiliza pela Cobertura, mediante o recebimento do Prêmio, conforme estabelecido na apólice.

SINISTRO: ocorrência de um risco coberto pela apólice, durante o período de vigência da cobertura individual.

SUSEP – SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS: a autarquia com poderes de normatização, controle e fiscalização do mercado de seguros no Brasil.

URGÊNCIA (MÉDICA): situação na qual o segurado necessita de atendimento, não caracterizado como de emergência, podendo aguardar o atendimento de casos emergenciais.

VIAGEM SEGURADA: período de tempo certo e determinado, compreendido entre a data de início e término da Vigência do Certificado Individual, durante o qual o Segurado, residente no Brasil, embarca, permanece e retorna do destino no exterior ou no território nacional para o local do início da viagem.

VIGÊNCIA DA APÓLICE: intervalo contínuo de tempo durante o qual a Apólice Coletiva contratada está em vigor.

VIGÊNCIA DA COBERTURA INDIVIDUAL: intervalo contínuo de tempo, compreendido entre a data a partir da qual a Seguradora assume os riscos cobertos pelas coberturas contratadas para cada viagem de cada Segurado aceito durante a Vigência da Apólice e o término da viagem para a qual este seguro tenha sido contratado, durante o qual o Certificado Individual está em vigor.

1 | Objetivo do Seguro

1.1 – Este seguro tem por objetivo garantir ao Segurado ou a seu(s) **BENEFICIÁRIO(s)**, durante o período de viagem previamente determinado, o pagamento de indenização, limitada ao capital segurado contratado para cada cobertura ou a prestação de determinados serviços, sempre que se verificar a ocorrência de riscos previstos e cobertos pelas coberturas contratadas, como tal indicadas na Apólice, desde que o evento não se enquadre como “risco excluído” ou “não coberto” conforme determinado previamente nas condições contratuais.

2 | Âmbito Geográfico

2.1 – Estão cobertos eventos ocorridos em qualquer parte do globo terrestre, exceto no Brasil e nos seguintes países e territórios: Coreia do Norte, Rússia, Síria, Crimeia, Irã, Venezuela, Afeganistão, Ucrânia, Cuba e Belarus. As indenizações ou reembolsos serão pagos em moeda nacional, conforme coberturas contratadas definidas no Certificado Individual.

3 | Elegibilidade

3.1 – Terão direito aos serviços previstos no presente instrumento as Pessoas Jurídicas que tenham adquirido um dos planos de saúde coletivos empresariais elegíveis, conforme disposto no item 3.1.1, e que cumpram, cumulativamente, as seguintes condições:

- (i) Não estejam com pagamento(s) de mensalidade(s) em atraso, obedecidas as normas pertinentes ao contrato principal;
- (ii) Leiam e aceitem os termos deste Anexo.

3.1.1 – São considerados elegíveis ao serviço previsto no presente instrumento os **CONTRATANTES** dos produtos denominados Amil One S1500, Amil One S2500 e Amil One S6500 Black.

4 | Beneficiário

4.1 – O **BENEFICIÁRIO** das coberturas/garantias deste seguro será sempre o próprio Segurado. Na hipótese de recebimento de indenização pela Seguradora por sinistro coberto, estando o Segurado impossibilitado de fornecer quitação quanto ao pagamento de indenização/prestação de serviço de assistência, a quitação pode ser dada por seu representante legal. Na eventualidade de o Segurado falecer antes do pagamento da indenização pela Seguradora, o pagamento correspondente será feito em conformidade com a Cláusula Décima.

4.2 – No caso de Segurados menores de 14 anos de idade, é permitida a contratação de coberturas relacionadas ao reembolso de despesas, seja na condição de Segurado principal ou dependente.

5 | Capital Segurado

5.1 – O Capital Segurado estabelecido no Certificado Individual para cada Cobertura contratada é a importância máxima a ser paga pela Seguradora em razão de Sinistro coberto, vigente na data do evento.

5.2 – No caso das coberturas de Assistência, em que não existe capital segurado estipulado, os serviços estarão disponíveis para o Segurado 24 (vinte e quatro) horas por dia, com atendimentos em português, e poderão ser acessados pelo número de telefone indicado no Certificado Individual de Seguro.

5.2.1 – Na impossibilidade de contato com o telefone gratuito disponibilizado pela Seguradora e/ou a utilização de profissionais e/ou rede de serviços autorizada, o Segurado ou seu **BENEFICIÁRIO** poderá optar por prestadores de serviços de sua livre escolha, desde que legalmente habilitados, ficando a Seguradora responsável pelo reembolso das despesas até o limite máximo do capital segurado contratado.

5.3 – O Capital Segurado das coberturas que prevejam o reembolso ou o pagamento de Indenização relacionado a despesas efetuadas pelo Segurado no exterior poderá ser estabelecido em moeda nacional ou estrangeira.

5.4 – Quando o Capital Segurado for estabelecido em moeda estrangeira:

a) o Prêmio correspondente será pago em moeda corrente nacional, convertido na data de contratação, com base no disposto nas regras específicas do Conselho Monetário Nacional – CMN – e do Banco Central do Brasil – Bacen –, no que couber;

b) o Certificado Individual informará o Capital Segurado definido em moeda estrangeira.

5.5 – Quando o Capital Segurado for estabelecido em moeda nacional, para efeitos de comprovação perante as autoridades dos países de destino, o Certificado Individual poderá informar, adicionalmente, o Capital Segurado convertido em moeda estrangeira.

5.6 – Não está prevista a Reintegração dos Capitais Segurados das Coberturas deste Seguro.

6 | Vigência

6.1 – O Segurado poderá utilizar o seguro durante o prazo de vigência da apólice, mas somente estará coberto durante o período da viagem informado no Certificado Individual de Seguro. Para todos os efeitos, deverá ser respeitado o Período Máximo de Viagem, conforme indicado a seguir:

6.1.1 – Período Máximo de Viagem: tanto o Seguro Viagem quanto os serviços de assistência serão disponibilizados aos Segurados durante o período de vigência contratado, desde que (i) a viagem ocorra para um dos países descritos no Âmbito Geográfico de cobertura e (ii) que o período de viagem não ultrapasse o limite máximo de 180 (cento e oitenta) dias consecutivos;

6.1.2 – Antes de cada viagem, o Segurado deverá entrar em contato com a Central de Assistência da Empresa de Serviços, através do telefone 0800-725-2028, e solicitar a emissão de um Certificado Individual específico para essa viagem. No Certificado Individual, constará o período de vigência do seguro, além das datas de início e término da viagem.

6.1.3 – O Serviço estará disponível para os **BENEFICIÁRIOS** que já estiverem vinculados a um dos planos de saúde elegíveis, no prazo máximo de 10 (dez) dias úteis a partir da confirmação do pagamento do valor referente ao serviço pela **CONTRATANTE**.

7 | Obrigações do Segurado

7.1 – Além das obrigações previstas ao longo destas Condições Gerais, o Segurado obriga-se a cumprir o disposto abaixo, sob pena de suspensão, rescisão ou nulidade do contrato de seguro:

7.1.1 – Fornecer à Seguradora e facilitar o acesso desta a toda espécie de informação sobre as circunstâncias e consequências do sinistro, bem como os documentos necessários à apuração dos prejuízos e determinação da indenização;

7.1.2 – Pagar pontualmente os prêmios do seguro, fixados nos documentos de cobrança da Seguradora ou em outra forma pactuada;

7.1.3 – Em caso de sinistro, registrar a ocorrência deste perante as autoridades competentes, se for o caso;

7.1.4 – Em caso de sinistro, cumprir as instruções determinadas nas Condições Especiais de cada cobertura.

8 | Riscos Excluídos

8.1 – Estão expressamente excluídos das coberturas deste seguro quaisquer despesas, danos ou reclamações decorrentes de, relacionados a, ou para os quais tenha(m) contribuído, direta ou indiretamente:

8.1.1 – lesões decorrentes de elementos radioativos, radiações ionizantes ou contaminação pela radioatividade de qualquer combustível nuclear, ou de resíduo nuclear, combustão de material nuclear, uso de material ou de armas nucleares para quaisquer fins, ficando entendido que, para fins desta exclusão, a palavra combustão abrangerá qualquer processo autossustentador de fusão nuclear;

8.1.2 – atos ou operações de guerra, declarada ou não, de guerra química ou bacteriológica, de guerra civil, de guerrilha, de revolução, agitação, motim, rebelião, revolta, sedição, sublevação ou outras perturbações da ordem pública ou delas decorrentes, inclusive greves, tumultos, motins, *lockout* e sabotagem, exceto quando da prestação de serviço militar ou de atos de humanidade de auxílio a outrem;

8.1.3 – ato terrorista, cabendo à Seguradora comprová-lo com documentação hábil, acompanhada de laudo que caracterize a natureza do atentado, independentemente do seu propósito, e desde que tenha sido devidamente reconhecido como atentatório à ordem pública pela autoridade competente;

8.1.4 – atos ou atividades das Forças Armadas ou de Forças de Segurança em tempos de paz;

8.1.5 – salvamento em mar, montanhas e zonas desabitadas ou ainda em países em estados de guerra declarada ou instabilidade política notória, que acarrete risco à vida e à saúde de sua população e de estrangeiros que ingressem no país;

8.1.6 – viagens em aeronaves não homologadas ou que não possuam, em vigor, o competente atestado de navegabilidade; em aeronaves oficiais ou militares em operações que não sejam de simples transporte ou de condução de autoridades ou de passageiros; em aeronaves furtadas, sequestradas ou dirigidas por pilotos não legalmente habilitados, exceto quando da prestação de serviço militar ou de atos de humanidade de auxílio de outrem;

8.1.7 – fenômenos da natureza, de caráter extraordinário, tais como inundações, terremotos, erupções vulcânicas, tempestade ciclônica atípica, furacões, ciclones, maremotos, quedas de corpos siderais, meteoritos ou quaisquer cataclismos decorrentes de catástrofes naturais ou calamidade pública;

8.1.8 – atos ilícitos dolosos praticados pelo Segurado, pelo(s) **BENEFICIÁRIO(S)** ou pelo representante legal, de um ou de outro;

8.1.9 – acidentes ocorridos durante a participação do Segurado em crimes, delitos, apostas, rachas ou rixas, exceto em caso de legítima defesa, e demais atos contrários à lei, tais como ausência de utilização de equipamentos obrigatórios de segurança (cintos, capacetes, etc.), e casos em que o Segurado, na condição de condutor do veículo ou equipamento que requeira aptidão, não possua habilitação legal para tanto, de acordo com a legislação do país onde ocorreu o acidente, bem como aqueles provocados por atos, ação ou omissão do Segurado, causados por má-fé;

8.1.10 – ato reconhecidamente perigoso que não seja motivado por necessidade justificada;

8.1.11 – lesões e danos sofridos em consequência da prática de esportes perigosos ou de competição, bem como nos treinos para competição e apostas, tais como: caiaque, *ski* aquático, polo aquático, natação, remo, vela, surfe, *kite-surf*, *jet-ski*, navegação em cursos de águas rápidas (balsas, boias, outros), *rafting*, mergulho, caça submarina, alpinismo, hipismo (recreação), polo, equitação, esgrima, *ski*, *snowboard*, todo esporte de inverno praticado fora das pistas regulamentadas ou em eventos de competição, hóquei no gelo, hóquei em patins, hóquei em campo, futebol americano, *kart* (recreação), patinação, patinação artística, *rugby*, *skate* e *wake boarding*, pesca com anzol, tiro com arco e flecha, atletismo, boliche, *cricket*, *crôquete*, *curling*, ciclismo, *mountain bike*, *netbol*, golfe, tênis, raquetebol, *skate*, handebol, *squash*, voleibol, futebol, *bobsleigh*, luge olímpica, *skeleton*, caça a animais perigosos, espeleologia, caminhadas ou escaladas de montanhas ou cavernas, motociclismo (quando fora das estradas normais ou em eventos de competição), boxe, qualquer tipo de artes marciais, automobilismo, asa-delta, lançamento de altura por corda elástica (*bungee jumping*), aviação, voo livre, paraquedismo ou similares (parapente) e todo exercício ou provas atléticas de acrobacia ou que tenham por objetivo provas de caráter excepcional, participação em viagens ou excursões a zonas inexploradas, todo atendimento originado na realização de cursos, capacitação e/ou treino para o desenvolvimento de esportes considerados de risco ou esportes extremos, salvo quando houver aceitação expressa da Seguradora de cobertura que compreenda a modalidade aqui excluída;

8.1.12 – acidentes, doenças e todo efeito produzido resultante da participação em testes de aeronaves, automóveis ou outros veículos de propulsão mecânica, viagens submarinas, uso de aeronaves incluindo helicópteros, exceto se se tratar de passageiro em voo pago utilizando empresa com autorização para transporte de passageiros, ou um helicóptero operando apenas entre aeroportos ou heliportos comerciais e com autorização para transportar passageiros pagantes;

8.1.13 – doenças ou lesões, inclusive as congênitas, preexistentes à contratação deste seguro, não informadas na declaração pessoal de saúde da Proposta de Adesão e de conhecimento do Segurado na data da assinatura desta, salvo quando diretamente relacionadas a quadro clínico de Urgência ou Emergência;

8.1.14 – automutilações e lesões autoinfligidas, estando o Segurado são;

8.1.15 – suicídio ou sequelas decorrentes da sua tentativa nos 2 (dois) primeiros anos contados a partir da data do início da vigência do seguro;

8.1.16 – perturbações e intoxicações alimentares de qualquer espécie, inclusive decorrentes da ação de produtos químicos ou medicamentos, salvo quando prescritos por médico, em decorrência de Acidente Pessoal coberto;

8.1.17 – Dano moral;

8.1.18 – Dano estético;

8.1.19 – lucros cessantes, interrupção ou perda de renda e/ou pensão;

8.1.20 – Epidemias, Pandemias e Endemias, assim consideradas por instituições de saúde reconhecidas nacional e internacionalmente como, por exemplo, Ministério da Saúde Brasileiro e OMS – Organização Mundial da Saúde;

8.1.20.1 – para o evento Covid-19 não há cobertura, mesmo após a descaracterização do estado de Epidemias, Pandemias e Endemias.

