FATOS Turbo:

VOCÊ SABIA?

- Que no Canadá uma diária em hospital pode custar mais de $3.000?
- Que algo tão simples como um braço quebrado pode custar até $2.000 para engessar?
- Que se precisar de cirurgia você certamente poderá pagar $10.000 ou mais?

Se você for vítima de uma doença ou ferimento, o mais importante é obter os cuidados médicos de que necessita. Sem seguro de saúde, os altos custos dos serviços médicos fora do seu país de origem podem limitar seu acesso aos cuidados de que precisa, ou deixá-lo com uma enorme dívida.

Ao viajar e explorar novos países, é importante estar protegido por uma apólice de seguro abrangente que oferece suporte e assistência total. O seguro deve ser uma parte importante da sua viagem. Deixe que a **guard.me** garanta a sua saúde e bem-estar, enquanto você se concentra em sua viagem. Você pode confiar em nossos especialistas 24 horas por dia, 7 dias por semana para receber orientação e suporte amigáveis, e de reputação consagrada.

E SE EU PERDER MEU CARTÃO DE IDENTIFICAÇÃO OU A MINHA APÓLICE?

Para obter uma cópia do seu Cartão de Identificação, do Texto da Apólice ou do Resumo da Apólice, simplesmente visite **www.guard.me** e siga as fáceis instruções.

QUEM DEVO CHAMAR EM UMA EMERGÊNCIA PARA OBTER INFORMAÇÕES?

Disque o número de assistência de emergência impresso no verso do seu Cartão de Identificação. A ajuda multilíngue está disponível 24 horas por dia, 7 dias por semana.

COMO POSSO ENCONTRAR UMA CLÍNICA?

Simplesmente visite **www.guard.me**, selecione "Buscar Clínica" e digite os seus dados. Após escolher a clínica, mostre-lhes o seu Cartão de Identificação para que a sua fatura seja enviada diretamente para a **guard.me**.

COMO APRESENTO UM PEDIDO DE INDENIZAÇÃO?

Para apresentar pedidos de indenização tais como os relativos a medicamentos controlados por receita médica, visitas a médicos ou hospitais, e para obter informações sobre todos os pedidos de indenização, simplesmente visite **www.guard.me**, selecione "Apresentar um pedido de indenização" e siga as fáceis instruções.

COMO SEI QUANDO O MEU PEDIDO DE INDENIZAÇÃO FOI PROCESSADO?

A **Guard.me** processa os pedidos de indenização rápida e eficientemente. Para acompanhar o seu pedido de indenização, visite **www.guard.me** selecione "Apresentar um pedido de indenização" e siga as fáceis instruções.

INFORMAÇÕES SOBRE A APÓLICE:

Veja no verso um Resumo da Apólice Canadá da **guard.me**.
Para obter informações adicionais, visite a sua escola, o site da sua escola ou o site **www.guard.me** para baixar uma cópia.

guard.me®
Insuring Today to Ensure Tomorrow

SUPER STAR SERVICE

star awards Super Star

Perguntas sobre inscrição: admin@guard.me
Perguntas sobre pedidos de indenização: claims@guard.me

#myguard.me

www.guard.me

Subscrito por:
Old Republic Insurance Company of Canada
100 King Street West, 11th Floor, Hamilton, Ontario, Canada L8N 3K9

ISO9001: Registrada em 2008
SGS1043/0412

MIX Paper from responsible sources FSC® C018341

guard.me®
CANADA

RESUMO DE BENEFÍCIOS

guard.me® CANADA

RESUMO DE BENEFÍCIOS

SERVIÇOS	BENEFÍCIOS
Hospital	100% dos custos qualificados; quarto semiprivativo; quarto privativo quando medicamente necessário.
Raios X, Exames de Laboratório	100% dos custos qualificados
Médico/Cirurgião	100% dos custos qualificados
Hospitalização Psiquiátrica	100% dos custos qualificados; benefícios pagáveis até $50.000
Psicoterapia	100% dos custos qualificados relativos a a) taxas para pacientes psiquiátricos internados após uma emergência de até $10.000, além do supracitado benefício de hospitalização, ou b) até $1.000 para tratamento psicológico ou psiquiátrico de pacientes não internados
Exames oftalmológicos	100% dos custos qualificados, até $100, para um exame oftalmológico sem emergência, **quando for adquirida a cobertura de 6 meses**
Serviços paramédicos	100% dos custos qualificados até $500, para serviços de quiroprático, massagista terapeuta, acupunturista, profissional de medicina natural, quiropodista/pedicuro – sem exigência de indicação médica.
Fisioterapia/ Terapia da Fala	100% dos custos qualificados até $1,000; **ilimitados**, se prestados como serviços para pacientes internados
Enfermagem particular	100% dos custos qualificados, até $15.000
Ambulância	100% dos custos qualificados

