



APÓLICE DE SEGURO MÉDICO DE VIAGEM

AVISO IMPORTANTE

Use o tempo necessário para ler a apólice do Segurado e conhecer a cobertura do Segurado. A cobertura do Segurado está sujeita a certas limitações, condições e exclusões. Preste muita atenção nas palavras escritas em maiúsculas. Elas têm um significado específico, explicado na seção de Definições da presente apólice, na página 9. A presente apólice é secundária em relação a todas as demais fontes de cobertura (página 9). Quaisquer benefícios devidos nos termos da presente apólice são excedentes em relação a outras coberturas às quais o Segurado possa ter direito perante qualquer outra seguradora ou qualquer outra fonte de recuperação.

Os valores dos benefícios descritos na Apólice referem-se a um período de 365 dias, salvo no caso do benefício de Internação Psiquiátrica (A6) e dos benefícios relativos a Honorários Psiquiátricos (A7), aos quais se aplica o limite vitalício máximo de cobertura. Independentemente do número de apólices adquiridas pelo Segurado em um período de 365 dias, os valores dos benefícios não serão renovados até que tenha decorrido o prazo de 365 dias a contar da Data de Vigência da apólice original contratada e da respectiva data de aniversário a cada ano subsequente.

A exclusão por Condição Preexistente se aplica a Condições Médicas que já existiam antes do Período da Cobertura do Segurado (página 1). Não deixe de ler a seção de exclusões por Condição Preexistente (página 6) para verificar se elas se aplicam ao Segurado.

Na hipótese de Doença, o histórico clínico anterior será avaliado caso seja relatado um sinistro.

O Segurado é obrigado a notificar a Administradora antes de iniciar o Tratamento conforme descrito na página 11. Os benefícios serão limitados se o Segurado não entrar em contato com a Administradora no prazo especificado.

DIREITO DE AVALIAÇÃO

O Segurado pode cancelar a presente apólice até 10 dias após a respectiva contratação, fazendo jus ao reembolso integral, desde que o Segurado não tenha deixado o País de Residência do Segurado e que não haja qualquer sinistro em processamento. No caso de reembolsos após 10 dias, consulte a seção Reembolso do Prêmio na página 9.

REQUISITOS PARA SE QUALIFICAR

Para ser qualificado para a cobertura, o Segurado deve:

- ter menos de 20 anos de idade; e
- estar em viagem fora do País de Residência do Segurado (ou ser um canadense voltando ao Canadá); e
- ser um estudante em uma instituição educacional não pós-secundária; e
- não ter tido sua cobertura cancelada por uma seguradora por força de qualquer outra apólice; e
- não ser portador de uma Condição Médica em que um Médico tenha desaconselhado viagens; e
- não tenha sido diagnosticado com uma doença terminal antes de chegar ao Canadá.

Se o Segurado não atender aos requisitos de qualificação acima citados, o seguro do Segurado será nulo e a responsabilidade da Seguradora limitar-se-á ao reembolso do valor do prêmio pago.

PERÍODO DE COBERTURA

Data de Vigência – Quando a Cobertura se Inicia

A cobertura, nos termos da presente apólice, se inicia na última das seguintes ocorrências:

- a) a data e o horário em que o respectivo prêmio for quitado; ou
- b) a data que o Segurado citar como data de início na solicitação do Segurado; ou
- c) a data em que o Segurado deixar o País de Residência do Segurado; ou
- d) a data em que o Segurado retornar ao Canadá (somente para cidadãos canadenses).

Quando a cobertura se encerra

A cobertura do Segurado se encerra na última das seguintes ocorrências:

- a) a Data de Término, conforme definida na solicitação do Segurado; ou
 - b) a Data de Término de qualquer prorrogação da apólice; ou
 - c) 90 dias após o retorno do Segurado ao Canadá (somente para cidadãos canadenses).
- A Cobertura não pode ser prorrogada além de 365 dias

Cobertura em Excursões Fora do Canadá

A presente apólice assegura a cobertura de despesas incorridas pelo Segurado no Canadá. A seção Benefícios de Emergência Médica da presente apólice se estende a despesas médicas de Emergência incorridas pelo Segurado em qualquer excursão fora do Canadá, durante o Período da Cobertura do Segurado, desde que:

- a) a excursão se inicie no Canadá; e
- b) mais de 50% do Período da Cobertura do Segurado sejam passados em território canadense; e
- c) a duração máxima de qualquer excursão para os Estados Unidos seja de 30 dias.

Não há cobertura para despesas incorridas no País de Residência do Segurado, salvo em caso de:

- a) a viagem para o País de Residência ser expressamente destinada à participação em eventos esportivos ou extracurriculares organizados pela escola; ou
- b) o Segurado ser um cidadão canadense retornando ao Canadá.

RELAÇÃO DE BENEFÍCIOS MÁXIMOS

SEÇÕES DE BENEFÍCIOS		VALOR DOS BENEFÍCIOS
A.	BENEFÍCIOS PARA EMERGÊNCIA MÉDICA	
1.	Serviços hospitalares	Incluídos
2.	Honorários Médicos	Incluídos
3.	Exames laboratoriais e diagnósticos	Incluídos
4.	Enfermagem particular	\$ 20.000,00
5.	Medicamentos com receita médica	Quantidade suficiente para 60 dias
6.	Internação psiquiátrica	Limite Vitalício Máximo de Cobertura de \$ 60.000,00
7.	Honorários Psiquiátricos	Limite Vitalício Máximo de Cobertura de \$ 60.000,00
8.	Transporte terrestre por ambulância	Incluído*
9.	Transporte aéreo	\$ 300.000,00
10.	Gravidez	\$ 25.000,00
11.	Equipamentos Médicos e Materiais	Incluídos*
12.	Transporte de Familiares e Ajuda de Custo de Subsistência	\$ 6.500,00
13.	Repatriação do Corpo	\$ 20.000,00
14.	Enterro no País Anfitrião	\$ 20.000,00
15.	Lesão Odontológica	\$ 4.000,00*
16.	Assistência Odontológica de Emergência	\$ 1.000,00
B.	BENEFÍCIOS MÉDICOS NÃO EMERGENCIAIS	
1.	Paramédicos	\$ 1.000,00
2.	Psicoterapia	\$ 10.000,00
3.	Imunizações	\$ 150,00
4.	Consulta Anual a um Médico	\$ 150,00
5.	Exame Oftalmológico Anual	\$ 100,00
6.	Tratamento para Verrugas	\$ 750,00
7.	Suprimentos para Diabetes ou Asma	\$ 500,00
8.	Assistência Não Emergencial	\$ 5.000,00
9.	Consultas Médicas	\$ 200,00
10.	Assistente Social	\$ 500,00
11.	Exames de DST-IST	\$ 100,00
12.	Orientação para Abuso de Substâncias	\$ 200,00/sessão e três sessões
13.	Tutor Particular	\$ 2.000,00
14.	AccessAbility (acessibilidade)	\$ 2.500,00
C.	BENEFÍCIOS PARA MORTE E AMPUTAÇÃO ACIDENTAIS	
1.	Acidente pessoal	\$ 50.000,00
2.	Acidente em meio de transporte comum	\$ 100.000,00
3.	Aconselhamento em caso de traumas	10 sessões

O limite global da presente apólice é de \$ 5.000.000,00

*Aplicam-se os sublimites adicionais

Todos os benefícios reajustados a cada 365 dias, exceto os de Internação Psiquiátrica (A6) e Honorários Psiquiátricos (A7) que são limites vitalícios.

A. BENEFÍCIOS PARA EMERGÊNCIA MÉDICA

Quando se aplicam

Se o Segurado tiver uma Emergência médica durante o Período da Cobertura do Segurado.

O que a Seguradora cobre e o que a Seguradora paga

O Segurado tem cobertura dos valores Cabíveis e Habituais para o tratamento de Doenças ou Lesões de Emergência, até o montante que consta da Relação de Benefícios Máximos, sujeitos ao limite global da apólice de \$ 5.000.000,00 para as despesas médicas de Emergência cobertas relacionadas abaixo. Algumas seções têm um limite de benefícios específico, conforme descrito.