9 | Perda de Direitos

9.1 – O Segurado perderá o direito a qualquer indenização quando:

9.1.1 – Agravar intencionalmente o risco;

9.1.2 – Deixar de cumprir as obrigações convencionadas nestas Condições Contratuais.

9.2 – A Seguradora não pagará nenhuma indenização prevista nestas Condições Contratuais se o Segurado ou seu representante legal fizer declarações inexatas ou omitir circunstâncias que possam influir na aceitação da proposta ou no valor do prêmio.

9.3 – Se a inexatidão ou a omissão nas declarações não resultar de má-fé do Segurado, a Seguradora poderá:

9.3.1 – Na hipótese de não ocorrência do sinistro:

- (i) cancelar o seguro, retendo – do prêmio originalmente pactuado – a parcela proporcional ao tempo decorrido; ou
- (ii) mediante acordo entre as partes, permitir a continuidade do seguro, cobrando a diferença de prêmio cabível ou restringindo a cobertura contratada.

9.3.2 – Na hipótese de ocorrência de sinistro com pagamento parcial de indenização:

- (i) cancelar o seguro após o pagamento da indenização, retendo – do prêmio originalmente pactuado – a parcela calculada proporcionalmente ao tempo decorrido, acrescido da diferença cabível; ou
- (ii) permitir a continuidade do seguro, cobrando a diferença de prêmio cabível ou deduzindo-a do valor a ser indenizado e/ou restringindo termos e condições da cobertura contratada.

9.3.3 – Na hipótese de ocorrência de sinistro com pagamento integral do Capital Segurado, cancelar o seguro após o pagamento da indenização, deduzindo – do valor a ser indenizado – a diferença de prêmio cabível.

9.4 – O Segurado é obrigado a comunicar à Seguradora, logo que saiba, todo incidente suscetível de agravar consideravelmente o Risco Coberto, sob pena de perder o direito à Indenização, se ficar comprovado – pela Seguradora – que silenciou de má-fé.

9.5 – A Seguradora, desde que o faça nos 15 (quinze) dias seguintes ao recebimento do aviso de agravação do risco pelo Segurado, poderá, por meio de comunicação formal:

- a) cancelar o seguro;
- b) restringir a cobertura contratada, mediante acordo entre as partes; ou
- c) cobrar a diferença de Prêmio cabível, mediante acordo entre as partes.

9.6 – O cancelamento do seguro só será eficaz 30 (trinta) dias após a notificação ao Segurado, devendo ser restituída a diferença do Prêmio, calculada proporcionalmente ao período a decorrer.

9.7 – Nenhuma Indenização será devida se houver, por parte do Segurado, do **BENEFICIÁRIO** ou de seus representantes, inobservância às Condições Contratuais deste seguro e ao que esteja previsto em lei; se o Segurado deixar de cumprir as obrigações e normas estabelecidas nestas Condições Contratuais.

10 | Procedimentos em Caso de Sinistro

10.1 – Em caso de sinistro, o Segurado, seu Beneficiário ou seu representante deverá contatar a central de atendimento da Seguradora através do telefone indicado no Certificado Individual, informando:

- a) O nome do Segurado e o número do Certificado Individual de seguro;
- b) O local e o telefone onde se encontra;
- c) O tipo de informação ou ajuda necessária e as circunstâncias do sinistro, tais como data, hora, local e tipo de ocorrência.

10.2 – Havendo necessidade de atendimento médico, hospitalar, odontológico ou similar coberto, comparecer ao local indicado pela rede de serviços autorizada da Seguradora, quando disponibilizada no local do sinistro, ou, na impossibilidade de contato com a Seguradora e/ou utilização de rede autorizada, recorrer a serviços médicos legalmente habilitados disponíveis, submetendo-se ao tratamento exigido.

10.3 – Providenciar Boletim de Ocorrência Policial ou equivalente, sempre que obrigatório pela autoridade local, ou requisitar cópia quando tal documento, referente ao sinistro, tiver sido emitido.

10.4 – Verificar, através da cláusula de DOCUMENTOS PARA REGULAÇÃO DE SINISTRO para cada cobertura contratada, quais os documentos que devem ser providenciados no momento da ocorrência do sinistro para fins de reembolso ou indenização, quando for o caso, e enviar todos os documentos listados para a Seguradora assim que possível.

10.5 – Regulação de Sinistros

O pagamento de indenização com base neste seguro será efetuado após o Segurado ou o **BENEFICIÁRIO** ter provado satisfatoriamente a ocorrência do sinistro, bem como todas as circunstâncias a ele relacionadas, facultando à Seguradora quaisquer medidas necessárias à elucidação do caso.

Todas as despesas efetuadas com a comprovação do sinistro e com os documentos necessários serão de responsabilidade do Segurado ou do **BENEFICIÁRIO**, salvo as diretamente realizadas pela Seguradora.

No caso de reembolso de despesas efetuadas no exterior, serão aceitos para Regulação de Sinistro os documentos na língua do país da ocorrência e eventuais encargos de tradução ficarão totalmente a cargo da Seguradora.

As cópias de documentos simples e autenticadas entregues à Seguradora para análise do sinistro passam a ser de propriedade dela, não sendo devida a devolução de quaisquer desses documentos a quem quer que seja, mesmo que a análise resulte em negativa da cobertura. Documentos originais recebidos para análise de cobertura, quando não forem estritamente relacionados ao seguro, poderão ser, mediante solicitação expressa, devolvidos aos **BENEFICIÁRIOS** ou a quem de direito.

No caso de divergências e dúvidas de caráter médico relacionadas à cobertura deste seguro, especialmente sobre a causa, natureza ou extensão de lesões, sobre a avaliação da incapacidade relacionada ao Segurado ou, ainda, sobre matéria médica não prevista nas Condições Contratuais, a Seguradora proporá, por escrito, no prazo de 15 (quinze) dias a contar da data da contestação, a constituição de junta médica, sendo que:

- a) A junta médica será constituída por 3 (três) membros, sendo um nomeado pela Seguradora, outro pelo Segurado e um terceiro, desempatador, escolhido pelos dois nomeados;
- b) Cada uma das partes pagará os honorários do médico que tiver designado. Os honorários do terceiro médico serão pagos, em partes iguais, pelo Segurado e pela Seguradora;
- c) O prazo para constituição da junta médica será de, no máximo, 15 (quinze) dias a contar da data da indicação do membro nomeado pelo Segurado.

10.6 – Pagamento de Indenização

A indenização somente será devida se o sinistro tiver sido caracterizado como risco coberto, conforme previsto nestas Condições Contratuais.

A solicitação de documentos e as demais providências ou atos que a Seguradora venha a praticar após o sinistro, por si sós, não importam reconhecimento da obrigação de pagar qualquer indenização.

O pagamento da indenização será efetuado em até 30 (trinta) dias corridos, contados da data de entrega de todos os documentos básicos listados na cláusula DOCUMENTOS PARA REGULAÇÃO DE SINISTRO das Condições Especiais da Cobertura sinistrada para o pagamento da Indenização devida, facultando-se à Seguradora, dentro desse prazo, no caso de dúvida fundada e justificável, a solicitação de outras informações ou documentos complementares. Nesse caso, o prazo de 30 (trinta) dias será suspenso, voltando a correr a partir do dia útil subsequente àquele em que forem completamente atendidas as exigências.

A indenização pelas despesas efetuadas no exterior será realizada em reais (R\$), com base no câmbio oficial de venda na data e em moeda do efetivo pagamento realizado pelo Segurado, respeitando-se os limites de Capitais Segurados estabelecidos contratualmente para cada cobertura.

Em caso de atraso no pagamento da indenização, a importância devida pela Seguradora será atualizada com base na variação positiva do IPCA/IBGE (Índice de Preços ao Consumidor Amplo), desde a data do sinistro até a do efetivo pagamento. Na hipótese de extinção do IPCA/IBGE, será considerado para efeito desta cláusula o IPC/FGV – Índice Geral de Preços ao Consumidor/Fundação Getúlio Vargas.

Além da atualização monetária prevista nos itens anteriores, os valores relativos às obrigações pecuniárias da Seguradora e do Segurado serão acrescidos de juros moratórios quando o prazo de sua liquidação superar o prazo fixado para esse fim. Os juros moratórios, contados a partir do primeiro dia posterior ao término do prazo fixado em contrato, serão equivalentes à taxa que estiver em vigor para a mora do pagamento de impostos devidos à Fazenda Nacional.

O pagamento dos valores relativos à atualização monetária e juros de mora far-se-á independentemente de notificação ou interpelação judicial, de uma só vez, juntamente com os demais valores do contrato.

Os eventuais encargos de tradução necessários à liquidação de sinistros ficarão totalmente a cargo da Seguradora.

O pagamento da indenização será realizado sob a forma de parcela, nos termos definidos em cada cobertura.

10.7 – Recusa de Sinistro

Quando, após regulação de sinistro, a Seguradora entender não configuradas as condições de cada cobertura ou configurada alguma exclusão contratual, decidindo-se pela recusa no pagamento de indenização, ela enviará ao Segurado, dentro do prazo máximo de 30 (trinta) dias corridos contados da entrega da documentação solicitada, correspondência escrita, na qual estarão dispostos os motivos da recusa.

11 | Rescisão e Cancelamento

11.1 – A apólice poderá ser cancelada a qualquer tempo, mediante acordo entre a Seguradora e o Estipulante e com anuência prévia e expressa de segurados que representem, no mínimo, três quartos do grupo segurado, respeitando-se o aviso prévio de 60 (sessenta dias).

CONDIÇÕES ESPECIAIS DAS COBERTURAS DE SEGURO

Despesas Médicas Hospitalares e/ou Odontológicas em Viagem Internacional (DMHO-VI)

1 – RISCOS COBERTOS

1.1 – Esta Cobertura, desde que contratada, garante a prestação de serviço ao Segurado, na forma prevista nas Condições Contratuais e limitada ao valor do Capital Segurado contratado, ou, na impossibilidade de contato ou utilização da rede de serviços autorizada, o reembolso das despesas médicas, hospitalares e/ou odontológicas efetuadas pelo Segurado para seu tratamento, sob orientação de médico ou dentista habilitado, **ocasionado por Acidente Pessoal ou enfermidade súbita e aguda ocorrida durante o período da viagem** ao exterior segurada e uma vez constatada a sua saída do país de domicílio.