SERVIÇO	BENEFÍCIOS
Transporte de Emergência	Despesas com táxi para/de um hospital ou clínica médica, de até $100
Medicamentos com Receita Médica	100% dos custos qualificados até o máximo de 30 dias de fornecimento; **ilimitados, no caso de hospitalização**
Odontológicos Ferimentos Acidentais	100% dos custos qualificados, até $4.000 para tratamento dentário de emergência resultante de uma pancada na boca
Odontológicos Emergência	100% dos custos qualificados, até $600, para o alívio da dor e do sofrimento **quando for adquirida a cobertura de 6 meses**
Protéticos/Dispositivos	100% dos custos qualificados para muletas, bengalas, cadeiras de rodas, andadores, gessos, etc.
AccessAbility	Para alunos com deficiências físicas, cobertura de defeito ou mau funcionamento de dispositivo corretivo e proteção contra roubo
Exame oftalmológico anual não de emergência	100% dos custos de um exame, até $150, **quando for adquirida a cobertura de 6 meses**
Cobertura fora do Canadá	Todas as despesas qualificadas no mundo inteiro, exceto: cobertura nos EUA limitada a 30 dias; nenhuma cobertura no País de Origem a não ser que esteja relacionada com o programa escolar ou de treinamento

COBERTURA ATÉ $2.000.000

SERVIÇO	BENEFÍCIOS
Maternidade	As graves complicações associadas à gravidez estão cobertas
Transporte de Familiares	Se você for hospitalizado por mais de 7 dias, até $5.000 para aquisição de passagens aéreas para dois membros da sua família para o acompanharem; até $1.500 para despesas
Transporte Aéreo/ Retorno ao País de Origem	100% dos custos de transporte para o hospital mais próximo, ou para um hospital em seu País de Origem
Morte Acidental e Perda de Membros	$50.000 (cobertura opcional de até $200.000 disponível)
Transportadora Comum	$100.000
Acompanhamento Psicológico	Até 6 sessões, se o segurado sofrer uma perda no âmbito do benefício de morte e perda de membros
Enterro no País de falecimento	Até $5.000 para cobrir os custos de preparação dos restos mortais, da cremação ou enterro, e de uma sepultura no local onde ocorreu a morte
Repatriamento do(a) falecido(a)	Até $15.000 dos custos de preparação e retorno para o País de Origem

Notificação Turbo:

- Este é um resumo dos benefícios disponíveis no âmbito da apólice **Canada da guard.me**.
- Certas limitações e exclusões podem se aplicar.
- Os detalhes completos podem ser encontrados na apólice Canada da **guard.me** no sítio **www.guard.me**
- O texto em inglês da apólice prevalece como formulado.
- Todos os benefícios são estipulados na moeda canadense e para um período de 365 dias.
- A aprovação prévia é exigida para certos benefícios.

guard.me®
CANADA

APÓLICE DE SEGURO PARA ASSISTÊNCIA MÉDICA DE EMERGÊNCIA

LEIA ATENTAMENTE A PRESENTE APÓLICE

Este seguro foi concebido para cobrir perdas resultantes de acontecimentos súbitos e inesperados. A cobertura está sujeita a certas limitações e exclusões, incluindo, mas não se limitando, a quaisquer condições previamente existentes no que concerne a estados clínicos, tratamentos e/ou sintomas previamente existentes e de característica não estável nos três meses anteriores à Data de Vigência da apólice.

Este documento passa a ter o valor de um contrato mediante a inscrição e pagamento total do prêmio

DIREITO A 10 DIAS PARA ANÁLISE Por favor, leia a Sua Apólice atentamente e analise toda a sua Cobertura. Em caso de perguntas, visite **guard.me**. Você poderá cancelar esta Apólice no prazo de 10 dias da sua aquisição e receberá o reembolso total, caso não tenha partido de seu País de Origem (ou seja um canadense que já tenha retornado ao Canadá) e não haja um pedido de indenização sendo processado.

DEFINIÇÕES

Sempre que utilizados na presente Apólice, ou em qualquer emenda à mesma, os termos abaixo serão redigidos em letra maiúscula e terão os seguintes significados:

Acidente/Acidental refere-se a um acontecimento externo inevitável, súbito, inesperado, imprevisto, conduzindo directamente, e independentemente de todas as outras causas, a um ferimento corporal no Segurado durante o Período de Cobertura.