- Serviços hospitalares:** despesas com Tratamentos com base em internação ou atendimento ambulatorial de Emergência, conforme segue:
 - Despesas hospitalares ambulatoriais ou com internação até a taxa de quarto semiparticular (quarto particular por prescrição médica); e
 - drogas administradas durante o período de internação no Hospital; e
 - quaisquer outros serviços ou suprimentos;
 - Qualquer procedimento cirúrgico requer aprovação prévia da Administradora.
- Honorários médicos:** despesas efetuadas por um Médico pelos serviços profissionais ou Tratamento, incluindo todos os cuidados Clinicamente Necessários de acompanhamento até a solução da Emergência inicial e estabilização da condição do paciente.
- Exames laboratoriais e diagnósticos:** despesas com serviços técnicos e interpretativos.
 - Qualquer procedimento significativo para fins de diagnósticos requer a aprovação prévia por escrito da Administradora, incluindo, entre outros, tomografia axial computadorizada (CAT scan), geração de imagens por ressonância magnética (MRI), cateterismo cardíaco, endoscopia etc.
- Enfermagem particular:** quando houver determinação do Médico responsável nesse sentido, as despesas com enfermeiro credenciado, assistente de enfermagem credenciado ou profissional de atendimento domiciliar, até o valor máximo de \$ 20.000,00. Serviços realizados pelo Segurado, por um Familiar (mesmo se for Enfermeiro Credenciado, assistente de enfermagem credenciado ou profissional de atendimento domiciliar) ou por pessoa que more com o Segurado regularmente não estão cobertos.
- Medicamentos com receita médica:** quando prescritos por um Médico e fornecidos por um farmacêutico licenciado para Tratamento de qualquer Condição Médica ou Lesão de Emergência. A quantidade de medicamentos coberta limita-se ao necessário para 60 dias de tratamento, qualquer que seja o tipo de medicamento, exceto no caso de prescrição durante a internação em um Hospital.
- Internação psiquiátrica:** se o Segurado for internado em Hospital por suicídio, tentativa de suicídio, autflagelação, distúrbios mentais ou emocionais (incluindo, entre outros, estresse, ansiedade, ataques de pânico, depressão, distúrbios alimentares/problemas de peso) ou Tratamento psiquiátrico, a Seguradora pagará um montante até o Limite Vitalício Máximo de Cobertura agregado de \$ 60.000,00 para Tratamentos médicos e/ou psiquiátricos recebidos enquanto o Segurado estiver em um Hospital em decorrência de uma ou mais dessas causas.
- Honorários psiquiátricos:** despesas cobradas separadamente por um Psiquiatra por serviços a pacientes internados, até o Limite Vitalício Máximo de Cobertura de \$ 60.000,00.
- Transporte terrestre por ambulância:** despesas com o transporte efetuado por serviço de ambulância credenciado até o Hospital mais próximo, incluindo transferências entre Hospitais, quando solicitados por um Médico responsável. Se for necessário um táxi/veículo de aluguel local para transportar o Segurado para e de Hospitais, clínicas médicas ou farmácias para o Tratamento qualificado, a Seguradora reembolsará o Segurado até o valor máximo de \$ 200,00.
- Transporte aéreo:** despesas incorridas em caso de Doença ou Lesão de Emergência ou para transportar o Segurado até o Hospital mais próximo ou mais adequado, até o valor máximo de \$ 300.000,00, conforme segue:
 - o custo adicional de uma passagem só de ida em um voo comercial; ou
 - o custo para acomodar uma maca para transportar o Segurado em um voo comercial se a mesma for Clinicamente Necessária, mais o custo de uma passagem de ida e volta, os custos cabíveis com refeições e diárias de hotel e os custos de profissionais prestadores dos serviços, desde que sejam profissionais de saúde qualificados (não Familiares), para acompanhar o Segurado, quando for Clinicamente Necessária a presença de um assistente por exigência da companhia aérea; ou
 - o custo do transporte aeromédico quando for Clinicamente Necessário.
 - Incluem-se os custos do transporte terrestre por ambulância em cada traslado da ida e da volta, desde que Clinicamente Necessários.
 - O Médico responsável pelo atendimento deve confirmar que o Segurado está clinicamente apto para o tipo de transferência escolhido.
 - Esse benefício requer aprovação prévia da Administradora.
- Gravidez** – despesas com atendimento pré-natal, parto e cuidados com o recém-nascido (até 15 dias) são cobertas até o valor máximo combinado de \$ 25.000,00.
 - A gravidez deve ter início após a Data de Vigência da presente Apólice.

- A Apólice deve estar em vigor durante todo o período de gestação.
- Esse benefício é limitado a no máximo uma gestação por ano.

- Equipamentos médicos e materiais:** se necessário, em decorrência de Doença ou Lesão cobertas, as despesas com suprimentos médicos como curativos e próteses, incluindo a locação de cadeiras de rodas, muletas, camas Hospitalares ou outros utensílios que não excedam o valor de compra. Os seguintes limites se aplicam:
 - Óculos ou lentes de contato com receita médica – \$ 500,00;
 - Aparelhos auditivos – \$ 500,00;
 - Órteses sob medida – \$ 500,00;
 - Órteses para pernas ou joelheiras sob medida – \$ 1.000,00.
- Ajuda de custo para transporte e subsistência de Familiares:** se o Segurado for Internado fora do País de Residência do Segurado e a Internação do Segurado tiver duração esperada de pelo menos sete dias, e se o Segurado não tiver Familiares em um raio de 500 quilômetros do local em que se encontra, ou ainda em caso de morte do Segurado, a Seguradora pagará até \$ 5.000,00 no total a título de despesas com transporte de ida e volta, com base na tarifa mais baixa na rota mais direta, para duas pessoas indicadas pelo Segurado para viajarem como acompanhantes do Segurado. Também pagaremos até \$ 1.500,00 para acomodação comercial e refeições, por um período máximo de 10 dias, para essas duas pessoas.
 - O Médico responsável pelo atendimento deve confirmar que a situação é grave o suficiente para justificar os acompanhantes.
- Repatriação do corpo:** se o Segurado falecer, a Seguradora pagará os custos Cabíveis e Habituais pela preparação e envio do corpo ou das cinzas do Segurado de volta ao País de Residência do Segurado em um contêiner de transporte padrão, até o valor máximo de \$ 20.000,00.
 - Se o Segurado optar por esse benefício, o Segurado não poderá optar pelo benefício A14 – Enterro no país anfitrião.
 - Despesas incorridas no País de Residência não estão cobertas.
 - Despesas relacionadas a cerimônias ou rituais funerários tradicionais especiais não estão cobertas.
 - Esse benefício requer autorização prévia por escrito da Administradora.
 - As Exclusões previstas na página 6 não se aplicam a este benefício.
- Enterro no país anfitrião:** se o Segurado vier a falecer, a Seguradora pagará pela cremação ou o enterro do corpo no local em que ocorrer a morte, incluindo um jazigo e um caixão, até o valor máximo de \$ 20.000,00.
 - Se o Segurado optar por esse benefício, o Segurado não poderá optar pelo benefício A13 – Repatriação do corpo.
 - Despesas relacionadas a cerimônias ou rituais funerários tradicionais especiais não estão cobertas.
 - Despesas relacionadas a lápides não estão cobertas.
 - Esse benefício requer autorização prévia por escrito da Administradora.
 - As Exclusões previstas na página 6 não se aplicam a este benefício.
- Lesão odontológica:** despesas com um Dentista ou cirurgião-dentista licenciado para Tratamento de Emergência para reparação ou substituição de dentes naturais ou próteses dentárias permanentes, em decorrência de Lesão causada por um golpe Acidental na cabeça ou na boca, até o valor máximo de \$ 4.000,00. As despesas com a reparação de pontes ou próteses dentárias limitam-se a \$ 500,00.
 - Todos os Tratamentos devem ocorrer no prazo de 90 dias após o Acidente.
 - Não são cobertas despesas incorridas por força de Acidentes ou Lesões durante a mastigação, devido a objetos colocados na boca.
 - Esse benefício requer autorização prévia por escrito da Administradora.
- Assistência odontológica de emergência:** quando for adquirida uma cobertura mínima de 90 dias consecutivos, despesas com Dentista ou cirurgião-dentista licenciado para Tratamento de Emergência para alívio imediato da dor e do sofrimento, incluindo tratamentos de canais, até o valor máximo de \$ 1.000,00. As despesas relacionadas a extrações de dentes do siso limitam-se a \$ 100,00 por dente.

Limitação dos Benefícios em Emergências Médicas

Em relação às coberturas em caso de Emergência citadas acima, a Seguradora reserva-se o direito de solicitar o retorno do Segurado ao País de Residência do Segurado antes de qualquer Tratamento ou após um Tratamento de Emergência em caso de Doença ou Lesão, se o parecer clínico obtido do consultor médico da Seguradora e do Médico responsável local que atendeu o Segurado confirmarem que o Segurado está apto a retornar sem correr risco à vida ou à saúde do Segurado. Se o Segurado optar por não retornar ao País de Residência do Segurado após a recomendação da Seguradora nesse sentido, a Seguradora não pagará qualquer despesa adicional direta ou indiretamente relacionada à condição que levou ao Tratamento do Segurado.

B. BENEFÍCIOS NÃO EMERGENCIAIS

Quando se aplicam

Se o Segurado incorrer em despesas médicas não emergenciais durante o Período da Cobertura do Segurado.