1.2 – Observado o limite do Capital Segurado, estão também cobertos os episódios de crise ocasionados por doença preexistente ou crônica, quando gerar quadro clínico de Emergência ou Urgência, e consequentes despesas médicas, hospitalares e odontológicas relacionadas à estabilização do quadro clínico do Segurado que lhe permita continuar viagem ou retornar ao local de sua residência, **não havendo cobertura para a continuidade e o controle de tratamentos anteriores, *checkup* e extensão de receitas.**

2 – RISCOS EXCLUÍDOS

2.1 – Além das exclusões constantes na cláusula 8. RISCOS EXCLUÍDOS das Condições Contratuais deste seguro, estão excluídas desta Cobertura as despesas decorrentes de, relacionadas a, ou para as quais tenha(m) contribuído, direta ou indiretamente:

- a) a continuidade e o controle de tratamentos anteriores, *checkup* e extensão de receitas, incluindo exames de rotina e consultas para obtenção de receitas médicas visando à prescrição de medicamentos de uso contínuo, como anti-hipertensivos (remédios para pressão alta), hipoglicemiantes orais (remédios para diabetes), entre outros;
- b) medicamentos, exceto aqueles ministrados durante a internação hospitalar, o atendimento de Emergência ou o atendimento odontológico coberto;
- c) acompanhantes, telefonemas, frigobar e quaisquer despesas com gastos extraordinários durante internação hospitalar;
- d) sessões de fisioterapia, psicoterapia e/ou fonoaudiologia que não sejam de prescrição intra-hospitalar;

- e) gravidez ou parto, exceto quando diretamente decorrente de Acidente Pessoal, de enfermidade súbita e aguda ou dos quadros clínicos de Emergência ou Urgência cobertos;
- f) aplicação de vacinas ou quaisquer atendimentos ou exames não exigidos diretamente por Acidente Pessoal, pela enfermidade súbita e aguda ou pelos quadros clínicos de Emergência ou Urgência cobertos;
- g) tratamento eletivo de qualquer natureza, ainda que tenha sido agendado/marcado durante a viagem;
- h) cirurgias plásticas estéticas ou reparadoras, tratamentos estéticos ou rejuvenescedores;
- i) tratamentos em clínicas de repouso, bem como tratamentos homeopáticos, quiropráticos, acupuntura, massoterapia, massagens, podologia, medicina não convencional ou alternativa;
- j) tratamento de doença mental, de origem psiquiátrica ou psicológica;
- k) internações hospitalares, tratamentos ambulatoriais, exames diagnósticos, consultas e tratamentos clínicos, cirúrgicos ou medicamentosos experimentais, não reconhecidos pelas sociedades médico-científicas brasileiras ou realizados por profissionais de especialidades não reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina ou por médicos que não sejam legalmente habilitados;
- l) aquisição de óculos, lentes, cadeira de rodas, muletas e similares;
- m) aparelhos que se referem a órteses de qualquer natureza, a próteses de caráter permanente e a aparelhos ortodônticos, salvo as próteses pela perda de dentes naturais em consequência de Risco Coberto;
- n) estados de convalescença (após a alta médica);
- o) a continuidade do tratamento médico ou odontológico após o término da viagem segura.

3 – CAPITAL SEGURADO

3.1 – Em complemento à cláusula 5 das Condições Gerais deste seguro, para fins de determinação do Capital Segurado vigente na Regulação do Sinistro, será considerada como data do evento a data do primeiro atendimento médico, hospitalar ou odontológico que deu origem ao sinistro coberto.

4 – DOCUMENTOS PARA REGULAÇÃO DE SINISTRO

4.1 – Em complemento ao item 10.4 da cláusula 10. PROVIDÊNCIAS EM CASO DE SINISTRO das Condições Contratuais deste seguro, para análise de sinistro desta cobertura o Segurado deverá apresentar os seguintes documentos, sendo que, no caso de envio de cópias, essas deverão ser autenticadas:

- a) Formulário de Aviso de Sinistro, disponibilizado pela Seguradora, devidamente preenchido e assinado;
- b) Formulário de Autorização para Pagamento de Indenização, disponibilizado pela Seguradora, devidamente preenchido e assinado;
- c) Declaração sobre a existência ou inexistência de outros seguros cobrindo as mesmas despesas, datada e assinada;
- d) Cópia dos documentos pessoais do Segurado: Carteira de Identidade (RG), CPF e comprovante de residência (conta de água, eletricidade ou telefone com até 90 dias de emissão);
- e) Comprovantes da viagem: passagens de ida e volta, cartões de embarque e cópia do passaporte;
- f) Boletim de Ocorrência Policial ou documento equivalente da autoridade competente do local do sinistro, se houver;
- g) Carteira Nacional de Habilitação (CNH) em caso de acidente com veículo dirigido pelo Segurado;
- h) Laudo do Exame de Dosagem Alcoólica e/ou Toxicológico, se realizado;
- i) Laudos e imagens dos exames realizados;
- j) Receitas médicas e/ou odontológicas;
- k) Guia de internação hospitalar, se houver;
- l) Relatório do Médico Assistente e/ou do Dentista responsável, datado e assinado e com a indicação do CRM e/ou CRO deles ou equivalente no exterior, discriminando o diagnóstico e o tratamento realizado;
- m) Recibos e/ou notas fiscais originais das despesas médicas, hospitalares e odontológicas cobertas.

4.2 – Não serão aceitos relatórios realizados pelo próprio Segurado, por seu cônjuge ou companheiro, ou por membro da família, independentemente de essa pessoa ser um médico ou dentista habilitado.

Despesas Médicas, Hospitalares e/ou Odontológicas em Viagem Internacional com Prática de Esportes

1 – RISCOS COBERTOS

1.1 – Esta Cobertura, desde que contratada, garante a prestação de serviço ao Segurado, na forma prevista nas Condições Contratuais e limitada ao valor do Capital Segurado contratado, ou, na impossibilidade de contato ou utilização da rede de serviços autorizada, o reembolso das despesas médicas, hospitalares e/ou odontológicas efetuadas pelo Segurado para seu tratamento, sob orientação de médico ou dentista habilitado, **ocasionado por Acidente Pessoal ou enfermidade súbita e aguda ocorrida durante o período da viagem** ao exterior segurada e uma vez constatada a sua saída do país de domicílio.

1.2 – Observado o limite do Capital Segurado, estão também cobertos os episódios de crise ocasionados por doença preexistente ou crônica, quando gerar quadro clínico de Emergência ou Urgência, e consequentes despesas médicas, hospitalares e odontológicas relacionadas à estabilização do quadro clínico do Segurado que lhe permita continuar viagem ou retornar ao local de sua residência, **não havendo cobertura para a continuidade e o controle de tratamentos anteriores, *checkup* e extensão de receitas.**

1.3 – Não obstante o que consta na cláusula 6. RISCOS EXCLUÍDOS das Condições Gerais deste seguro e observados os termos dos itens 1.1 e 1.2 acima, esta cobertura abrange as despesas médicas, hospitalares e/ou odontológicas decorrentes da prática de esportes na modalidade amadora, **exceto *bobsleigh*, luge olímpica, *skeleton*, caça a animais perigosos, montanhismo a mais de 6.000 metros e espeleologia.**

2 – RISCOS EXCLUÍDOS

2.1 – Além das exclusões constantes na cláusula 8. RISCOS EXCLUÍDOS das Condições Contratuais deste seguro, que não tenham sido alteradas pelo item 1. RISCOS COBERTOS destas Condições Especiais, estão excluídas desta Cobertura as despesas decorrentes de, relacionadas a, ou para as quais tenha(m) contribuído, direta ou indiretamente:

- a) a continuidade e o controle de tratamentos anteriores, *checkup* e extensão de receitas, incluindo exames de rotina e consultas para obtenção de receitas médicas visando à prescrição de medicamentos de uso contínuo, como anti-hipertensivos (remédios para pressão alta), hipoglicemiantes orais (remédios para diabetes), entre outros;

- b) medicamentos, exceto aqueles ministrados durante a internação hospitalar, o atendimento de Emergência ou o atendimento odontológico coberto;
- c) acompanhantes, telefonemas, frigobar e quaisquer despesas com gastos extraordinários durante internação hospitalar;
- d) sessões de fisioterapia, psicoterapia e/ou fonoaudiologia que não sejam de prescrição intra-hospitalar;
- e) gravidez ou parto, exceto quando diretamente decorrente de Acidente Pessoal, de enfermidade súbita e aguda ou dos quadros clínicos de Emergência ou Urgência cobertos;
- f) aplicação de vacinas ou quaisquer atendimentos ou exames não exigidos diretamente por Acidente Pessoal, pela enfermidade súbita e aguda ou pelos quadros clínicos de Emergência ou Urgência cobertos;
- g) tratamento eletivo de qualquer natureza, ainda que tenha sido agendado/marcado durante a viagem;
- h) cirurgias plásticas estéticas ou reparadoras, tratamentos estéticos ou rejuvenescedores;
- i) tratamentos em clínicas de repouso, bem como tratamentos homeopáticos, quiropráticos, acupuntura, massoterapia, massagens, podologia, medicina não convencional ou alternativa;
- j) tratamento de doença mental, de origem psiquiátrica ou psicológica;
- k) internações hospitalares, tratamentos ambulatoriais, exames diagnósticos, consultas e tratamentos clínicos, cirúrgicos ou medicamentosos experimentais, não reconhecidos pelas sociedades médico-científicas brasileiras ou realizados por profissionais de especialidades não reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina ou por médicos que não sejam legalmente habilitados;
- l) aquisição de óculos, lentes, cadeira de rodas, muletas e similares;
- m) aparelhos que se referem a órteses de qualquer natureza, a próteses de caráter permanente e a aparelhos ortodônticos, salvo as próteses pela perda de dentes naturais em consequência de Risco Coberto;
- n) estados de convalescença (após a alta médica);
- o) a continuidade do tratamento médico ou odontológico após o término da viagem segurada.

3 – CAPITAL SEGURADO

3.1 – Em complemento à cláusula 5 das Condições Contratuais deste seguro, para fins de determinação do Capital Segurado vigente na Regulação do Sinistro, será considerada como data do evento a data do primeiro atendimento médico, hospitalar ou odontológico que deu origem ao sinistro coberto.

4 – DOCUMENTOS PARA REGULAÇÃO DE SINISTRO

4.1 – Em complemento ao item 10.4 da cláusula 10. PROVIDÊNCIAS EM CASO DE SINISTRO das Condições Contratuais deste seguro, para análise de sinistro desta cobertura o Segurado deverá apresentar os seguintes documentos, sendo que, **no caso de envio de cópias, essas deverão ser autenticadas:**

- a) Formulário de Aviso de Sinistro, disponibilizado pela Seguradora, devidamente preenchido e assinado;
- b) Formulário de Autorização para Pagamento de Indenização, disponibilizado pela Seguradora, devidamente preenchido e assinado;
- c) Declaração sobre a existência ou inexistência de outros seguros cobrindo as mesmas despesas, datada e assinada;
- d) Cópia dos documentos pessoais do Segurado: Carteira de Identidade (RG), CPF e comprovante de residência (conta de água, eletricidade ou telefone com até 90 dias de emissão);
- e) Comprovantes da viagem: passagens de ida e volta, cartões de embarque e cópia do passaporte;
- f) Boletim de Ocorrência Policial ou documento equivalente da autoridade competente do local do sinistro, se houver;
- g) Carteira Nacional de Habilitação (CNH) em caso de acidente com veículo dirigido pelo Segurado;
- h) Laudo do Exame de Dosagem Alcoólica e/ou Toxicológico, se realizado;
- i) Laudos e imagens dos exames realizados;
- j) Receitas médicas e/ou odontológicas;
- k) Guia de internação hospitalar, se houver;

- l) Relatório do Médico Assistente e/ou do Dentista responsável, datado e assinado e com a indicação do CRM e/ou CRO deles ou equivalente no exterior, discriminando o diagnóstico e o tratamento realizado;
- m) Recibos e/ou notas fiscais originais das despesas médicas, hospitalares e odontológicas cobertas.

4.2 – Não serão aceitos relatórios realizados pelo próprio Segurado, por seu cônjuge ou companheiro, ou por membro da família, independentemente de essa pessoa ser um médico ou dentista habilitado.

| Translado Médico (TM)

1 – RISCOS COBERTOS

1.1 – Esta Cobertura, desde que contratada, garante a prestação de serviço ao Segurado, na forma prevista nas Condições Contratuais e limitada ao valor do Capital Segurado contratado, ou, na impossibilidade de contato ou utilização da rede de serviços autorizada, o reembolso das despesas com a remoção ou transferência do Segurado até a clínica ou hospital mais próximo em condições de atendê-lo, por motivo de Acidente Pessoal ou enfermidade cobertos durante a viagem segurada.

1.2 – Observado o limite do Capital Segurado contratado, está coberta mais de uma remoção, quando requisitada por médico ou equipe médica responsável pelo atendimento.

2 – RISCOS EXCLUÍDOS

2.1 – Além das exclusões constantes na cláusula 8. RISCOS EXCLUÍDOS das Condições Contratuais deste seguro, estão excluídas desta Cobertura as despesas com:
a) traslado médico que não seja decorrente de Acidente Pessoal ou enfermidade súbita coberta e de necessidade comprovada ou quando o Segurado estiver apto a se deslocar em condições normais; b) traslado médico não recomendado ou não autorizado por equipe médica habilitada.

3 – CAPITAL SEGURADO

3.1 – Em complemento à cláusula 5 das Condições Contratuais deste seguro, para fins de determinação do Capital Segurado vigente na Regulação do Sinistro, será considerada como data do evento a data do documento médico que comprove a necessidade de traslado médico do Segurado.

4 – DOCUMENTOS PARA REGULAÇÃO DE SINISTRO

4.1 – Em complemento ao item 10.4 da cláusula 10 PROVIDÊNCIAS EM CASO DE SINISTRO das Condições Contratuais deste seguro, para análise de sinistro desta cobertura o **BENEFICIÁRIO** deverá apresentar os seguintes documentos, sendo que, **no caso de envio de cópias, essas deverão ser autenticadas:**

- a) Formulário de Aviso de Sinistro, disponibilizado pela Seguradora, devidamente preenchido e assinado;
- b) Formulário de Autorização para Pagamento de Indenização, disponibilizado pela Seguradora, devidamente preenchido e assinado;
- c) Declaração sobre a existência ou inexistência de outros seguros cobrindo as mesmas despesas, datada e assinada;
- d) Cópia dos documentos pessoais do Segurado: Carteira de Identidade (RG), CPF e comprovante de residência (conta de água, eletricidade ou telefone com até 90 dias de emissão);
- e) Comprovantes da viagem: passagens de ida e volta, cartões de embarque e, no caso de Viagem internacional, cópia do passaporte;
- f) Boletim de Ocorrência Policial ou documento equivalente da autoridade competente do local do sinistro, se houver;
- g) Carteira Nacional de Habilitação (CNH) em caso de acidente com veículo dirigido pelo Segurado;
- h) Laudo do Exame de Dosagem Alcoólica e/ou Toxicológico, se realizado;
- i) Relatório do Médico Assistente, datado e assinado e com a indicação do CRM dele ou equivalente no exterior, descrevendo o quadro clínico e a recomendação de remoção ou transferência;
- j) Recibos e/ou notas fiscais originais das despesas de traslado cobertas.

4.2 – Não serão aceitos relatórios realizados pelo próprio Segurado, por seu cônjuge ou companheiro, ou por membro da família, independentemente de essa pessoa ser um médico habilitado.

Regresso Sanitário (RS)

1 – RISCOS COBERTOS

1.1 – Esta Cobertura, desde que contratada, garante a prestação de serviço ao Segurado, na forma prevista nas Condições Contratuais e limitada ao valor do Capital Segurado contratado, ou, na impossibilidade de contato ou utilização da rede de serviços autorizada, o reembolso das despesas com o traslado de regresso do Segurado ao local de origem da viagem ou de seu domicílio, caso este não se encontre em condições de retornar como passageiro regular por motivo de Acidente Pessoal ou enfermidade súbita e aguda cobertos.

1.2 – A necessidade de regresso sanitário do Segurado deverá ser atestada pelo Médico Assistente e o meio de transporte será aquele considerado o mais adequado a critério da equipe médica responsável.

1.3 – O regresso poderá ter como destino a residência do Segurado ou hospital na sua cidade de domicílio, conforme o retorno vise à convalescença em casa ou à continuidade do tratamento médico-hospitalar, sendo que as despesas a partir do término do traslado correrão por conta do Segurado.

1.4 – O traslado inicia no momento da remoção do Segurado no local onde se encontre internado ou hospedado e termina no destino citado no item 1.3 acima e as despesas cobertas, limitadas ao Capital Segurado, incluem custos de ambulância e infraestrutura necessária ao embarque e desembarque.

1.5 – As passagens originais de retorno da viagem deverão ser compensadas nas companhias de transporte a favor do regresso sanitário. Se houver necessidade de cancelamento das passagens iniciais, o valor reembolsado será deduzido da Indenização.

2 – RISCOS EXCLUÍDOS

2.1 – Além das exclusões constantes na cláusula 8. RISCOS EXCLUÍDOS das Condições Gerais deste seguro, estão excluídas desta Cobertura as despesas com:

- a) regresso sanitário em avião UTI que não seja decorrente de necessidade comprovada, podendo o Segurado ser tratado localmente, ou quando o Segurado estiver apto a viajar em condições normais;
- b) regresso sanitário não recomendado ou não autorizado expressamente por equipe médica habilitada.

3 – CAPITAL SEGURADO

3.1 – Em complemento à cláusula 5 das Condições Contratuais deste seguro, para fins de determinação do Capital Segurado vigente na Regulação do Sinistro, será considerada como data do evento a data do documento que comprove a necessidade de regresso sanitário do Segurado.

4 – DOCUMENTOS PARA REGULAÇÃO DE SINISTRO

4.1 – Em complemento ao item 10.4 da cláusula 10. PROVIDÊNCIAS EM CASO DE SINISTRO das Condições Contratuais deste seguro, para análise de sinistro desta cobertura o **BENEFICIÁRIO** deverá apresentar os seguintes documentos, sendo que, no caso de envio de cópias, essas deverão ser autenticadas:

- a) Formulário de Aviso de Sinistro, disponibilizado pela Seguradora, devidamente preenchido e assinado;
- b) Formulário de Autorização para Pagamento de Indenização, disponibilizado pela Seguradora, devidamente preenchido e assinado;
- c) Declaração sobre a existência ou inexistência de outros seguros cobrindo as mesmas despesas, datada e assinada;
- d) Cópia dos documentos pessoais do Segurado: Carteira de Identidade (RG), CPF e comprovante de residência (conta de água, eletricidade ou telefone com até 90 dias de emissão);
- e) Comprovantes da viagem: passagens de ida e volta, cartões de embarque e, no caso de Viagem internacional, cópia do passaporte;
- f) Boletim de Ocorrência Policial ou documento equivalente da autoridade competente do local do sinistro, se houver;
- g) Carteira Nacional de Habilitação (CNH) em caso de acidente com veículo dirigido pelo Segurado;
- h) Laudo do Exame de Dosagem Alcoólica e/ou Toxicológico, se realizado;
- i) Relatório do Médico Assistente, datado e assinado e com a indicação do CRM dele ou equivalente no exterior, descrevendo o quadro clínico e a recomendação do retorno do Segurado para o local do início da viagem ou de seu domicílio;

- j) Recibos e/ou notas fiscais originais das despesas de traslado cobertas, com demonstrativo de diferenças tarifárias das passagens de retorno ou reembolso de cancelamento delas.

4.2 – Não serão aceitos relatórios realizados pelo próprio Segurado, por seu cônjuge ou companheiro, ou por membro da família, independentemente de essa pessoa ser um médico habilitado.

| Traslado de Corpo (TC)

1 – RISCOS COBERTOS

1.1 – Esta Cobertura, desde que contratada, garante a prestação de serviço, na forma prevista nas Condições Contratuais e limitada ao valor do Capital Segurado contratado, ou, na impossibilidade de contato ou utilização da rede de serviços autorizada, o reembolso das despesas com a liberação e transporte do corpo em caso de falecimento do Segurado decorrente de Acidente Pessoal ou enfermidade súbita coberta durante o período da viagem, do local da ocorrência do evento coberto até o domicílio ou local do sepultamento, incluindo-se nestas despesas todos os procedimentos e objetos imprescindíveis ao traslado do corpo.

2 – RISCOS EXCLUÍDOS

2.1 – Além das exclusões constantes na cláusula 8. RISCOS EXCLUÍDOS das Condições Contratuais deste seguro, estão excluídas desta Cobertura as despesas com:

- a) caixão especial, que não seja enquadrado como imprescindível ao transporte do corpo;
- b) funeral, cerimônia fúnebre, serviço religioso, sepultamento, cremação ou exumação.

3 – CAPITAL SEGURADO

3.1 – Em complemento à cláusula 5 das Condições Gerais deste seguro, para fins de determinação do Capital Segurado vigente na Regulação do Sinistro, será considerada como data do evento a data do falecimento do Segurado.

4 – DOCUMENTOS PARA REGULAÇÃO DE SINISTRO

4.1 – Em complemento ao item 10.4 da cláusula 10. PROVIDÊNCIAS EM CASO DE SINISTRO das Condições Contratuais deste seguro, para análise de sinistro desta cobertura o **BENEFICIÁRIO** deverá apresentar os seguintes documentos, sendo que, no caso de envio de cópias, essas deverão ser autenticadas:

- a) Formulário de Aviso de Sinistro, disponibilizado pela Seguradora, devidamente preenchido e assinado;
- b) Formulário de Autorização para Pagamento de Indenização, disponibilizado pela Seguradora, devidamente preenchido e assinado;
- c) Declaração sobre a existência ou inexistência de outros seguros cobrindo as mesmas despesas, datada e assinada;
- d) Cópia dos documentos pessoais do Segurado: Carteira de Identidade (RG), CPF e comprovante de residência (conta de água, eletricidade ou telefone com até 90 dias de emissão);
- e) Comprovantes da viagem: passagens de ida e volta, cartões de embarque e, no caso de Viagem internacional, cópia do passaporte;
- f) Boletim de Ocorrência Policial ou documento equivalente da autoridade competente do local do sinistro, se houver;
- g) Carteira Nacional de Habilitação (CNH) em caso de acidente com veículo dirigido pelo Segurado;
- h) Laudo do Exame de Dosagem Alcoólica e/ou Toxicológico, se realizado;
- i) Relatório do Médico Assistente, datado e assinado e com a indicação do CRM dele ou equivalente no exterior atestando a causa da morte do Segurado ou cópia do Laudo de Necropsia, se houver;
- j) Auto de Reconhecimento de cadáver, quando realizado;
- k) Certidão de Óbito do Segurado;
- l) Cópia dos documentos do **BENEFICIÁRIO**: Carteira de Identidade (RG), CPF e comprovante de residência (conta de água, eletricidade ou telefone com até 90 dias de emissão);
- m) Recibos e/ou notas fiscais originais das despesas de traslado cobertas.

4.2 – Não serão aceitos relatórios realizados pelo cônjuge ou companheiro do Segurado, ou por membro da família, independentemente de essa pessoa ser um médico habilitado.

Despesas Farmacêuticas (DF)

1 – RISCOS COBERTOS

1.1 – Esta Cobertura, desde que contratada, garante o reembolso, na forma prevista nas Condições Contratuais e limitada ao Capital Segurado contratado, das despesas com a compra de medicamentos emergenciais, prescritos por Médico Assistente e administrados fora do regime de internação hospitalar, efetuadas pelo Segurado para seu tratamento, ocasionado por Acidente Pessoal ou enfermidade súbita e aguda ocorrida durante o período da Viagem Segurada e uma vez constatada a sua saída de sua cidade de domicílio.

2 – RISCOS EXCLUÍDOS

2.1 – Além das exclusões constantes na cláusula 8. RISCOS EXCLUÍDOS das Condições Contratuais deste seguro, estão excluídas desta Cobertura as despesas com:

- a) medicamentos de uso contínuo, como anti-hipertensivos (remédios para pressão alta) e hipoglicemiantes orais (remédios para diabetes), ou para continuidade de tratamentos anteriores à Viagem Segurada, mesmo que não sejam de uso contínuo;
- b) medicamentos não exigidos diretamente para tratamento de Acidente Pessoal ou enfermidade súbita e aguda durante a Viagem Segurada, medicamentos ministrados enquanto o Segurado estiver internado em hospital ou clínica médica, e medicamentos necessários à continuidade de tratamento após o término da viagem;
- c) medicamentos prescritos em razão de Risco Excluído de qualquer das Coberturas contratadas.

3 – CAPITAL SEGURADO

3.1 – Em complemento à cláusula 5 das Condições Contratuais deste seguro, para fins de determinação do Capital Segurado vigente na Regulação do Sinistro, será considerada como data do evento a data da compra dos medicamentos cobertos, sempre durante o período da Viagem Segurada.

4 – DOCUMENTOS PARA REGULAÇÃO DE SINISTRO

4.1 – Em complemento ao item 10.4 da cláusula 10. PROVIDÊNCIAS EM CASO DE SINISTRO das Condições Contratuais deste seguro, para análise de sinistro desta cobertura o Segurado deverá apresentar os seguintes documentos, sendo que, no caso de envio de cópias, essas deverão ser autenticadas:

- a) Formulário de Aviso de Sinistro, disponibilizado pela Seguradora, devidamente preenchido e assinado;
- b) Formulário de Autorização para Pagamento de Indenização, disponibilizado pela Seguradora, devidamente preenchido e assinado;
- c) Declaração sobre a existência ou inexistência de outros seguros cobrindo as mesmas despesas, datada e assinada;
- d) Cópia dos documentos pessoais do Segurado: Carteira de Identidade (RG), CPF e comprovante de residência (conta de água, eletricidade ou telefone com até 90 dias de emissão);
- e) Comprovantes da viagem: passagens de ida e volta, cartões de embarque, hospedagem;
- f) Boletim de Ocorrência Policial ou documento equivalente da autoridade competente do local do sinistro, se houver;
- g) Carteira Nacional de Habilitação (CNH) em caso de acidente com veículo dirigido pelo Segurado;
- h) Laudo do Exame de Dosagem Alcoólica e/ou Toxicológico, se realizado;
- i) Laudos e imagens dos exames realizados para diagnóstico da lesão ou enfermidade súbita que determinou a compra de medicamentos;
- j) Receitas médicas (prescrição);
- k) Relatório do Médico Assistente, datado e assinado, com a indicação do CRM dele ou equivalente no exterior, discriminando o diagnóstico e o tratamento realizado;
- l) Recibos e/ou notas fiscais originais das despesas com os medicamentos prescritos.