O que a Seguradora cobre e o que a Seguradora paga

O Segurado terá cobertura para as despesas Razoáveis e Habituais, até o valor do benefício constante da Relação de Benefícios Máximos, para as despesas elegíveis abaixo relacionadas:

1. **Custos de paramédicos:** despesas com quiroprático, osteopata, naturopata, acupunturista, quiropodista, podólogo, fisioterapeuta, fonoaudiólogo, massagista ou terapeuta ocupacional até o valor máximo de \$ 1.000,00 por prestador. O prestador de serviços paramédicos deve ser licenciado para praticar no local onde os serviços forem realizados. Serviços realizados pelo Segurado, um Familiar ou pessoa que more com o Segurado regularmente não são cobertos.
2. **Psicoterapia:** despesas com assistência de saúde mental ambulatorial, incluindo orientação psiquiátrica e psicológica por um profissional licenciado, até o valor máximo de \$ 10.000,00.
3. **Imunização:** se for necessária para os estudos do Segurado, despesas com imunização, incluindo exames de tuberculose (TB), são cobertas até o valor máximo de \$ 150,00.
4. **Consulta anual a um médico:** quando for adquirida uma cobertura mínima de 90 dias consecutivos, estão cobertos uma consulta a um Médico no Canadá, para um exame não emergencial, e exames relacionados, com cobertura até o valor máximo de \$ 150,00.
5. **Exame oftalmológico anual:** quando for adquirida uma cobertura mínima de 90 dias consecutivos, despesas com um exame oftalmológico realizado no Canadá por um optometrista credenciado são cobertas até o valor máximo de \$ 100,00. Observação: o custo de óculos ou lentes de contato NÃO é coberto.
6. **Tratamento para verrugas:** despesas com Tratamento de qualquer tipo de verruga, até o valor máximo de \$ 750,00.
7. **Suprimentos para diabetes ou asma:** despesas com
 - a) Suprimentos para diabéticos, incluindo seringas, fitas de teste e insulina, são cobertas até o valor máximo de \$ 500,00; ou
 - b) Suprimentos para asma necessários para o tratamento de asma são cobertos até o valor máximo de \$ 500,00.
8. **Assistência Não Emergencial:** despesas com terapia de manutenção contínua de uma condição médica existente ou crônica, até o valor máximo de \$ 5.000,00.
 - Esse benefício não se aplica a quaisquer cirurgias ou procedimentos médicos.
 - Esse benefício só se aplica a condições médicas que não sejam cobertas de outra forma nesta apólice.
9. **Consultas médicas:** despesas com consultas com um Médico licenciado ou outro profissional licenciado apropriado relacionadas a medicamentos para controle de natalidade, a “pílula do dia seguinte”, transtorno do déficit de atenção com hiperatividade (TDAH) ou cuidados com acne até o valor máximo de \$ 200,00 para a consulta inicial relacionada a cada uma dessas condições.
 - Esse benefício não inclui o custo de qualquer medicamento, independentemente de ser necessária uma receita médica ou não.
10. **Assistente social:** despesas com consultas ambulatoriais com um assistente social licenciado, até o valor máximo de \$ 500,00. Serviços realizados pelo Segurado, um Familiar ou pessoa que more com o Segurado regularmente não são cobertos.
11. **Exames de DST-IST:** despesas com consultas, triagens e exames de doenças ou infecções sexualmente transmitidas, realizados no Canadá, são cobertas até o valor máximo de \$ 100,00.
12. **Orientação para abuso de substâncias:** quando for adquirida uma cobertura mínima de 90 dias consecutivos, despesas até \$ 200,00 por sessão para até três sessões de orientação relacionadas a dependência de álcool ou drogas realizadas por um profissional licenciado qualificado. Esse benefício não inclui a admissão em qualquer programa de tratamento além das três sessões de orientação. Serviços realizados pelo Segurado, um Familiar ou pessoa que more com o Segurado regularmente não são cobertos.
13. **Tutor particular:** Se o Segurado ficar internado em um Hospital, centro de reabilitação ou na residência do Segurado em decorrência de uma Doença ou Lesão coberta e até 100 dias após a ocorrência, e se mantiver em tratamento por pelo menos 30 dias letivos consecutivos, a Seguradora pagará, desde o primeiro dia de confinamento, as despesas reais incorridas com serviços de tutor particular prestados por um professor qualificado, até o valor máximo de \$ 20,00 por hora e \$ 2.000,00 no total.
14. **AccessAbility (acessibilidade) – Proteção contra defeito, avaria e roubo de Aparelho Corretivo:** Se um Aparelho Corretivo utilizado pelo Segurado por necessidade for roubado e não for recuperado, ou se apresentar defeito ou avaria que se torne aparente enquanto o Segurado estiver coberto pela presente apólice, tornando o Aparelho Corretivo inutilizável, a Seguradora pagará até o valor máximo de \$ 2.500,00 para reparar ou substituir o Aparelho Corretivo do Segurado. Nós não pagamos por defeitos ou mau funcionamento já cobertos pela garantia do fabricante.
 - Esse benefício requer autorização prévia por escrito da Administradora.

C. BENEFÍCIOS PARA MORTE E AMPUTAÇÕES ACIDENTAIS

Quando se aplicam

Se o Segurado falecer ou sofrer Lesão durante o Período da Cobertura do Segurado.
O que a Seguradora cobre e o que a Seguradora paga

1. **Acidente pessoal:** Se, no prazo de 90 dias após um Acidente, o Segurado falecer ou se tornar incapacitado em caráter permanente em decorrência do Acidente, a Seguradora pagará o benefício relacionado no *Quadro de Perdas* abaixo.

Quadro de Perdas

Perda de Vida	\$ 50.000,00
Perda de Dois ou mais Membros.....	\$ 50.000,00
Perda de Visão de ambos os Olhos.....	\$ 50.000,00
Perda de Um Membro e da Visão de um Olho.....	\$ 50.000,00
Perda de Um Membro	\$ 25.000,00
Perda de Visão em Um Olho.....	\$ 25.000,00

“Perda de Membro” significa a amputação da mão ou do pé na altura do pulso ou do tornozelo, respectivamente, ou paralisia total irreversível.
 A “Perda da Visão” deve ser completa e irrecuperável.

EXPOSIÇÃO E DESAPARECIMENTO – Se o Segurado não for encontrado até um ano após:

- a) o desaparecimento, naufrágio ou destruição do meio de transporte utilizado pelo Segurado; ou
- b) o desabamento do prédio em que o Segurado se encontrava;
 então, a Seguradora presumirá que o Segurado morreu por Lesões causadas por um Acidente e se aplicarão os benefícios previstos para perda de vida.

Se o Segurado for exposto aos elementos devido a um Acidente e o Segurado sofrer Lesão em decorrência dessa exposição, o presente benefício se aplica.

Se houver mais de uma perda resultante de um único Acidente, a Seguradora pagará apenas o maior benefício entre os acima relacionados. Não serão pagos benefícios por perdas não relacionadas acima.

2. **Transporte comum:** Se o Segurado falecer em decorrência de uma Lesão causada durante uma viagem como passageiro pagante em:
 - a) qualquer meio de transporte público; ou
 - b) um voo programado em avião ou helicóptero
 O benefício em caso de perda de vida será de \$ 100.000,00.

Com relação aos benefícios 1 e 2 nesta seção, a responsabilidade máxima da Seguradora, nos termos da apólice GuardMe em relação a qualquer incidente, limita-se ao total agregado de \$ 1.250.000,00, a serem distribuídos proporcionalmente entre todas as partes indenizáveis em caso de sinistro.

3. **Aconselhamento em caso de traumas:** Se o Segurado sofrer uma perda coberta pelo seguro e prevista no *Quadro de Perdas* (exceto perda de vida) no prazo de 90 dias após a data de um Acidente que tenha ocorrido durante o Período de Cobertura, a Seguradora pagará até 10 sessões de aconselhamento em caso de traumas.

EXCLUSÕES

A Seguradora não paga qualquer despesa resultante direta ou indiretamente de:

1. Condição Preexistente que não tenha se mantido Estável por 90 dias imediatamente anteriores à Data de Vigência do Segurado. Essa exclusão não se aplica aos Benefícios Não Emergenciais (seção B);
2. qualquer Doença, Lesão ou Condição Médica que, em Nossa opinião, o Segurado teria causado para buscar orientação, diagnóstico, atendimento ou Tratamento médico nos 90 dias imediatamente anteriores à Data de Vigência do Segurado. Essa exclusão não se aplica ao benefício de Assistência Não Emergencial.
3. qualquer Tratamento cuja finalidade seja manter a estabilidade de uma Doença ou condição crônica (exceto, conforme especificamente determinado nos termos do benefício de Assistência Não Emergencial ou de qualquer outro benefício desta apólice);
4. visitas para obtenção de novas doses do Medicamento (exceto conforme especificamente determinado nos termos de qualquer benefício desta apólice);
5. testes ou exames que façam parte de um regime regular de tratamento (exceto conforme especificamente determinado nos termos de qualquer benefício desta apólice);
6. qualquer despesa de reabilitação. Essa exclusão não se aplica ao benefício de Assistência Não Emergencial;
7. Tratamento de transtornos ou condições congênitos ou genéticos. Essa exclusão não se aplica ao benefício de Assistência Não Emergencial;
8. Tratamento eletivo ou Tratamento não necessário para alívio imediato de dor e sofrimento ou que possa ser adiado, na medida do possível, até que o Segurado retorne ao País de Residência do Segurado. Essa exclusão não se aplica à Seção B Benefícios Não Emergenciais.
9. uma Doença ou Lesão para a qual a Seguradora tiver solicitado o retorno do Segurado ao País de Residência do Segurado para Tratamento nos termos desta apólice ou de qualquer apólice anterior;