4.2 – Não serão aceitos relatórios médicos realizados pelo próprio Segurado, por seu cônjuge ou companheiro, ou por membro da família, independentemente de essa pessoa ser um médico habilitado.

| Visita ao Segurado Hospitalizado

1 – RISCOS COBERTOS

1.1 – Esta Cobertura, desde que contratada, garante a prestação de serviço na forma prevista nas Condições Contratuais e limitada ao valor do Capital Segurado contratado, ou, na impossibilidade de contato ou utilização da rede de serviços autorizada, o reembolso das despesas com aquisição de passagem aérea ida e volta, de mesma classe utilizada pelo Segurado, e hospedagem em hotel de mesma categoria utilizada pelo Segurado em sua viagem, para pessoa designada pelo Segurado acompanhá-lo caso seja submetido à internação hospitalar por mais de 3 (três) dias em decorrência de Acidente Pessoal ou enfermidade súbita e aguda ocorrida durante a Viagem Segurada e desde que o Segurado esteja viajando sem acompanhante.

1.2 – A hospedagem será coberta até a alta hospitalar do Segurado, estando a soma das passagens aéreas e das diárias limitada ao valor do Capital Segurado contratado para esta Cobertura.

2 – RISCOS EXCLUÍDOS

2.1 – Além das exclusões constantes na cláusula 8. RISCOS EXCLUÍDOS das Condições Contratuais deste seguro, estão excluídas desta Cobertura as despesas decorrentes de, relacionadas a, ou para as quais tenha(m) contribuído, direta ou indiretamente:

- a) passagem aérea ou hospedagem de acompanhante quando o Segurado for submetido a internação hospitalar para: continuidade de tratamentos anteriores; checkup; tratamento de doença mental; tratamentos ou cirurgias estéticas, para obesidade, fertilidade, ou quaisquer outras não decorrentes de Acidente Pessoal ou enfermidade súbita coberta;
- b) passagem aérea ou hospedagem de acompanhante quando o Segurado for submetido a internação em asilos, casas de repouso e assemelhados, clínicas ou hospitais para tratamento de dependência química ou de álcool, ou quaisquer estabelecimentos de tratamentos alternativos ou quando o Segurado não estiver sob cuidados de médicos legalmente habilitados;
- c) Gastos com alimentação, bebida, lavanderia, telefonemas, transporte local (ônibus, táxi e assemelhados), internet e outras despesas relacionadas à viagem do acompanhante.

3 – CAPITAL SEGURADO

3.1 – Em complemento à cláusula 5 das Condições Contratuais deste seguro, para fins de determinação do Capital Segurado vigente na Regulação do Sinistro, será considerada como data do evento a data do primeiro atendimento médico-hospitalar que deu origem ao sinistro coberto.

4 – DOCUMENTOS PARA REGULAÇÃO DE SINISTRO

4.1 – Em complemento ao item 10.4 da cláusula 10. PROVIDÊNCIAS EM CASO DE SINISTRO das Condições Gerais deste seguro, para análise de sinistro desta cobertura o Segurado deverá apresentar os seguintes documentos, sendo que, no caso de envio de cópias, essas deverão ser autenticadas:

- a) Formulário de Aviso de Sinistro, disponibilizado pela Seguradora, devidamente preenchido e assinado;
- b) Formulário de Autorização para Pagamento de Indenização, disponibilizado pela Seguradora, devidamente preenchido e assinado;
- c) Declaração sobre a existência ou inexistência de outros seguros cobrindo as mesmas despesas, datada e assinada;
- d) Cópia dos documentos pessoais do Segurado: Carteira de Identidade (RG), CPF e comprovante de residência (conta de água, eletricidade ou telefone com até 90 dias de emissão);
- e) Comprovantes da viagem: passagens de ida e volta, cartões de embarque e hospedagem;
- f) Boletim de Ocorrência Policial ou documento equivalente da autoridade competente do local do sinistro, se houver;
- g) Carteira Nacional de Habilitação (CNH) em caso de acidente com veículo dirigido pelo Segurado;
- h) Laudo do Exame de Dosagem Alcoólica e/ou Toxicológico, se realizado;
- i) Laudos e imagens dos exames realizados;
- j) Guia de internação hospitalar e alta médica;

- k) Relatório do Médico Assistente, datado e assinado e com a indicação do CRM dele ou equivalente no exterior, discriminando o diagnóstico e o tratamento realizado;
- l) Comprovante de pagamento e cópia das passagens aéreas e recibos e/ou notas fiscais originais das despesas de hospedagem do acompanhante.

4.2 – Não serão aceitos relatórios médicos realizados pelo próprio Segurado, por seu cônjuge ou companheiro, ou por membro da família, independentemente de essa pessoa ser um médico habilitado.

Hospedagem em Hotel após Alta Hospitalar (HHAH)

1 – RISCOS COBERTOS

1.1 – Esta Cobertura, desde que contratada, garante a prestação de serviço na forma prevista nas Condições Contratuais e limitada ao valor do Capital Segurado contratado, ou, na impossibilidade de contato ou utilização da rede de serviços autorizada, o reembolso das despesas de hospedagem para convalescença do Segurado após alta hospitalar, conforme prescrição do Médico Assistente, em consequência única e exclusiva de Acidente Pessoal ou enfermidade súbita e aguda sofrida durante a Viagem Segurada.

1.2 – Estão cobertas as diárias para convalescença em hotel e acomodação semelhante àquela em que o Segurado estava antes da hospitalização por evento coberto, acrescidas do custo de alimentação, estando a soma das despesas limitada ao Capital Segurado contratado para esta Cobertura.

2 – RISCOS EXCLUÍDOS

2.1 – Além das exclusões constantes na cláusula 8. RISCOS EXCLUÍDOS das Condições Gerais deste seguro, estão excluídas desta Cobertura:

- a) hospedagem para convalescença quando o Segurado for submetido a internação hospitalar para: continuidade de tratamentos anteriores; checkup; tratamento de doença mental; tratamentos ou cirurgias estéticas, para obesidade, fertilidade, ou quaisquer outras não decorrentes de Acidente Pessoal ou enfermidade súbita coberta;
- b) hospedagem para convalescença quando o Segurado for submetido a internação em casas de repouso, asilos e assemelhados, clínicas ou hospitais para tratamento de dependência química ou de álcool, ou quaisquer estabelecimentos de tratamentos alternativos ou quando o Segurado não estiver sob cuidados de médicos legalmente habilitados;

- c) gastos com lavanderia, telefonemas, transporte, internet e outras despesas que não sejam exclusivamente as de hospedagem e alimentação do Segurado durante as diárias de convalescença cobertas.

3 – CAPITAL SEGURADO

3.1 – Em complemento à cláusula 5 das Condições Gerais deste seguro, para fins de determinação do Capital Segurado vigente na Regulação do Sinistro, será considerada como data do evento a data do primeiro atendimento médico-hospitalar que deu origem ao sinistro coberto.

4 – DOCUMENTOS PARA REGULAÇÃO DE SINISTRO

4.1 – Em complemento ao item 10.4 da cláusula 10. PROVIDÊNCIAS EM CASO DE SINISTRO das Condições Gerais deste seguro, para análise de sinistro desta cobertura o Segurado deverá apresentar os seguintes documentos, sendo que, no caso de envio de cópias, essas deverão ser autenticadas:

- a) Formulário de Aviso de Sinistro, disponibilizado pela Seguradora, devidamente preenchido e assinado;
- b) Formulário de Autorização para Pagamento de Indenização, disponibilizado pela Seguradora, devidamente preenchido e assinado;
- c) Declaração sobre a existência ou inexistência de outros seguros cobrindo as mesmas despesas, datada e assinada;
- d) Cópia dos documentos pessoais do Segurado: Carteira de Identidade (RG), CPF e comprovante de residência (conta de água, eletricidade ou telefone com até 90 dias de emissão);
- e) Comprovantes da viagem: passagens de ida e volta, cartões de embarque e hospedagem;
- f) Boletim de Ocorrência Policial ou documento equivalente da autoridade competente do local do sinistro, se houver;
- g) Carteira Nacional de Habilitação (CNH) em caso de acidente com veículo dirigido pelo Segurado;
- h) Laudo do Exame de Dosagem Alcoólica e/ou Toxicológico, se realizado;
- i) Laudos e imagens dos exames realizados;
- j) Guia de internação hospitalar e alta médica;

- k) Relatório do Médico Assistente, datado e assinado e com a indicação do CRM dele ou equivalente no exterior, discriminando o diagnóstico, o tratamento realizado e o período de convalescença necessário;
- l) Recibos e/ou notas fiscais originais das despesas de hospedagem e alimentação do Segurado durante as diárias cobertas para convalescença.

4.2 – Não serão aceitos relatórios médicos realizados pelo próprio Segurado, por seu cônjuge ou companheiro, ou por membro da família, independentemente de essa pessoa ser um médico habilitado.

Regresso Antecipado (RA)

1 – RISCOS COBERTOS

1.1 – Esta Cobertura, desde que contratada, garante a prestação de serviço ao Segurado, na forma prevista nas Condições Contratuais e limitada ao valor do Capital Segurado contratado, ou, na impossibilidade de contato ou utilização da rede de serviços autorizada, o reembolso das despesas com o traslado de regresso do Segurado ao local de domicílio ou origem da viagem, desde que a interrupção da viagem seja necessária e/ou inevitável, como consequência única e exclusiva de:

- a) Acidente pessoal ou enfermidade grave do Segurado que impossibilite a continuidade ou o prosseguimento de sua viagem;
- b) Morte ou internação hospitalar, em decorrência de Acidente Pessoal ou enfermidade declarada de forma repentina e de maneira aguda do cônjuge, pais, irmãos, filhos ou sogros do Segurado. A enumeração é taxativa e não enumerativa;
- c) Recebimento de Notificação judicial improrrogável para que o Segurado compareça perante a Justiça, desde que o recebimento da referida notificação ocorra durante a viagem.

2 – RISCOS EXCLUÍDOS

2.1 – Além das exclusões constantes na cláusula 8. RISCOS EXCLUÍDOS das Condições Contratuais deste seguro, estão excluídas desta Cobertura as despesas com equipe médica especializada e transporte sanitário.

3 – CAPITAL SEGURADO

3.1 – Em complemento à cláusula 5 das Condições Contratuais deste seguro, para fins de determinação do Capital Segurado vigente na Regulação do Sinistro, será considerada como data do evento a data do documento que comprove a necessidade de regresso antecipado do Segurado.

4 – DOCUMENTOS PARA REGULAÇÃO DE SINISTRO

4.1 – Em complemento ao item 10.4 da cláusula 10. PROVIDÊNCIAS EM CASO DE SINISTRO das Condições Contratuais deste seguro, para análise de sinistro desta cobertura o **BENEFICIÁRIO** deverá apresentar os seguintes documentos, sendo que, no caso de envio de cópias, essas deverão ser autenticadas:

- a) Formulário de Aviso de Sinistro, disponibilizado pela Seguradora, devidamente preenchido e assinado;
- b) Formulário de Autorização para Pagamento de Indenização, disponibilizado pela Seguradora, devidamente preenchido e assinado;
- c) Declaração sobre a existência ou inexistência de outros seguros cobrindo as mesmas despesas, datada e assinada;
- d) Cópia dos documentos pessoais do Segurado: Carteira de Identidade (RG), CPF e comprovante de residência (conta de água, eletricidade ou telefone com até 90 dias de emissão);
- e) Comprovantes da viagem: passagens de ida e volta, cartões de embarque e, no caso de Viagem internacional, cópia do passaporte;
- f) Boletim de Ocorrência Policial ou documento equivalente da autoridade competente do local do sinistro, se houver;
- g) Carteira Nacional de Habilitação (CNH) em caso de acidente com veículo dirigido pelo Segurado;
- h) Laudo do Exame de Dosagem Alcoólica e/ou Toxicológico, se realizado;
- i) Relatório do Médico Assistente, datado e assinado e com a indicação do CRM dele ou equivalente no exterior, descrevendo o quadro clínico e a recomendação do retorno do Segurado para o local do início da viagem ou de seu domicílio;
- j) Atestado de óbito ou guia de internação hospitalar do cônjuge, pai, mãe, irmão, filho, sogro ou sogra do Segurado, bem como o devido comprovante de vínculo familiar;

- k) Notificação Judicial que determine o comparecimento do Segurado perante a Justiça, com data de recebimento posterior à contratação da viagem e/ou serviços turísticos;
- l) Recibos e/ou notas fiscais originais das despesas de traslado cobertas, com demonstrativo de diferenças tarifárias das passagens de retorno ou reembolso de cancelamento delas.

4.2 – Não serão aceitos relatórios médicos realizados pelo próprio Segurado, por seu cônjuge ou companheiro, ou por membro da família, independentemente de essa pessoa ser um médico habilitado.

Regresso Antecipado por Sinistro no Domicílio

1 – RISCOS COBERTOS

1.1 – Esta Cobertura, desde que contratada, garante a prestação de serviço ao Segurado, na forma prevista nas Condições Contratuais e limitada ao valor do Capital Segurado contratado, ou, na impossibilidade de contato ou utilização da rede de serviços autorizada, o reembolso das despesas com o traslado de regresso do Segurado ao local de domicílio ou origem da viagem, desde que a interrupção da viagem seja necessária e/ou inevitável em decorrência única e exclusiva de incêndio, explosão, inundação ou roubo com danos e violência no domicílio do Segurado, enquanto este se encontrar em viagem, não havendo ninguém que possa cuidar da situação, desde que seu bilhete original de retorno não permita a mudança de data.

2 – RISCOS EXCLUÍDOS

2.1 – Ratificam-se as exclusões constantes na cláusula 8. RISCOS EXCLUÍDOS das Condições Contratuais deste seguro.

3 – CAPITAL SEGURADO

3.1 – Em complemento à cláusula 5 das Condições Contratuais deste seguro, para fins de determinação do Capital Segurado vigente na Regulação do Sinistro, será considerada como data do evento a data do documento que comprove a necessidade de regresso antecipado do Segurado.

4 – DOCUMENTOS PARA REGULAÇÃO DE SINISTRO

4.1 – Em complemento ao item 10.4 da cláusula 10. PROVIDÊNCIAS EM CASO DE SINISTRO das Condições Contratuais deste seguro, para análise de sinistro desta cobertura o **BENEFICIÁRIO** deverá apresentar os seguintes documentos, sendo que, **no caso de envio de cópias, essas deverão ser autenticadas:**

- a) Formulário de Aviso de Sinistro, disponibilizado pela Seguradora, devidamente preenchido e assinado;
- b) Formulário de Autorização para Pagamento de Indenização, disponibilizado pela Seguradora, devidamente preenchido e assinado;
- c) Declaração sobre a existência ou inexistência de outros seguros cobrindo as mesmas despesas, datada e assinada;
- d) Cópia dos documentos pessoais do Segurado: Carteira de Identidade (RG), CPF e comprovante de residência (conta de água, eletricidade ou telefone com até 90 dias de emissão);
- e) Comprovantes da viagem: passagens de ida e volta, cartões de embarque e, no caso de Viagem internacional, cópia do passaporte;
- f) Boletim de Ocorrência Policial ou documento equivalente da autoridade competente do local do Sinistro, que comprove a data e o tipo de sinistro na residência do Segurado;
- g) Recibos e/ou notas fiscais originais das despesas de traslado cobertas, com demonstrativo de diferenças tarifárias das passagens de retorno ou reembolso de cancelamento delas.

| Acompanhamento de Menor e/ou Idoso

1 – RISCOS COBERTOS

1.1 – Esta Cobertura, desde que contratada, garante a prestação de serviço na forma prevista nas Condições Contratuais e limitada ao valor do Capital Segurado contratado, ou, na impossibilidade de contato ou utilização da rede de serviços autorizada, o reembolso das despesas com as providências de acompanhamento de repatriação e remarcação ou substituição de passagens de retorno, de mesma classe e equivalente ao itinerário original, de filhos menores de 18 (dezoito) anos ou com incapacidade física ou mental, ou familiares idosos com 60 (sessenta) anos ou mais, que estejam viajando com o Segurado e que venham a ficar desacompanhados caso o Segurado sofra Acidente Pessoal ou enfermidade súbita e aguda que o impeça de cuidar dos dependentes e prosseguir viagem, ou venha a falecer.

1.2 – Se necessário, esta cobertura garante a aquisição de uma passagem aérea de ida e volta, na mesma classe da passagem dos dependentes do Segurado, para que uma pessoa capacitada indicada pelo Segurado ou por sua família possa acompanhar os dependentes na viagem de retorno ao seu domicílio.

1.3 – Como familiares idosos, para fins desta cobertura, entendem-se o cônjuge, os pais e os sogros do Segurado, que tenham 60 (sessenta) anos ou mais na data do sinistro.

2 – RISCOS EXCLUÍDOS

2.1 – Além das exclusões constantes na cláusula 8. RISCOS EXCLUÍDOS das Condições Contratuais deste seguro, está excluída desta Cobertura a necessidade de repatriação não decorrente da morte, de Acidente Pessoal ou de enfermidade súbita e aguda do Segurado.

3 – CAPITAL SEGURADO

3.1 – Em complemento à cláusula 5 das Condições Contratuais deste seguro, para fins de determinação do Capital Segurado vigente na Regulação do Sinistro, será considerada como data do evento a data do primeiro atendimento médico-hospitalar que deu origem ao sinistro coberto.

4 – DOCUMENTOS PARA REGULAÇÃO DE SINISTRO

4.1 – Em complemento ao item 10.4 da cláusula 10. PROVIDÊNCIAS EM CASO DE SINISTRO das Condições Contratuais deste seguro, para análise de sinistro desta cobertura o Segurado deverá apresentar os seguintes documentos, sendo que, no caso de envio de cópias, essas deverão ser autenticadas:

- a) Formulário de Aviso de Sinistro, disponibilizado pela Seguradora, devidamente preenchido e assinado;
- b) Formulário de Autorização para Pagamento de Indenização, disponibilizado pela Seguradora, devidamente preenchido e assinado;
- c) Declaração sobre a existência ou inexistência de outros seguros cobrindo as mesmas despesas, datada e assinada;
- d) Cópia dos documentos pessoais do Segurado: Carteira de Identidade (RG), CPF e comprovante de residência (conta de água, eletricidade ou telefone com até 90 dias de emissão);
- e) Comprovantes da viagem: passagens de ida e volta, cartões de embarque e hospedagem;
- f) Boletim de Ocorrência Policial ou documento equivalente da autoridade competente do local do sinistro, se houver;

- g) Carteira Nacional de Habilitação (CNH) em caso de acidente com veículo dirigido pelo Segurado;
- h) Laudo do Exame de Dosagem Alcoólica e/ou Toxicológico, se realizado;
- i) Certidão de óbito do Segurado ou Relatório do Médico Assistente, datado e assinado e com a indicação do CRM dele ou equivalente no exterior, discriminando o diagnóstico e tratamento necessário;
- j) Comprovante das despesas para a repatriação dos menores e/ou idosos dependentes, bem como o devido comprovante de vínculo familiar, e cópia das passagens aéreas de retorno e de ida e volta do acompanhante, se houver.

4.2 – Não serão aceitos relatórios médicos realizados pelo próprio Segurado, por seu cônjuge ou companheiro, ou por membro da família, independentemente de essa pessoa ser um médico habilitado.

Retorno de Familiares em Caso de Falecimento do Segurado (RFFS)

1 – RISCOS COBERTOS

1.1 – Esta Cobertura, desde que contratada, garante a prestação de serviço na forma prevista nas Condições Contratuais e limitada ao valor do Capital Segurado contratado, ou, na impossibilidade de contato ou utilização da rede de serviços autorizada, o reembolso das despesas com as providências de remarcação ou substituição de passagens de retorno, de mesma classe e equivalente ao itinerário original, de familiares que estejam viajando com o Segurado e que necessitem antecipar seu retorno caso o Segurado sofra Acidente Pessoal ou enfermidade súbita e aguda e venha a falecer.

1.2 – Como familiares, para fins desta cobertura, entendem-se o cônjuge, os filhos, os pais e os sogros do Segurado.

2 – RISCOS EXCLUÍDOS

2.1 – Além das exclusões constantes na cláusula 8. RISCOS EXCLUÍDOS das Condições Contratuais deste seguro, está excluída desta Cobertura a necessidade de retorno não decorrente da morte do Segurado.

3 – CAPITAL SEGURADO

3.1 – Em complemento à cláusula 5 das Condições Contratuais deste seguro, para fins de determinação do Capital Segurado vigente na Regulação do Sinistro, será considerada como data do evento a data do falecimento do Segurado.

4 – DOCUMENTOS PARA REGULAÇÃO DE SINISTRO

4.1 – Em complemento ao item 10.4 da cláusula 10. PROVIDÊNCIAS EM CASO DE SINISTRO das Condições Contratuais deste seguro, para análise de sinistro desta cobertura o **BENEFICIÁRIO** deverá apresentar os seguintes documentos, sendo que, no caso de envio de cópias, essas deverão ser autenticadas:

- a) Formulário de Aviso de Sinistro, disponibilizado pela Seguradora, devidamente preenchido e assinado;
- b) Formulário de Autorização para Pagamento de Indenização, disponibilizado pela Seguradora, devidamente preenchido e assinado;
- c) Declaração sobre a existência ou inexistência de outros seguros cobrindo as mesmas despesas, datada e assinada;
- d) Cópia dos documentos pessoais do Segurado: Carteira de Identidade (RG), CPF e comprovante de residência (conta de água, eletricidade ou telefone com até 90 dias de emissão);
- e) Comprovantes da viagem: passagens de ida e volta, cartões de embarque e hospedagem;
- f) Boletim de Ocorrência Policial ou documento equivalente da autoridade competente do local do sinistro, se houver;
- g) Carteira Nacional de Habilitação (CNH) em caso de acidente com veículo dirigido pelo Segurado;
- h) Laudo do Exame de Dosagem Alcoólica e/ou Toxicológico, se realizado;
- i) Certidão de óbito do Segurado e Relatório do Médico Assistente, datado e assinado e com a indicação do CRM dele ou equivalente no exterior, discriminando o diagnóstico;
- j) Comprovante das despesas para o retorno do cônjuge, dos filhos, dos pais e ou dos sogros do Segurado, bem como o devido comprovante de vínculo familiar.

4.2 – Não serão aceitos relatórios médicos realizados pelo cônjuge ou companheiro do Segurado, ou por membro da família, independentemente de essa pessoa ser um médico habilitado.

Ratificação

Ratificam-se as demais disposições do Contrato de Seguro que não tenham sido alteradas pelas presentes Condições Especiais de cada cobertura.

As condições contratuais deste produto protocolizadas pela sociedade na SUSEP poderão ser consultadas em www.susep.gov.br, de acordo com o Processo SUSEP nº 15414.610536/2022-67 (Viagem Coletivo). A comercialização de seguro é fiscalizada pela SUSEP. O registro deste plano na SUSEP não implica, por parte da Autarquia, incentivo ou recomendação à sua comercialização. Seguro garantido pela Generali Brasil Seguros S/A – CNPJ: 33.072.307/0001-57 – Avenida Barão de Tefé, 34/16º andar, Saúde, Rio de Janeiro/RJ, CEP: 20220460, Registro SUSEP 05908.

CONDIÇÕES GERAIS DOS SERVIÇOS DE ASSISTÊNCIA

| COBERTURAS | Plano 2 | Plano 3 |
|---|-----------------------------|-----------------------------|
| Adiantamento para Pagamento de Fiança | Até US\$ 20.000,00 | Até US\$ 20.000,00 |
| Auxílio na Localização de Bagagem | Serviço ilimitado | Serviço ilimitado |
| Adiantamento de Fundos em Caso de Extravio de Bagagem | Até US\$ 300,00 | Até US\$ 300,00 |
| Concierge (Serviços de Informação e Organização) | Serviço ilimitado | Serviço ilimitado |
| Assessoria Empresarial | Serviço ilimitado | Serviço ilimitado |
| Assessoria Cultural e Turística | Serviço ilimitado | Serviço ilimitado |
| Assessoria para Viagens | Serviço ilimitado | Serviço ilimitado |
| Envio de Documentos | Serviço ilimitado | Serviço ilimitado |
| Segunda Opinião Médica | 01 Acionamento por vigência | 01 Acionamento por vigência |

*As coberturas estipuladas em euros (EUR) são válidas para viagens realizadas dentro do território dos Estados-membros da União Europeia e Estados Associados, signatários do Tratado de Schengen. Fora desses países, aplica-se o limite de cobertura em dólares norte-americanos (USD).

1 | Apresentação

Os Serviços de Assistência são complementares às coberturas de seguro e não se confundem com estas. Eles são prestados ao Segurado durante o período de vigência no âmbito de cobertura definido no Certificado Individual de Seguro e nas Condições Gerais de Assistência.

2 | Assistência 24 Horas ao Segurado

Para utilizar os Serviços de Assistência, o Segurado deverá acionar a Central de Atendimento da Empresa de Serviços, por meio dos seguintes canais:

- CHAMADAS NACIONAIS: 0800-725-2204
- CHAMADAS DO EXTERIOR: +55 11 2871-5141

Poderá o Segurado, ainda, realizar ligação do exterior a cobrar utilizando o serviço Brasil Direto, disponibilizado pela Embratel.