10. medicamento desnecessário para Tratamento de Emergência, incluindo, entre outros:
 - a) medicamentos vendidos sem receita médica (como acetaminofeno ou remédios para resfriados/alergias); ou
 - b) produtos para fertilidade; ou
 - c) produtos contraceptivos; ou
 - d) produtos para disfunção erétil; ou
 - e) produtos para calvície; ou
 - f) produtos antitabagismo; ou
 - g) vacinações ou imunizações (exceto as especificamente previstas como benefício de Imunizações); ou
 - h) fórmulas, suplementos ou injeções de complexos vitamínicos; ou
 - i) medicamentos utilizados para fins de manutenção ou prevenção;
11. cirurgia plástica ou estética, exceto:
 - a) se decorrente de Lesão coberta; ou
 - b) se decorrente da substituição ou extração de prótese existente ou de reparos nessas próteses; ou
 - c) nos termos do benefício de AccessAbility (acessibilidade);
12. quaisquer despesas incorridas:
 - a) fora do Período de Cobertura; ou
 - b) enquanto o Segurado estiver no País de Residência do Segurado (exceto conforme descrito na seção Cobertura para Excursões Fora do Canadá, na página 2); ou
 - c) relativo a qualquer Lesão que tenha ocorrido ou sido Tratada, ou Doença que tenha se iniciado ou sido diagnosticada ou Tratada no País de Residência do Segurado durante o Período de Cobertura;
13. suicídio, tentativa de suicídio, lesões autoinfligidas, transtornos mentais ou emocionais (incluindo, entre outros, estresse, ansiedade, ataques de pânico, depressão, transtornos alimentares/problemas de peso) ou Tratamento psiquiátrico. Essa exclusão não se aplica aos benefícios de Internação Psiquiátrica, Honorários Psiquiátricos e Psicoterapia;
14. Os atos do Segurado, enquanto estiver incapacitado ou influenciado adversamente por Medicamento, drogas, álcool ou substâncias tóxicas; quaisquer sinistros médicos relativos ao uso de drogas ou álcool. Essa exclusão não se aplica aos benefícios de Internação Psiquiátrica, Honorários Psiquiátricos, Psicoterapia ou Orientação para Abuso de Substâncias. Desde que tenha sido adquirida uma cobertura mínima de 90 dias, essa exclusão não se aplica aos primeiros \$ 25.000,00 de qualquer sinistro;
15. a operação do Segurado de qualquer transporte para contratação;
16. transplantes de qualquer natureza;
17. participação em esportes como profissional;
18. participação em qualquer prova de velocidade em veículo motorizado;
19. operação de qualquer tipo de aeronave ou viagem como passageiro em qualquer voo não comercial;
20. operação de qualquer tipo de veículo motorizado, terrestre ou aquático, sem uma licença válida para a região em que ocorrer a operação;
21. Lesão, Doença ou morte ocorrida enquanto o Segurado estiver:
 - a) em treinamento ou atuando como membro de uma força armada; ou
 - b) participando ativamente de qualquer conflito de guerra; ou
 - c) participando de atividade criminosa.
 Essa exclusão não se aplica se o Segurado sofrer Lesão no prazo de 48 horas após o início de uma ação bélica na qual o Segurado não seja participante ativo;
22. qualquer tipo de despesa ou taxa administrativa referente a pagamentos antecipados, depósitos, juros ou pagamentos em atraso;
23. Lesão ou Doença relacionada a um alerta aos viajantes emitido pelo Governo do Canadá ou pelo governo do País de Residência do Segurado antes de qualquer data de partida da excursão que estava ou continua a estar em vigor para qualquer país, região ou cidade de destino em sua excursão. Essa exclusão só se aplica a excursões fora do Canadá;
24. viagem em desacordo com as orientações de um Médico ou para fins de obter Tratamento;
25. quaisquer:
 - a) exames médicos ou testes para fins de imigração, trabalho ou viagem; ou
 - b) liberação médica; ou
 - c) preenchimento de formulários ou documentos;
26. A não aceitação ou não cumprimento por parte do Segurado de Orientações Médicas, Tratamento ou Recomendações de Tratamento.

As exclusões de 1 a 26 não se aplicam aos benefícios de Repatriação do Corpo (A13) ou de Entero no País Anfitrião (A14).

CONDIÇÕES GERAIS

Alterações contratuais: A presente apólice é um contrato legal firmado entre o Segurado e a Seguradora. A apólice, incluindo quaisquer endossos e anexos, compõe o inteiro teor do con-

trato. Nenhuma alteração à presente apólice será válida se não for aprovada por escrito por um dos executivos da Seguradora. Nenhum agente tem o direito de alterar a presente apólice ou de renunciar a qualquer uma de suas disposições.

Apólices em duplicidade: Na hipótese de emissão de mais de uma apólice para o Segurado, os benefícios se limitarão ao valor máximo devido nos termos de uma apólice, e será emitido um reembolso para Apólices em duplicidade.

Autópsia: Na hipótese de morte do Segurado, a Seguradora poderá solicitar um exame ou autópsia sujeito a qualquer legislação aplicável a autópsias.

Cobertura secundária: Os benefícios da presente apólice são secundários em relação aos benefícios disponíveis nos termos de qualquer outra apólice de seguro ou plano válido e cobrável que dê ao Segurado o direito de pleitear indenização, incluindo, entre outros, um seguro-saúde governamental, seguro saúde e de acidentes em grupo ou individuais ou cobertura estendida de plano de saúde/médico, qualquer plano de benefícios ou seguro automotivo, seguros de proprietário ou locador de imóvel residencial ou outros tipos de seguro de cobertura multiriscos, seguros de benefícios de cartões de crédito e outros seguros de viagem. Especificamente no caso de lesões decorrentes de acidentes automobilísticos em Ontário, se for determinada a invalidez permanente do Segurado nos termos da Relação de Benefícios por Acidentes, nos termos da Lei de Seguros de Ontário, depois que os benefícios já tenham sido pagos conforme previstos na presente apólice, os citados benefícios serão secundários em relação à Relação de Benefícios por Acidentes e a Seguradora terá o direito de invocar a cláusula de Designação de Benefícios da presente apólice para recuperar o valor dos benefícios pagos nos termos da presente apólice.

Coordenação de benefícios: Qualquer pagamento feito nos termos da presente apólice será coordenado com qualquer outro plano que ofereça cobertura secundária, de modo que o total dos benefícios devidos nos termos de todas as apólices ou planos não exceda 100% das despesas qualificadas incorridas.

Declarações juramentadas: A Seguradora reserva-se o direito de requerer que os documentos de sinistros sejam juramentados e que o Segurado seja examinado sob juramento, em relação a qualquer documento relativo a sinistros e apresentado no processo.

Designação dos benefícios: Caso a Seguradora tenha pago despesas ou benefícios ao Segurado ou em nome do Segurado nos termos da presente apólice, a Seguradora tem o direito de recuperar, a suas próprias custas, quaisquer benefícios a que o Segurado faça jus, de qualquer fonte aplicável ou qualquer apólice de seguro. A presente apólice também permite à Seguradora receber, endossar e negociar pagamentos qualificados das citadas partes em nome do Segurado.

Direito de recuperação: Na hipótese de o Segurado ser considerado inapto à cobertura, qualquer benefício ser pago indevidamente, pagamentos serem feitos a maior em relação ao valor previsto na presente apólice, um sinistro ser considerado inválido ou benefícios serem reduzidos conforme qualquer disposição da apólice, a Seguradora reserva-se o direito de cobrar do Segurado qualquer valor que tenha sido pago pela Seguradora em nome do Segurado a profissionais de saúde ou terceiros, ou de solicitar o reembolso por parte do Segurado, do espólio do Segurado ou de qualquer instituição, seguradora ou pessoa a quem o pagamento tenha sido efetuado.

Exame médico: Na hipótese de um sinistro, a Seguradora reserva-se o direito de encaminhar o Segurado a exames médicos no local, realizados por Médico credenciado, a critério exclusivo da Seguradora.

Foro legal: A presente apólice é regida pelas leis da província ou território em que for emitida. Qualquer ação ou processo contra a Seguradora requerendo indenização por sinistros nos termos desta apólice deve ser ajuizada no prazo de dois anos a contar da data de ocorrência do fato gerador. Se, entretanto, essa limitação não for válida nos termos da legislação da província ou território de emissão da presente apólice, o Segurado deverá ajuizar qualquer ação legal dentro do prazo mínimo permitido pelas leis da província ou território em questão. Apesar das demais disposições contidas na presente apólice, ela está sujeita às condições da Lei de Seguros, no que diz respeito aos contratos de seguro por acidentes e doenças.

Limitação de responsabilidade: A responsabilidade da Seguradora nos termos da presente apólice limita-se tão somente ao pagamento dos benefícios qualificados, até o valor máximo de qualquer perda ou despesa. Mediante quitação dos pagamentos previstos nos termos da presente apólice, a Seguradora e/ou a Administradora não se responsabilizam pela disponibilidade, qualidade ou resultados de qualquer Tratamento, pela falta de acesso do Segurado ao Tratamento necessário ou ao transporte, e não poderão ser responsabilizadas por qualquer tipo de negligência, ato ilícito ou omissão de qualquer prestador de serviços.

Moeda: Todos os prêmios e benefícios nos termos da presente apólice são devidos em moeda corrente canadense, à taxa de câmbio em vigor na data de pagamento da despesa, conforme publicado por uma instituição financeira determinada pela Administradora. A Seguradora poderá, a seu critério pagar uma reivindicação por benefícios na moeda corrente do local em que a perda tenha ocorrido.

Não cumprimento das obrigações: A Seguradora pode optar por limitar ou recusar pagamentos nas seguintes hipóteses:

- a) o Segurado ou a parte interessada no pagamento for negligente no cumprimento de qualquer uma de suas obrigações, prejudicando os interesses da Seguradora;
- b) se os fatos forem:
 - i. fornecidos incorretamente ou de forma insuficiente; ou
 - ii. falsamente declarados; ou
 - iii. falsificados.
- c) o Segurado deixar de buscar Tratamento imediato e de seguir as orientações, receitas e instruções de todos os médicos, após ter sofrido uma Lesão ou Doença.

Ocultação de informações e declarações falsas: A cobertura será integralmente nula se antes, durante ou depois de uma perda, qualquer fato ou circunstância relevante relativo à presente apólice tiver sido ocultado ou falsamente declarado.

Pagamento do prêmio: O prêmio é calculado com base nos valores atualizados de prêmios, na data em que o Segurado solicitar a cobertura, conforme a idade do Segurado na Data de Vigência. O prêmio total é devido e pagável quando o Segurado solicitar o seguro. Se, por qualquer motivo, o prêmio pago pela cobertura aplicável estiver incorreto, a Seguradora:

- a) fará a cobrança da respectiva diferença; ou
- b) reduzirá o Período de Cobertura em caso de pagamento a menor do prêmio e impossibilidade de cobrar a diferença; ou
- c) reembolsa qualquer pagamento efetuado a maior.

A cobertura será nula e sem efeito se, por algum motivo, o pagamento efetuado pelo Segurado não for honrado pela instituição financeira. A Seguradora reserva-se o direito de recusar qualquer solicitação de seguro.

Prontuários médicos: Na hipótese de um sinistro, o Segurado concorda em conceder acesso a quaisquer prontuários ou documentos médicos relativos ao sinistro alegado pelo Segurado, emitidos por qualquer Médico, Dentista, profissional de saúde, Hospital, clínica, seguradora, pessoa física ou instituição credenciado, ou qualquer outro prestador de serviços, e relacionados à validade do sinistro alegado pelo Segurado, e a Seguradora reserva-se o direito de avaliá-los.

Prorrogação do prazo de Cobertura:

- Prorrogação automática: A apólice de seguro será prorrogada automaticamente após a Data de Término do Segurado, conforme definido na Confirmação da Apólice, em:
 - a) 72 horas se o transporte comum ou automóvel particular do Segurado sofrer avarias por avaria mecânica, acidente de trânsito, condições climáticas impeditivas; ou
 - b) pelo tempo em que o Segurado se encontrar impedido de viajar por motivos médicos, incluindo períodos de internação em um Hospital, acrescido de 72 horas. Essa prorrogação automática não se aplicará se a internação do Segurado for resultante de condições psiquiátricas e o Segurado tiver excedido o limite do benefício por Internação Psiquiátrica.
- Prorrogação após a partida: Se o Segurado decidir prorrogar o Período da Cobertura do Segurado após data inicial do Segurado, entre em contato com a Administradora. A Seguradora prorrogará seu Período de Cobertura da presente apólice além da Data de Término, desde que:
 - a) A apólice do Segurado não tenha expirado; e
 - b) o Período de Cobertura, incluindo quaisquer prorrogações, não exceda 365 dias; e
 - c) o Segurado pagar qualquer prêmio adicional de seguro relativo à prorrogação solicitada.

Todas as prorrogações estão sujeita à aprovação da Administradora ou da Seguradora.

Reembolso do prêmio: Salvo no caso do Direito de Avaliação por 10 Dias, os reembolsos serão calculados pro-rata a partir da data autenticada na solicitação por escrito do Segurado ou na data em que a solicitação for recebida por fax ou e-mail pela Administradora. Se a presente apólice for cancelada antes da Data de Vigência, o Segurado receberá o reembolso do valor total dos prêmios pagos. Se a presente apólice for cancelada por qualquer outro motivo ou após a Data de Vigência, será cobrada uma taxa administrativa de \$ 25,00. Todos os reembolsos estão sujeitos a um valor mínimo de reembolso de \$ 10,00. Não serão feitos reembolsos se houver ação de indenização envolvendo a apólice ou no Período de Cobertura de substituição de plano de saúde governamental (GHIP) de 90 dias de cidadãos canadenses que estejam retornando. Esta apólice é intransferível. Há um período de espera para todos os reembolsos.

Rescisão por parte da Seguradora: A Seguradora pode rescindir o presente contrato a qualquer momento, mediante notificação por escrito ao Segurado. Os prêmios não utilizados serão reembolsados, desde que não tenha havido qualquer indenização por sinistro quitada ou pendente. O aviso de rescisão pode ser enviado ao Segurado ou ao Seu agente autorizado por correio, fax ou e-mail. Será dado aviso prévio com cinco dias de antecedência, que entrará em vigor na data de envio da correspondência, fax ou e-mail.

Sub-rogação: Se o Segurado sofrer um perda causada por terceiros, a Seguradora reserva-se o direito de sub-rogar os direitos de recuperação do Segurado contra o terceiro em questão, em relação a qualquer benefício receável por ele ou em seu nome, e pode, a Suas próprias custas e em nome do Segurado, firmar os documentos necessários e tomar as devidas providências contra o citado terceiro para recuperar esses pagamentos. O Segurado não deve ajuizar ação ou firmar qualquer documento após o sinistro que venha a prejudicar o direito da Seguradora de pleitear essa recuperação.

Valores dos benefícios: Os valores dos benefícios descritos na Apólice referem-se a um período de 365 dias, salvo em caso do benefício de Internação Psiquiátrica (A6) e os benefícios relativos a Honorários Psiquiátricos (A7), aos quais se aplica o limite vitalício máximo de cobertura. Não obstante o número de apólices adquiridas pelo Segurado em um período de 365 dias, os valores dos benefícios não serão renovados até que tenha decorrido o prazo de 365 dias a contar da Data de Vigência da apólice original contratada e da respectiva data de aniversário a cada ano subsequente.

DEFINIÇÕES

Acidente/Acidental significa um evento externo súbito, inesperado, imprevisível e inevitável, que venha a causar, direta e independentemente de qualquer outra causa, Lesão corporal do Segurado durante o Período de Cobertura.

Administradora significa a Travel Healthcare Insurance Solutions Inc., operando como guard.me International Insurance(GuardMe).

Aparelho Corretivo significa um aparelho necessário para o Segurado, sob orientação de um Médico, corrigir uma deficiência física impeditiva e sem o qual o Segurado estaria fisicamente impossibilitado de dar prosseguimento aos estudos do Segurado ou de cumprir as responsabilidades educacionais do Segurado na instituição de ensino na qual o Segurado está matriculado ou lecionando. Aparelhos Corretivos incluem próteses de membros, cadeiras de rodas, câes-guia e aparelhos auditivos, mas NÃO incluem óculos de grau.

Clinicamente Necessários significa os serviços ou suprimentos fornecidos ao Segurado e necessários para identificar ou Tratar a Doença ou Lesão de Emergência do Segurado, sendo também necessários para o alívio de dor aguda ou sofrimento, ou relacionados aos serviços Hospitalares, ou seja, serviços que não podem ser prestados com segurança ao Segurado em um ambulatório/consultório.

Condição Médica significa qualquer doença, distúrbio ou Lesão, incluindo sintomas de condições não diagnosticadas.

Condição Preexistente significa qualquer Condição Médica existente antes da Data de Vigência do Segurado.

Confirmação da Apólice significa o documento que confirma a cobertura do seguro contratado pelo Segurado, que deve conter o número da apólice, a data da contratação, a Data de Vigência e a Data de Término da apólice do Segurado. Este documento define o Período da Cobertura do Segurado e é parte integrante do contrato da apólice.

Data de Término significa a data em que a cobertura do Segurado se encerra nos termos da presente apólice.

Data de Vigência significa a data na qual a cobertura do Segurado nos termos da presente apólice entra em vigor (ver página 1 – Período de Cobertura).

Dentista significa um odontólogo qualificado e legalmente licenciado para praticar a odontologia no local em que os serviços odontológicos forem prestados, mas não inclui o Segurado nem qualquer um de seus Familiares.

Doença significa o surgimento súbito de um mal ou enfermidade que ocorra pela primeira vez enquanto este seguro estiver em vigor, exigindo que o Segurado procure Tratamento de Emergência.

Emergência significa qualquer Doença ou Lesão inesperada que ocorra pela primeira vez durante o Período de Cobertura e que exija Tratamento imediato para aliviar dor aguda e sofrimento. Uma Emergência deixa de existir uma vez que a condição do Segurado tenha se estabilizado ou quando as evidências médicas obtidas do consultor médico da Seguradora e do Médico que atendeu o Segurado confirmarem que o Segurado está apto a retornar ao País de Residência do Segurado para Tratamento adicional.

Estável: significa uma Condição Médica em que:

1. não tenha sido prescrito ou recomendado qualquer Tratamento, nem tenha havido alterações no Tratamento em andamento (incluindo interrupção do Tratamento); e
2. não tenha havido qualquer alteração nos medicamentos prescritos e sendo administrados (incluindo aumento ou redução de doses ou interrupção da dosagem prescrita) ou qualquer recomendação para iniciar a administração de um novo medicamento com receita médica; e
3. a Condição Médica não tenha piorado; e
4. não tenham surgido sintomas novos, mais frequentes ou mais graves; e
5. não tenha havido internação ou encaminhamento a um especialista; e
6. não tenham sido realizados exames, investigações ou Tratamentos recomendados, e ainda não concluídos, nem qualquer resultado pendente de exames; e
7. não haja Tratamento planejado ou pendente.