Para isso, basta verificar o código de acesso ao serviço do país em que o Segurado se encontra, escolher a Opção 3 (ligação com auxílio de operador) e informar o número de telefone impresso no *voucher*.

Os códigos de acesso estão disponíveis no site da Embratel – Brasil Direto – e podem ser acessados pelo:

<http://portal.embratel.com.br/fazum21/brasil-direto/numeros-de-acesso>

3 | Serviços de Assistência

3.1 – ADIANTAMENTO DE FUNDOS PARA PAGAMENTO DE FIANÇA

Em caso de exigência de fiança judicial para a concessão de liberdade provisória do Segurado (“Evento”), a Assistência 24 Horas providenciará o adiantamento do valor para o pagamento da fiança.

A conversão em moeda estrangeira e disponibilização do valor ao Usuário serão feitas no valor equivalente ao depósito prévio, em reais, efetuado por pessoa indicada do Usuário na conta-corrente da Assistência 24 Horas no Brasil, indicada pela Central de Assistência, respeitando-se os limites contratados. Os valores serão convertidos ao câmbio turismo de compra do dia do adiantamento.

O pagamento será realizado mediante reconhecimento de dívida, por parte do Usuário, com devolução até 30 (trinta) dias ao câmbio corrente da data da restituição, de acordo com a taxa definida pelo BACEN.

Este Serviço será prestado até o limite do plano de Assistência 24 Horas contratado.

3.2 – AUXÍLIO NA LOCALIZAÇÃO DE BAGAGEM

Em caso de extravio de bagagens (“Evento”), a Assistência 24 Horas auxiliará o Segurado intermediando o contato com a Cia. Transportadora para monitorar o processo de busca. O Segurado deverá entrar em contato com a Central de Assistência munido da notificação junto à Cia. Aérea (PIR–Property Irregularity Report) obtida antes de deixar o local de desembarque, para que a Assistência 24 Horas possa proceder com o monitoramento à localização da bagagem.

Caberá ao Segurado informar à Cia. Aérea o domicílio transitório (ou definitivo) para que, no caso de a Cia. Transportadora localizar a bagagem, esta possa ser-lhe entregue. Este serviço será prestado pelo período máximo de 30 (trinta) dias corridos contados a partir da data de notificação da PIR. A Assistência 24 Horas não é responsável pela recuperação da bagagem, entrega dela ou por informações desconhecidas fornecidas pelas Cias. Aéreas ou pelo Usuário.

3.3 – ADIANTAMENTO DE FUNDOS EM CASO DE EXTRAVIO, ROUBO OU FURTO DE BAGAGEM

Em caso de extravio de bagagem do Usuário, enquanto ela estiver sob responsabilidade da companhia aérea, por um período superior a 3 (três) horas, a Central de Assistência 24 Horas, com o fim específico de suprir a falta dos objetos de uso pessoal de primeira necessidade, adiantará ao Usuário recursos para as suas necessidades emergenciais, mediante reconhecimento de dívida, por parte do Usuário, com devolução até 30 (trinta) dias ao câmbio corrente da data da restituição, de acordo com a taxa definida pelo BACEN.

O pagamento será realizado mediante reconhecimento de dívida, por parte do Segurado, com devolução até 30 (trinta) dias ao câmbio corrente da data da restituição, de acordo com a taxa definida pelo BACEN.

Este serviço será prestado até o limite do plano de Assistência 24 Horas contratado.

3.4 – *CONCIERGE*

INFORMAÇÕES DE VIAGEM

Quando solicitado pelo Segurado (“Evento”), a Central de Assistência 24 Horas prestará ao Segurado informações sobre os assuntos abaixo listados:

- a) Documentações, passaportes, requisitos de vistos, vistos de entrada, vacinas;
- b) Números de telefones de Embaixadas e Consulados brasileiros;
- c) Informações meteorológicas;
- d) Condições do trânsito e mapas;
- e) Informações sobre o país e suas principais cidades.

As informações solicitadas serão encaminhadas no prazo máximo de 2 (dois) dias úteis.

COMPRA E ENVIO DE INGRESSOS

Se solicitado pelo Segurado, a Assistência 24 Horas providenciará a compra de ingressos para apresentações teatrais, espetáculos musicais, concertos, museus, shows, jogos esportivos e outros eventos, além do envio destes ao Usuário, conforme informações fornecidas por este quanto ao nome do evento, dia e horário em que deseja comparecer, número de ingressos a serem comprados, categoria dos ingressos, quando houver, e demais especificidades necessárias à compra dos ingressos. A compra de ingressos está condicionada à disponibilidade deles nos estabelecimentos de venda autorizados. Se eventualmente não houver ingressos disponíveis nos postos de venda autorizados, a Assistência Concierge não poderá se responsabilizar.

A solicitação deverá ocorrer no prazo máximo de 24 (vinte quatro) horas antes do início do evento, exceto se de outra forma exigido pela organização do evento. A compra de determinada quantidade de ingressos solicitada pelo Segurado está condicionada à disponibilidade e aos limites estabelecidos pelos estabelecimentos de venda autorizados.

INDICAÇÃO E RESERVA EM RESTAURANTES, BARES E CASAS NOTURNAS

Se solicitada pelo Segurado, a Assistência 24 Horas providenciará a reserva em restaurantes, bares e casas noturnas indicados pelo Segurado.

Este serviço está condicionado à disponibilidade do estabelecimento, bem como ao prazo de antecedência exigido por este para fins de reserva. Em razão da natureza dos serviços prestados, a Assistência 24 Horas não poderá ser responsabilizada por qualquer falha dos restaurantes, bares e casas noturnas na confirmação da reserva, bem como pela qualidade dos serviços/ produtos prestados/fornecidos por eles.

A ASSISTÊNCIA NÃO SE RESPONSABILIZA POR INSTRUÇÕES E/OU SOLICITAÇÃO QUE NÃO TENHAM SIDO SOLICITADAS À CENTRAL DE ASSISTÊNCIA OU QUE TENHAM SIDO SOLICITADAS DIRETAMENTE OU INDIRETAMENTE PELO SEGURADO AO ESTABELECIMENTO FORNECEDOR, TAIS COMO ANTECIPAÇÃO, EXTENSÃO OU REALIZAÇÃO DO SERVIÇO.

QUALQUER TIPO DE DESPESA PROVENIENTE DAS SOLICITAÇÕES DO USUÁRIO: A CENTRAL DE ASSISTÊNCIA 24 HORAS NÃO SE RESPONSABILIZA PELOS SERVIÇOS E PRODUTOS ADQUIRIDOS PELO USUÁRIO, BEM COMO PELAS INFORMAÇÕES FORNECIDAS PELO ESTABELECIMENTO FORNECEDOR.

3.5 – ASSESSORIA EMPRESARIAL

O Segurado poderá entrar em contato com a Central de Atendimento, que organizará os seguintes serviços:

- a) Localização de equipamentos: telefone celular, computadores, *notebooks*, impressoras e projetores, entre outros;
- b) Locação de salas para a realização de eventos: convenções, palestras, conferências, exposições e *workshops*;
- c) Indicação de profissional para trabalho em evento temporário: recepcionista, secretária, tradutor, intérprete, mestre de cerimônias, manobrista e outros necessários à realização do evento.

Todos os custos relacionados com as solicitações dos serviços da Assessoria Empresarial serão de inteira responsabilidade do Segurado.

3.6 – ASSESSORIA CULTURAL E TURÍSTICA

O **BENEFICIÁRIO** poderá entrar em contato com a Central de Atendimento para obter informações sobre atividades e dicas culturais para determinada localidade, como óperas, teatros, concertos, museus, shows, eventos esportivos, restaurantes, vinícolas e pontos turísticos, entre outras atividades.

Todos os custos relacionados com as solicitações dos serviços de Assessoria Cultural e Turística serão de inteira responsabilidade do Segurado.

3.7 – ASSESSORIA PARA VIAGENS

O **BENEFICIÁRIO** poderá entrar em contato com a Central de Assistência para obter informações sobre viagem (hotéis e passagens).

3.8 – ENVIO DE DOCUMENTOS

Em caso de extravio de qualquer documento imprescindível à execução do trabalho, a Central de Assistência enviará cópias desses documentos ao Usuário. Limite de 1,5 kg e dentro das exigências de postagem.

3.9 – SEGUNDA OPINIÃO MÉDICA

A SOMI (Segunda Opinião Médica Internacional) é um parecer/laudo a respeito de diagnóstico, conduta ou prognóstico relativos a um caso clínico específico, emitido por especialista idôneo, pertencente à rede credenciada da Central de Assistência, emitido a pedido do médico assistente do Usuário, baseado nos dados constantes do diagnóstico, prognóstico ou tratamento respectivo.

PATOLOGIAS E SITUAÇÕES SUJEITAS À SEGUNDA OPINIÃO MÉDICA:

Toda solicitação recebida pela Central de Assistência sofrerá prévia avaliação positiva dos médicos da estrutura da Central de Assistência, considerando-se as regras estipuladas neste contrato – **principalmente**, nos itens abaixo listados. As especialidades cujas patologias e situações estão sujeitas à SOMI estão relacionadas abaixo:

- Doenças cardiovasculares;
- Doenças neurológicas;
- Câncer;
- Cirurgia mutilante;

- Transplantes;
- Qualquer doença considerada grave pelo médico assistente do Usuário, desde que ratificado pela equipe médica da Central de Assistência.

Para a realização da SOMI, as situações deverão apresentar uma das seguintes características:

- a) Impossibilidade de diagnóstico apesar de esgotados os recursos disponíveis de opiniões médicas e exames complementares;
- b) Dificuldade na determinação do tratamento adequado, seja pela impossibilidade de se estabelecer um consenso entre especialistas renomados, seja pela inexistência de uma proposta terapêutica satisfatória.

Para qualquer das hipóteses acima citadas, a definição da necessidade ou não da realização da SOMI se dará unilateralmente pelos profissionais integrantes da equipe médica da Central de Assistência, sem que haja qualquer interferência do Usuário ou do médico assistente.

Todas as especialidades e patologias a que o Usuário fará jus para a realização da SOMI, conforme descrito no item acima, deverão ser reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina, sem exceção.

A SOMI somente poderá ser solicitada pelo profissional médico, devidamente habilitado, que estiver assistindo o Usuário (médico assistente).

A Central de Assistência, ao ser acionada, fornecerá todas as informações sobre os procedimentos necessários para a solicitação, o que inclui a remessa dos documentos relativos ao Usuário e seu caso específico, assim como documento de solicitação da SOMI devidamente preenchido e assinado pelo médico assistente.

Os custos para o envio dos documentos necessários à Central de Assistência correrão por conta do Usuário, não se responsabilizando a Central de Assistência por qualquer despesa nesse sentido.

Os documentos a serem enviados para a realização da SOMI serão definidos pelo médico assistente, de acordo com patologia e dúvidas encaminhadas, podendo ser avaliados pela Central de Assistência ou por seus Prestadores Credenciados em termos de qualidade e/ou necessidade de informações adicionais para prestação do serviço.

Os referidos documentos deverão ser enviados via correio com aviso de recebimento (AR) aos cuidados de Europ Assistance Brasil, Serviço de Segunda Opinião Médica, Avenida Juruá, 320 – Barueri – São Paulo – CEP: 06455-933.

O médico assistente, junto ao seu paciente (Usuário elegível), deverá enviar, conforme procedimento apontado pela Central de Assistência, todos os dados clínicos referentes ao Usuário, tais como histórico do caso/patologia, testes e exames laboratoriais, radiografias e eletrocardiogramas, entre outros.

IMPORTANTE: TODAS AS INFORMAÇÕES SERÃO BASEADAS EM PROTOCOLOS MÉDICOS QUE DETERMINARÃO OS PROCEDIMENTOS A SEREM ADOTADOS EM CADA SITUAÇÃO.

Mediante confirmação de recebimento de todos os documentos com a qualidade exigida, a Central de Assistência procederá com a digitalização de todo o material diagnóstico e a elaboração dos quesitos que serão submetidos aos médicos especialistas que deverão elaborar a SOMI.

Todos os dados clínicos serão transmitidos através de aparelhos de telemedicina ou via *courrier* aos centros médicos de referência.

De posse do dossiê do Usuário, o prestador credenciado executará a avaliação clínica e diagnóstica através de seus especialistas.

Os médicos especialistas formularão a SOMI de forma escrita, que será enviada à Central de Assistência, para tradução de seu teor, e posterior encaminhamento ao médico assistente, em endereço no Brasil, e conforme informado no formulário de solicitação da SOMI.

A Central de Assistência realizará a tradução simples da SOMI a suas expensas.

As partes reconhecem que não haverá a necessidade de tradução juramentada do documento, exceto por motivo de lei que passe a exigir tal formalidade. Nesse caso, ambas as partes, em comum acordo, definirão de quem será a responsabilidade sobre essas expensas.