Todas as condições acima devem ser atendidas para que uma Condição Médica seja considerada Estável.

Familiares significam o cônjuge, os pais, padrastos/madrastas, avós, parentes por afinidade, filhos naturais ou adotivos, enteados, irmãos, meios-irmãos, tios e sobrinhos.

Hospital significa uma instituição credenciada, operando com quadro de profissionais e serviços de saúde e Tratamento de pacientes internados e ambulatoriais. O Tratamento deve ser supervisionado por Médicos e deve haver enfermeiros registrados e em serviço 24 horas por dia. Os serviços de diagnóstico e cirurgia também devem estar disponíveis nas dependências controladas pelo estabelecimento. Não são considerados Hospitais os estabelecimentos utilizados principalmente como clínicas, unidades de cuidados prolongados ou paliativos, centros de reabilitação, tratamento de dependência química, convalescência, repouso ou enfermagem, asilos ou spas.

Lesão significa um dano físico sofrido pelo Segurado devido a um Acidente que ocorra pela primeira vez durante o Período de Cobertura.

Limite Vitalício Máximo de Cobertura significa o limite dos benefícios que se aplica a todas as apólices emitidas para o Segurado pela GuardMe. Esse valor não é reajustado a cada nova apólice.

Medicamento ou Medicação significa um remédio considerado Clinicamente Necessário para o Tratamento ou alívio de uma Doença ou Lesão de Emergência, disponível apenas mediante receita médica fornecida por um Médico ou Dentista.

Médico significa uma pessoa que não seja o Segurado ou Familiar dele, que seja legalmente licenciada para a prática da medicina na jurisdição na qual os serviços forem prestados, para fins de prescrição e administração do Tratamento médico.

País de Residência significa o país no qual o Segurado mantinha sua residência permanente antes de o Segurado vir para o Canadá.

Período de Cobertura significa o período da Data de Vigência até a Data de Término (ver página 1 – Período de Cobertura).

Psiquiatra significa um médico formado em psiquiatria e legalmente habilitado para exercer a medicina psiquiátrica no local onde forem prestados os serviços psiquiátricos, mas não inclui o Segurado nem um Familiar do Segurado.

Razoáveis e Habituais são valores geralmente cobrados pelo Tratamento, pelos serviços ou suprimentos para que seja feito o atendimento no nível necessário, conforme a gravidade da condição que estiver sendo Tratada, na região geográfica em que o Tratamento, os serviços ou os suprimentos forem fornecidos.

Segurado significa qualquer pessoa qualificada que apresente uma solicitação e efetue o pagamento correspondente da cobertura nos termos da presente apólice e receba aceitação da Administradora na forma de uma confirmação ou de um Cartão de identificação de apólice válido.

Seguradora, Nós, Nossa significa a Old Republic Insurance Company of Canada.

Tratar, Tratado ou Tratamento significa um procedimento prescrito, realizado ou recomendado por um Médico devido a uma Condição Médica. Incluem-se nessa definição, entre outros, Medicamentos prescritos, exames investigativos e cirurgias.

Na presente apólice, termos e expressões grafados na forma singular devem ser interpretados como abrangendo a forma plural e vice-versa, salvo indicação clara em contrário no próprio contexto.

PROCEDIMENTO DE REIVINDICAÇÃO

1. O Segurado **deverá ligar** para o número de assistência em caso de emergência da página 12, **ANTES de ser internado em um Hospital como paciente e para aprovação prévia por escrito, ANTES de incorrer em despesas nos seguintes casos:**

- Exames diagnósticos de porte
- Lesão Odontológica
- Cirurgia
- Evacuação aérea
- Repatriação ou enterro
- AccessAbility (acessibilidade)

2. Apresente o Cartão de Acesso à Saúde **GuardMe** do Segurado ao prestador de serviços médicos do Segurado, juntamente com um documento válido com foto.

3. Preencha um formulário de sinistro para cada nova Doença ou Lesão ao iniciar o Tratamento. Tenha-o em mãos na primeira consulta do Segurado. Os Formulários de Sinistro são fornecidos em conjunto com cada Cartão de Acesso à Saúde emitido. O Segurado pode obter uma cópia do Cartão de Acesso à Saúde do Segurado e/ou do formulário de sinistro da escola/organização do Segurado ou fazendo login em “My Account” (minha conta) no microsite da **GuardMe** da escola do Segurado ou por meio do site da Seguradora, em: www.guard.me

4. No prazo de 30 dias, a contar da primeira despesa médica, faça login em “My Account” (minha conta) no microsite da **GuardMe** da escola do Segurado ou por meio do site www.guard.me para apresentar a reivindicação de sinistro do Segurado eletronicamente. O Segurado também pode enviar seu formulário de sinistro preenchido pelo correio para:

**GuardMe Claims
80 Allstate Parkway
Markham, Ontario L3R 6H3 Canadá**

Todas as notificações de sinistro devem conter:

- Formulário de notificação de sinistro preenchido
- Comprovantes, recibos e notas fiscais originais das despesas, com itens discriminados. Para serviços de paramédicos, devem ser apresentadas as notas fiscais e os pagamentos individuais de cada consulta.
- Prontuários médicos e de atendimentos em Pronto-socorro, incluindo, entre outros, resultados de exames laboratoriais, raios-X, relatórios de cirurgias e de alta

Lembre-se de guardar uma cópia dos documentos.

5. No caso de sinistro com morte, o beneficiário ou outra pessoa com direito à indenização deve ligar para a Administradora para notificar o sinistro. Os detalhes do sinistro devem ser entregues junto com a atestado de óbito original ou outra comprovação do falecimento aceita pela Seguradora.

Em todos os casos de sinistro, o Segurado, o beneficiário da indenização ou o agente de qualquer uma das partes, deve:

- a) notificar por escrito o sinistro, apresentando um formulário de sinistro apropriado preenchido e todos os comprovantes originais para a Administradora, o mais tardar 30 dias após a data do sinistro, nos termos do contrato; e
- b) no prazo de 90 dias, a contar da data de ocorrência do sinistro, nos termos do contrato, fornecer à Administradora as evidências cabíveis conforme as circunstâncias; e
- c) se exigido pela Administradora, fornecer um certificado satisfatório da causa ou natureza do sinistro sujeito a indenização, nos termos da apólice.

A não notificação de um sinistro ou o não fornecimento de evidências do sinistro nos prazos acima citados não invalidam o sinistro se a notificação ou as evidências forem apresentadas o mais rapidamente possível, mas em hipótese alguma mais de um ano após a data do evento ou sinistro.

Notificações de sinistro não serão consideradas se o formulário de sinistro não for inteiramente preenchido e assinado pelo pleiteante e apresentado com toda a documentação ORIGINAL exigida anexada ao processo, e que deverá ser fornecida com total isenção de despesas para a Seguradora.

Pagamentos de indenizações

A seguradora pagará todas as indenizações por sinistros cobertos pela apólice mediante recebimento de todas as informações necessárias para avaliar com exatidão o sinistro pleiteado pelo Segurado.

Todos os sinistros qualificados estão sujeitos a um valor mínimo de reembolso de \$ 10,00. Caso o reembolso seja inferior a \$ 10,00, o valor será retido até o momento em que o total de todos os sinistros notificados excedam os \$ 10,00.

Todos os benefícios serão pagos ao Segurado, a menos que o Segurado transfira Seus direitos sobre a indenização diretamente ao prestador de serviços ou a outro beneficiário designado. Em caso de morte do Segurado, todos os benefícios serão devidos ao beneficiário por Ele indicado. Se o Segurado não designar um beneficiário, os benefícios serão pagos ao primeiro dos seguintes beneficiários preferenciais sobreviventes:

1. Cônjuge do Segurado;
2. Filho(s) do Segurado conjuntamente;
3. Pais do Segurado conjuntamente, se ambos estiverem vivos, ou ao sobrevivente se apenas um deles estiver vivo;
4. Irmãos e irmãs do Segurado; ou
5. O espólio do Segurado.

Os pagamentos de benefícios não estão sujeitos à incidência de juros.

PROCEDIMENTOS DE EMERGÊNCIA

Entre em contato com o número de ligação gratuita de assistência em caso de emergência disponível 24 horas por dia:

- América do Norte – 1-888-756-8428
- Fora da América do Norte, chamada a cobrar +1 905-752-6230

1. até 24 horas após a internação em um hospital ou, em caso de incapacitação, assim que razoavelmente possível;
2. no caso de qualquer benefício que requeira aprovação prévia;
3. para todas as excursões, antes de incorrer em QUALQUER despesa médica.

Se a Administradora não for notificada dos sinistros conforme as presentes disposições, a responsabilidade da Seguradora será reduzida a 50% das despesas incorridas qualificadas.

PRIVACIDADE

A Seguradora tem o compromisso de proteger a privacidade do Segurado. A coleta de dados pessoais do Segurado é essencial para que a Seguradora possa oferecer produtos e serviços de seguros de alta qualidade. Os dados fornecidos pelo Segurado serão utilizados apenas para determinar sua qualificação para a cobertura prevista nesta apólice, avaliando os riscos para o seguro, gerenciando e deferindo sinistros e negociando ou efetuando pagamentos a terceiros. Esses dados podem ser compartilhados com terceiros, como outras seguradoras, organizações de saúde e planos de seguro saúde governamentais, no deferimento e processamento de qualquer sinistro. Caso a Seguradora seja obrigada a compartilhar os dados do Segurado com terceiros que conduzam negócios fora do Canadá, existe a possibilidade de que essas informações possam ser acessadas pelo governo do país em que os terceiros em questão conduzem seus negócios. A Seguradora toma o máximo cuidado em manter os dados pessoais do Segurado precisos, confidenciais e em segurança.

A política de privacidade da Seguradora estabelece normas rigorosas para coleta, utilização, divulgação e armazenamento de dados pessoais. Em caso de dúvidas sobre a política de privacidade da Seguradora, acesse www.orican.com/privacy ou entre em contato com o Responsável da Área de Privacidade da Seguradora pelo e-mail privacy@orican.com ou pelo telefone 1-800-530-5446.

Assegurado pela:

Old Republic Insurance Company of Canada
Box 557, 100 King Street West
Hamilton, Ontario L8N 3K9 CANADÁ

Jason Smith, CPA, CA
Presidente e Diretor Executivo
Abril de 2023
GuardMe K-12 042023



Relação B

GuardMe **Responsabilidade de terceiros** **de estudantes estrangeiros**

Benefício máximo de um milhão de dólares
(\$ 1.000.000,00)

Determinados termos em maiúsculas usados neste Seguro têm significados específicos e estão definidos posteriormente na Seção V. DEFINIÇÕES.

I. COBERTURA

Este seguro da Relação B está incluído para o Período de cobertura da Apólice **GuardMe** após o pagamento integral do prêmio referente a esta Relação B.

Esta Relação B fornece seguro para a Responsabilidade legal contra Lesões corporais ou Danos à propriedade da Família anfitriã que surjam devido às ações pessoais do Segurado, conforme descrito abaixo na Seção II.

Caso seja movida uma ação judicial contra o Segurado, Nós pagaremos todas as quantias pelas quais o Segurado se tornar legalmente obrigado a pagar como indenização por Lesões corporais ou Danos à propriedade, a bens ou ao imóvel da Família anfitriã, decorrentes das ações pessoais do Segurado no País anfitrião. O seguro é limitado ao Benefício máximo de um milhão de dólares (\$ 1.000.000,00) pelo período de 365 dias.

II. Proprietário da casa da Família anfitriã/outras coberturas de seguro aplicáveis:

Essa cobertura se aplica enquanto o Segurado estiver residindo no País anfitrião do Segurado. Se alguma ação do Segurado resultar em um sinistro qualificado de acordo com uma apólice de seguro residencial válida e acionável da Família anfitriã do Segurado, ou apólice de seguro similar que cubra Danos à propriedade para a residência temporária do Segurado, Nós pagaremos a perda incorrida até o valor da franquia da apólice residencial da Família anfitriã (ou apólice de seguro similar), limitado a mil dólares (\$ 1.000,00) por período de 365 dias. Nós pagaremos o benefício de acordo com esta cláusula apenas depois do Segurado Nos ter enviado a devida prova do valor dos Danos incorridos à propriedade.

Com relação aos itens I. e II. acima, o Segurado está coberto até o Benefício máximo para:

1. a compensação que o Segurado deve pagar, conforme aprovado pela Empresa, por qualquer acordo ou veredito legal; e
2. as taxas legais associadas e pré-aprovadas pela Empresa, para a representação do Segurado em qualquer ação judicial. A representação legal deve ser realizada por uma pessoa ou pessoas que não um Familiar imediato da família e pré-aprovada por Nós.

A responsabilidade máxima da Empresa por qualquer acordo negociado ou qualquer sentença emitida por um tribunal é a menor das seguintes:

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

Para qualquer acusação movida contra o Segurado conforme o Código penal ou legislação similar, nossa responsabilidade em cobrir os Custos legais de defesa é limitada a um máximo de vinte e cinco mil dólares (\$ 25.000,00) para qualquer ação do Segurado que supostamente tenha ocorrido durante o Período de cobertura deste seguro.

Nós indenizaremos o Segurado apenas se:

1. todas as acusações forem retiradas pelas autoridades responsáveis pelo processo jurídico; ou
2. o Segurado for considerado inocente das acusações após o julgamento final ou sentença.

Nós teremos o direito de assumir e conduzir a defesa de qualquer ação legal movida contra o Segurado e de solucionar tal ação em nome do Segurado.

III. CONDIÇÕES E LIMITAÇÕES

1. Nenhuma admissão, oferta, promessa ou indenização deverá ser feita sem o Nosso consentimento.
2. O Segurado é obrigado a tomar todas as medidas possíveis para evitar e minimizar a perda, inclusive Nos notificar o mais rápido possível e fornecer todas as informações relativas às circunstâncias que envolvem um sinistro em potencial.
3. O Segurado deverá fornecer todas as informações e a assistência exigida por Nós. O Segurado deverá Nos fornecer cópias de todas as cartas, autos do processo e outros documentos relevantes e materiais recebidos pelo Segurado.
4. Podemos, a Nosso exclusivo critério, pagar ao Segurado o Benefício máximo aplicável, descontando os valores já pagos, ou um valor menor para o qual o sinistro possa ser liquidado. Após isso, Nós não teremos nenhuma outra responsabilidade, exceto quando o Benefício máximo ainda não tiver sido pago, quando, então, Nós pagaremos as despesas e custos legais que foram pré-aprovados por Nós até os limites restantes do Benefício máximo.
5. Os benefícios pagáveis vão além do seguro de qualquer proprietário de casa, inquilino ou outro seguro e todas as outras fontes de recuperação. Se qualquer outro seguro estiver disponível para o Segurado, Sua Família anfitriã ou qualquer terceiro por uma perda coberta de acordo com este seguro, Nossas obrigações de acordo com este seguro vão além de tal seguro. Em nenhuma hipótese este seguro se aplicará até que todos os outros seguros tenham pagado seus limites aplicáveis de seguro.
6. O Segurado deve Nos notificar no momento em que for avisado pela primeira vez sobre um sinistro ou ação jurídica contra o Segurado.
O Segurado pode entrar em contato conosco para tratar de consultas relacionadas a sinistros em:
E-mail: claims@zurich.com
Endereço: Zurich Canada
First Canadian Place, 100 King Street West
Suite 5500, P.O. Box 290
Toronto, Ontario M5X 1C9 Canadá
Linha de Atendimento ao Cliente: 1-866-345-3454
7. Foro legal: este seguro é regido pelas leis da província de Ontário e está sujeito às cláusulas da Insurance Act (lei de seguros) com relação a contratos de seguro celebrados em Ontário.

8. Sanções: os benefícios não serão pagos por este seguro por qualquer perda ou despesa decorrente ou resultante de Sua viagem a um país sancionado para a realização de qualquer negócio ou atividade que viole as leis ou regulamentos de sanções econômicas ou comerciais do Canadá ou de qualquer outra legislação nacional aplicável.

IV. EXCLUSÕES

A. Não há nenhuma cobertura para nenhum sinistro ou ação apresentado que resulte ou surja de:

1. guerra, invasão, ação de um inimigo estrangeiro, hostilidades, guerra civil, rebelião, revolução, insurreição ou poder militar;
2. qualquer sinistro que surja direta ou indiretamente, no todo ou em parte, devido a terrorismo ou a qualquer atividade ou decisão de um órgão do governo ou outra entidade para evitar, responder ou terminar um ato de terrorismo, independentemente de qualquer outra causa ou evento que contribua simultaneamente ou em qualquer sequência para a perda ou dano;
3. sua participação em tumultos ou insurreições;
4. o uso de qualquer arma;
5. Lesões corporais ou Danos à propriedade que precisem ter uma apólice de seguro de responsabilidade de energia nuclear emitida pela Nuclear Insurance Association of Canada (associação de seguro nuclear) ou qualquer outro grupo ou consórcio de seguradoras;
6.
 - a. abuso, molestamento ou assédio sexual, físico, psicológico ou emocional, inclusive castigos corporais infligidos pelo Segurado ou conforme a orientação do Segurado ou com o conhecimento do Segurado; ou
 - b. Caso o Segurado deixe de tomar as medidas necessárias para evitar um abuso, molestamento, assédio sexual, físico, psicológico ou emocional ou castigo corporal;
7. a transmissão pelo Segurado de uma doença ou moléstia;
8. danos causados pelo Segurado ao cometer ou tentar cometer um ato intencional, ilegal ou mal-intencionado;
9. responsabilidade civil profissional;
10. prestação ou o fato de deixar de prestar qualquer serviço profissional;
11. propriedade que o Segurado venda, alugue, faça leasing ou empreste para uso por terceiros;
12. danos devido à depreciação normal;
13. danos causados por animais de propriedade do Segurado ou que estejam sob os cuidados do Segurado;
14.
 - a. a rasura, destruição, adulteração, apropriação indébita, interpretação errônea de dados;
 - b. criação, correção, inserção ou exclusão de dados erroneamente ou uso de dados, incluindo qualquer perda de uso, que surja de qualquer dessas ações ou eventos;
 - c. a distribuição ou exibição de dados por meio de um site da Internet, a Internet, uma Intranet, extranet ou dispositivo similar ou sistema projetado ou destinado à comunicação eletrônica de dados; ou
 - d. acesso ou divulgação de informações confidenciais ou pessoais de qualquer pessoa ou organização, incluindo, entre outros, patentes, segredos comerciais, métodos de processamento, listas de clientes, informações financeiras, dados de cartões de crédito, informações de saúde ou qualquer outro tipo de informação pessoal ou não pública.