A prestação de serviços pela Central de Assistência será realizada das **8h às 20h, de segunda-feira a sexta-feira**, exceto feriados, acionável através do telefone dedicado para solicitação do serviço pelo Usuário.

Uma vez constado pela Central de Assistência o efetivo recebimento do documento de solicitação de SOMI pelo médico assistente e demais exames necessários para prestação do serviço, esta tomará as providências que lhe competem, sendo certo que terá um prazo de 30 (trinta) dias corridos para entrega do laudo/parecer pela equipe credenciada ao médico assistente.

A prestação dos serviços estabelecidos nestas Condições Gerais será executada desde que não haja impedimentos legais, devendo a Central de Assistência, o Contratante e o Usuário observar a legislação aplicável no Brasil, o que inclui todas as normas regulamentadoras da atividade médica.

IMPORTANTE: PARA GARANTIA DA EXECUÇÃO DOS SERVIÇOS INCLUSOS EM QUALQUER PRODUTO, É IMPRESCINDÍVEL QUE SEJA REALIZADO O CONTATO COM A CENTRAL DE ASSISTÊNCIA ANTES DE QUALQUER PROVIDÊNCIA RELACIONADA AOS SERVIÇOS.

O Usuário poderá entrar em contato com a Central de Assistência para solicitar informações sobre determinados serviços, contudo o acionamento dos serviços ora contratados somente poderá se dar por parte do médico assistente através do documento de solicitação devidamente assinado e preenchido com o histórico do Paciente.

SIGILO E ÉTICA MÉDICA – SEGUNDA OPINIÃO MÉDICA

As partes declaram-se cientes de que a interferência de um segundo profissional na abordagem de um caso clínico envolve numerosas implicações de ordem ética. Desse modo, tanto os dados do Usuário, sujeito da prestação de serviços descrita neste instrumento, quanto a SOMI somente poderão ser acessados pelos médicos envolvidos no caso.

De acordo com o descrito no presente instrumento, a SOMI não deverá ser confundida com a prática da teleconsulta. Conforme definido, a SOMI é considerada um procedimento ético e legal, resumindo-se na emissão de um parecer/laudo dado de um médico por solicitação de outro médico (médico assistente).

A equipe de prestadores credenciada é constituída por profissionais dentro de todas as especialidades médicas descritas no item ***“Patologias e situações sujeitas à segunda opinião médica”***. Os referidos profissionais, além de incontestável competência nas suas respectivas áreas de atuação, gozam de ilibado conceito quanto à sua conduta ética, qualidades essas avaliadas continuamente pela Central de Assistência.

O médico consultor emitirá o parecer/laudo em função dos dados que lhe são apresentados, desde que suficientes para a prestação dos serviços, o que será definido pela equipe da Central de Assistência. As partes declaram-se cientes de que os prestadores credenciados para a emissão da SOMI poderão abster-se de se pronunciar e realizar o serviço ante a insuficiência dos dados fornecidos pelo médico assistente.

As partes declaram-se cientes de que a equipe de profissionais credenciada para a emissão da SOMI poderá a qualquer tempo solicitar novas informações, podendo até determinar que o Usuário realize novos exames. Na hipótese de não recebimento de tais exames no prazo solicitado pela Central de Assistência, a solicitação de SOMI será automaticamente cancelada.

PRAZO PARA SEGUNDA OPINIÃO MÉDICA

Após a confirmação do recebimento e adequação do formulário de solicitação da SOMI e respectivos exames pela Central de Assistência, a documentação com a SOMI traduzida será encaminhada ao médico assistente solicitante em até 30 (trinta) dias corridos.

As partes reconhecem que fatores imponderáveis podem atrasar o trânsito da informação, tais como impedimento do profissional emissor da SOMI por motivo de força maior, pane nos sistemas eletrônicos e acidentes imprevistos, entre outros. Esses fatores, ocorrências inesperadas de ordem logística, não constituem regra, mas exceções. Nessas circunstâncias, a Central de Assistência prestará todas as informações sobre o andamento do processo ao Usuário ou ao médico assistente, de acordo com a solicitação.

4 | Exclusões e Limitações de Serviços

4.1 – Os Serviços de Assistência poderão sofrer limitação de:

LIMITE DE DURAÇÃO DA ASSISTÊNCIA

O prazo de vigência da **Assistência 24 Horas** vigorará pelo prazo em que o vínculo contratual entre o Usuário e o Contratante vigorar, observadas as disposições complementares citadas abaixo.

Os serviços de **Assistência 24 Horas** serão disponibilizados ao Usuário durante o período em que estiver ausente do domicílio a mais de 100 km (cem quilômetros), desde que ele esteja dentro de um dos países descritos no Limite Territorial da Assistência e que o prazo total da ausência domiciliar não exceda 365 (trezentos e sessenta e cinco) dias corridos.

Para o serviço de *Concierge*, o serviço poderá ser acionado a qualquer momento, estando o Usuário no domicílio ou não. Para os demais serviços contemplados nestes Termos e Condições, o Usuário poderá utilizar os serviços da **Assistência 24 Horas**, desde a data de início da contratação do serviço até a data de seu término, sendo que tais datas serão indicadas pelo Contratante ao Usuário no momento da contratação dos serviços.

A Assistência 24 Horas se reserva o direito de cancelar automaticamente os serviços ora contratados, quando o Usuário causar ou provocar intencionalmente um fato que dê origem à necessidade de prestação de qualquer um dos serviços aqui descritos, ou quando ele omitir ou fornecer intencionalmente informações falsas. Em complemento ao disposto nos itens acima, a Assistência será considerada cancelada de pleno direito, independentemente de notificação prévia ao Usuário:

- a) Na data em que cessar, independentemente do motivo, o vínculo contratual do Usuário com o Contratante que tiver concedido o direito à utilização dos Serviços;
- b) Quando atingidos quaisquer dos limites estabelecidos nessas cláusulas;
- c) Quando houver o Usuário prestado informações ou encaminhado documentos inconsistentes, falhos, falsos ou inverídicos e/ou provenientes de má-fé;
- d) Praticar atos ilícitos e contrários à lei.

LIMITE TERRITORIAL DA ASSISTÊNCIA

O Usuário terá direito à utilização dos Serviços somente se o Evento ocorrer em território Internacional.

Todos os serviços de Assistência 24 Horas são prestados em cidades consideradas grandes polos turísticos ou cidades com mais de 200.000 (duzentos mil) habitantes. Para as demais cidades sem infraestrutura, o Usuário será instruído pela Central de Assistência sobre como proceder, observando em qualquer caso os limites previstos para o serviço solicitado.

Os serviços não serão válidos caso venham a ser adquiridos por quem já se encontre em viagem, sendo que a Assistência 24 Horas se reserva o direito de investigar a veracidade das declarações do Usuário nesse sentido.

Caso a Assistência 24 Horas identifique que os serviços foram adquiridos por Usuário em viagem, poderá exigir do Usuário o reembolso imediato de todos os gastos relativos aos serviços e indevidamente efetuados.

Os serviços também não serão prestados aos Usuários que deixarem de ter domicílio no Brasil.

4.2 – EXCLUSÕES DA ASSISTÊNCIA 24 HORAS

Estão excluídos da Assistência 24 Horas quaisquer prejuízos, ônus, perdas, danos ou responsabilidades de qualquer natureza, direta ou indiretamente causados por ou resultantes de ou para os quais tenham contribuído:

- a) Uso de material nuclear para quaisquer fins, incluindo a explosão nuclear provocada ou não, bem como a contaminação radioativa ou a exposição a radiações nucleares ou ionizantes;
- b) Atos ou operações de guerra, declarada ou não, de guerra química ou bacteriológica, de guerra civil, de guerrilha, de revolução, agitação, motim, revolta, sedição, sublevação ou outras perturbações da ordem pública e delas decorrentes;
- c) Furacões, ciclones, terremotos, maremotos, inundações, quedas de corpos siderais, meteoritos, erupções vulcânicas e outras convulsões da natureza;
- d) Ato terrorista, que caracterize a natureza do atentado, independentemente de seu propósito, e desde que este tenha sido devidamente reconhecido como atentatório à ordem pública pela autoridade pública competente;
- e) Intoxicações decorrentes da ação de produtos químicos ou medicamentos, salvo quando prescritos por médico em decorrência de assistência médica prestada em razão de acidente pessoal definido nestes termos e condições;
- f) Choque anafilático e suas consequências;
- g) Internações hospitalares para investigação diagnóstica e/ou avaliação do estado de sanidade (*checkup*);
- h) Intercorrências ou complicações consequentes à realização de exames, tratamentos clínicos ou cirúrgicos, quando não decorrentes de acidente pessoal definido nestes termos e condições;
- i) Tratamento de doenças mentais ou psiquiátricas;
- j) Perda de dente;
- k) Tratamentos estéticos ou rejuvenescedores de qualquer tipo;

- l) Cirurgias plásticas e despesas com compra de prótese, confecção de óculos e lentes de contato (exceto as despesas com cirurgias pós-acidentais que sejam necessárias para restabelecimento do Usuário e as despesas com reparos ou substituição de próteses odontológicas danificadas em consequência de acidente pessoal definido nestes termos e condições, desde que contratado o serviço de assistência correspondente);
- m) Lesões corporais e suas consequências, decorrentes de acidentes ocorridos antes do início do período de viagem assistido;
- n) Eventos não decorrentes de acidente pessoal definido nestes termos e condições;
- o) Suicídio ou sua tentativa;
- p) Doenças e lesões ocasionadas pelo risco/meio de profissão do Usuário;
- q) Lesões decorrentes de esforços repetitivos ou microtraumas cumulativos;
- r) Situações reconhecidas por instituições oficiais de previdência como “invalidez acidentária”;
- s) Epidemias, pandemias e endemias, assim consideradas por instituições de saúde reconhecidas nacional e internacionalmente como o Ministério da Saúde brasileiro e a OMS – Organização Mundial da Saúde;
- t) Para o evento covid-19 não há cobertura, mesmo após a descaracterização do estado de epidemia, pandemia e endemia;
- u) Dano moral, dano estético e indenizações punitivas;
- v) Atos ilícitos dolosos praticados pelo Usuário, por seus **BENEFICIÁRIOS**, pelo representante de um ou de outro ou, ainda, pelos sócios controladores, dirigentes, administradores beneficiários do Estipulante ou seus respectivos representantes.

Estão também limitados os serviços de todos os itens dispostos neste contrato nos seguintes termos:

- a) O Usuário somente poderá utilizar-se dos serviços de assistência com a prévia autorização da Central de Assistência, exceto na ocorrência de situações que o ponham em risco de vida;
- b) Os serviços de assistência não se aplicarão às complicações que venham a ocorrer durante a viagem do Usuário, decorrentes de qualquer inobservância de prescrição médica;

- c) Os serviços de assistência não poderão ser prestados quando não houver cooperação por parte do Usuário ou outro que vier a requerer assistência em seu nome, no que se refere às informações requisitadas pela Central de Assistência (dados imprescindíveis ao atendimento, como nome, endereço, CPF, descrição de sintomas e outros que se façam necessários);
- d) Nas situações em que a equipe médica da Central de Assistência não consiga obter laudos médicos de forma satisfatória, caberá ao Usuário obtê-los diretamente do médico que o trata e/ou do hospital no qual se encontra internado. Vale lembrar que o poder de obtenção de laudos é direito do Usuário e a Central de Assistência não pagará por qualquer tipo de laudo e/ou tradução de línguas não universais. Caso não haja tal colaboração, o Usuário perderá o direito ao atendimento;
- e) O não comparecimento à consulta médica agendada pela Central de Assistência será considerado injustificável e os custos resultantes dela correrão por conta do Usuário.

5 | Elegibilidade

São elegíveis aos serviços objeto do presente contrato os clientes vinculados aos planos de saúde comercializados pela AMIL indicados na Tabela de Vendas vigente na data da contratação.

O Segurado poderá utilizar o seguro durante o prazo de vigência da apólice, mas somente estará coberto durante o período da viagem, o qual deverá constar no Certificado Individual de Seguro, respeitadas as disposições relativas ao Período Máximo de Viagem, conforme disposto abaixo.

Período Máximo de Viagem: tanto o Seguro Viagem quanto os serviços de assistência serão disponibilizados aos Segurados durante o período de vigência contratado, desde que (i) a viagem ocorra para um dos países descritos no Âmbito Geográfico e (ii) que o período de vigência contratado não ultrapasse os limites máximos de 180 (cento e oitenta) dias.

Antes de cada viagem, o Segurado deverá entrar em contato com a Central de Assistência e solicitar a emissão de um Certificado Individual específico para esta viagem. No Certificado Individual, constará o período de vigência do seguro, além das datas de início e término da viagem.