15. propriedade, uso (incluindo carregamento ou descarregamento) ou operação de qualquer automóvel, embarcação, aeronave, veículo motorizado ou reboque fixado em qualquer um dos anteriores;
16. a ocupação ou a propriedade de qualquer terreno ou construção, exceto construções que o Segurado ocupe temporariamente durante o Período de cobertura da Apólice;
17. abuso de drogas, álcool ou qualquer medicamento que resulte direta ou indiretamente na condição que cause um sinistro;
18. despesas recuperáveis ou que seriam recuperadas de qualquer outra fonte incluindo, entre outros, qualquer plano individual, de grupo ou de funcionário pré-pago ou plano de seguro saúde privado, cobertura de cartão de crédito ou plano de seguro-saúde do governo ou apólice/plano de responsabilidade de terceiros;
19. fraudes, ocultações ou declarações falsas deliberadas em relação a qualquer problema que afete este seguro ou que esteja relacionado à realização de qualquer sinistro aqui mencionado; e
20. Sua viagem para ou dentro de um país, cidade ou região indicada em qualquer nível de um alerta aos viajantes que tenha sido emitido pelo País de residência do Segurado ou País anfitrião do Segurado para advertir seus residentes contra a viagem.

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

1. pelos Familiares imediatos do Segurado;
2. por qualquer pessoa que seja empregada pelo Segurado;
3. por qualquer indenização punitiva ou de caráter exemplar.

V. DEFINIÇÕES

Acidente/acidental é um evento externo súbito, inesperado, imprevisível e inevitável, levando, direta e independentemente de todas as outras causas, à Lesão corporal de um Segurado durante o Período de cobertura.

Administradora do plano significa a Zurich Insurance Company Ltd (Filial Canadense).

Benefício máximo é o valor declarado como o limite que pode ser pago por qualquer benefício específico e diz respeito aos serviços recebidos durante o Período de cobertura. Independentemente do número de apólices emitidas em um período de 365 dias, os Benefícios máximos não serão renovados por Períodos de cobertura subsequentes, até:

- a. que 365 dias tenham se passado desde a Data de vigência da apólice original adquirida e na data de aniversário anual a partir de então; ou
- b. a Data de vigência de um novo Período de cobertura, desde que superior a 365 dias após a Data de vigência do Período de cobertura original da primeira apólice.

Cônjuge significa o cônjuge com quem o Segurado é casado legalmente ou uma pessoa com quem o Segurado tem residido e que seja apresentada publicamente como cônjuge do Segurado.

Danos à propriedade significa:

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

Data de término significa a data em que a cobertura do Segurado se encerra nos termos do presente Seguro. A cobertura termina na data mais recente entre a data:

- especificada como Data de término na Solicitação; ou
- do término de qualquer extensão desta Apólice. Se o Segurado retornar ao País de residência do Segurado, por razão diferente daquela definida na seção País anfitrião, a cobertura terminará na data do retorno ao País de residência.

Data de vigência é a data em que a Apólice da cobertura do Segurado entra em vigor. A cobertura começa na mais recente das seguintes datas:

- a data e hora em que o respectivo prêmio for quitado; ou
- a data que o Segurado citar como data de início na Solicitação do Segurado; ou
- a data em que o Segurado deixar o País de residência para estudar no Canadá; ou
- para canadenses que estão retornando, a data em que o Segurado retornar ao Canadá.

Família anfitriã significa o(s) indivíduo(s) ou família com quem o Segurado está residindo como estudante enquanto estiver no Canadá distante do País de residência do Segurado.

Familiares imediatos significam o Cônjuge, pais, responsáveis legais, padrasto/madrasta, avós, netos, parentes por afinidade, filhos naturais ou adotados, enteados, irmãos, irmãs, meios-irmãos, meias-irmãs, tias, tios, sobrinhas, sobrinhos do Segurado ou uma babá ou empregada para crianças dependentes, solteiras e com menos de 19 anos de idade.

Lesões corporais significam Lesões corporais, enfermidades ou doenças ou uma morte resultante dessas condições.

Nós, Nos, Nosso referem-se à Zurich Insurance Company Ltd.

País anfitrião significa o país em que o Segurado está residindo temporariamente como estudante, enquanto estiver distante do País de residência do Segurado. Sujeito a qualquer sinistro ou ação judicial ser movida apenas no Canadá, o País anfitrião incluirá qualquer outro país enquanto o Segurado estiver em uma atribuição temporária de trabalho ou programa de intercâmbio relacionado aos seus estudos no Canadá.

País de residência significa o país onde o Segurado tem residência permanente.

Período de cobertura é o tempo durante o qual o Segurado está segurado pelos benefícios oferecidos por este seguro, a partir das 00h01 da Data de vigência até às 00h00 ou da data:

- especificada como Data de término na Solicitação; ou
- do término de qualquer extensão desta Apólice. Caso o Segurado retorne ao Seu País de residência por qualquer motivo, exceto enquanto estiver em uma atribuição temporária de trabalho ou programa de intercâmbio relacionado aos seus estudos no Canadá. O Período de cobertura máximo, incluindo prorrogações, é de 365 dias consecutivos a partir da Data de vigência.

Qualificado é uma pessoa com menos de 65 anos de idade em viagem fora do Seu País de residência (ou um canadense voltando ao Canadá) na qualidade de estudante, membro de corpo docente, professor, acompanhante, participante de intercâmbio educacional.

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

Segurado, Você ou Seu significa qualquer pessoa Qualificada que apresente uma solicitação e o pagamento correspondente da cobertura sob esta Apólice e que é aceito para cobertura pela Nossa Administradora do plano na forma de uma confirmação ou de um cartão de identificação de apólice válido.

Todas as outras definições, condições, limitações, exclusões e cláusulas da Apólice da **GuardMe** são aplicáveis.

NOTIFICAÇÃO DE CONSENTIMENTO DE PRIVACIDADE

Ao enviar as informações solicitadas, que podem incluir, entre outras, nome, endereço, data de nascimento e informações médicas de um indivíduo, o Segurado garante que obteve o consentimento adequado dessa pessoa para divulgar seus dados pessoais à Zurich Insurance Company Ltd e suas subsidiárias e afiliadas localizadas no país de residência ou no exterior (coletivamente, “Zurich”), para a coleta, armazenamento, uso, divulgação e processamento desses dados pessoais conforme necessário para os fins de obtenção e administração das coberturas de seguro solicitada, incluindo, entre outros, avaliação de risco, execução de apólice, definição de prêmio, cobrança de prêmio, ajuste de sinistros, administração, investigação e liquidação, prevenção, detecção e supressão de fraudes, ou avaliação estatística. O Segurado também garante que obteve o consentimento da pessoa para que a Zurich possa divulgar seus dados pessoais a terceiros, conforme necessário e relacionado aos propósitos mencionados acima, incluindo resseguradoras, administradores terceirizados, corretores, agentes, reguladores, ajustadores de sinistros ou outros órgãos governamentais ou públicos, autoridades fiscais, associações setoriais, outras seguradoras e demais terceiros envolvidos na prestação de serviços de seguros (“Terceiros”).

A Zurich se compromete a proteger a privacidade e a confidencialidade das informações fornecidas. Os dados pessoais podem ser processados e armazenados de forma segura nos escritórios da Zurich e de terceiros autorizados, tanto em jurisdições nacionais quanto internacionais fora do Canadá, e estão sujeitos às leis aplicáveis.

A Zurich pode reter os dados pessoais conforme necessário para qualquer um dos propósitos mencionados acima ou conforme exigido para cumprir as obrigações legais e regulatórias da Zurich, resolver disputas e fazer cumprir os acordos da Zurich. Os indivíduos podem solicitar a revisão dos dados pessoais que a Zurich mantém sobre eles e fazer correções, enviando uma correspondência para: Privacy Officer, Zurich Insurance Company Ltd (Canadian Branch), 100 King Street West, Suite 5500, P.O. Box 290, Toronto, ON M5X 1C9 Canadá ou enviando um e-mail para privacy.zurich.canada@zurich.com.

Os indivíduos podem recusar o consentimento ou retirar seu consentimento para a coleta, armazenamento, uso, divulgação ou processamento de seus dados pessoais; no entanto, a recusa em fornecer consentimento pode resultar na impossibilidade da Zurich oferecer e administrar as coberturas de seguro ou impedir a Zurich de pagar quaisquer benefícios de sinistros devidos de acordo com a apólice.

Entre em contato com o diretor de privacidade da Zurich para obter mais informações sobre a coleta, uso, divulgação, processamento e armazenamento de dados pessoais ou para qualquer reclamação, enviando um e-mail para privacy.zurich.canada@zurich.com. Nossa política de privacidade está disponível em <https://www.zurichcanada.com/en-ca/about-zurich/privacy-statement>.

Para os fins da Insurance Companies Act (lei das seguradoras) (Canadá), este documento foi emitido no curso das atividades de seguro da Empresa no Canadá.

[Assinatura]

Chefe de subscrição, Canadá
Representante autorizado