Requerimento refere-se ao nosso formulário, o qual é preenchido pelo Segurado e por este enviado solicitando um seguro nos termos da presente Apólice. O requerimento é parte integrante do contrato de seguro, estando alguns termos definidos no Requerimento e outros na seção de Definições da Apólice.

Benefício Máximo refere-se à quantia mencionada como a máxima pagável relativamente a qualquer benefício, aplicando-se aos serviços recebidos durante o Período de Cobertura. Independentemente do número de apólices emitidos num período de 365 dias, o Benefício Máximo não é renovável em períodos inferiores a:

a) 365 dias após a Data de Vigência da apólice original, e sucessivamente; ou
b) à Data de Vigência do novo Período de Cobertura, desde que seja superior a 365 dias após a Data de Vigência do período da primeira apólice.

Administradora do Seguro refere-se à Travel Healthcare Insurance Solutions Inc. (T.H.I.S.)

Dispositivo de Correção refere-se a um dispositivo indispensável para o Segurado, receitado por um Médico cujo propósito será de corrigir um dano físico debilitante que, sem o mencionado dispositivo, constituiria, para o primeiro, uma impossibilidade física para o prosseguimento dos respectivos estudos ou responsabilidades pedagógicas no organismo pedagógico onde ser encontra matriculado ou onde ensina. Os "Dispositivos de Correcção" incluem membros protéticos, cadeiras de rodas, cães-guia e aparelhos auditivos, mas NÃO incluem óculos.

Cobertura refere-se aos benefícios de Emergência aqui descritos. A Cobertura é efetiva em todo o mundo, no entanto, a Cobertura no País de Origem é limitada; queira consultar os parágrafos **Excursão ou Cobertura no País de Origem - Canadenses** (veja Benefícios), e Exclusão nº 6.

Período de Cobertura refere-se ao período durante o qual o Segurado se beneficiará da cobertura oferecida por esta Apólice, a partir das 00h01 da Data de Vigência até às 24h00 (meia-noite) em qualquer uma das datas (a) conforme especificado no Requerimento como sendo a Data de Término; ou (b) do término de qualquer prorrogação dessa Apólice. Caso o Segurado retorne ao respectivo país de origem por qualquer razão exceto as mencionadas nos parágrafos **Excursão ou Cobertura no País de Origem - Canadenses** (veja Benefícios), a cobertura termina efetivamente na data de Regresso ao País de Origem. O Período de Cobertura máximo, incluindo prorrogações, é de 365 dias consecutivos a partir da Data de Vigência.

Dentista refere-se a um médico odontólogo, qualificado e legalmente licenciado para praticar odontologia, no local onde são executados serviços odontológicos, não incluindo o Segurado nem parentes do Segurado.

Data de Entrada em Vigor refere-se à data em que inicia a Cobertura do Segurado por esta Apólice. A Cobertura inicia-se numa das datas e horários mais recentes, (a) quando o prêmio mencionado é pago, ou (b) na Data que o Segurado solicita na Sua Aplicação como sendo a Data de Início, ou (c) a data que o Segurado sai do seu País de Origem, ou (d) para os Canadenses que regressam, será a data de retorno ao Canadá.

Qualificada refere-se a uma pessoa com idade inferior a 65 anos que viaje para fora de seu País de Residência (ou um Canadense de retorno ao Canadá) como estudante, membro de corpo docente, ou acompanhante, com fins de fazer intercâmbio educacional, de negócios ou cultural, juntamente com o conjuge, pais e dependentes do Segurado com idade acima de 15 dias de vida e inferior a 19 anos.

Emergência refere-se a qualquer doença ou ferimento inesperado que acontece pela primeira vez durante o Período de Cobertura, que exige Tratamento Médico imediato para aliviar a dor aguda ou sofrimento.

País de Origem refere-se ao país de residência permanente do Segurado.

Hospital refere-se às instalações físicas cuja atividade principal é a de tratamento de pacientes com base em internamento, que tem licença para funcionar como Hospital pela legislação do país onde o tratamento é oferecido, que presta serviços de enfermagem 24 horas por dia por enfermeiras qualificadas ou diplomadas, que dispõe de um quadro de pessoal de um ou mais Médicos disponíveis 24 horas por dia, que ofereça instalações organizadas para diagnóstico e procedimentos cirúrgicos, que possua equipamento de radiografia e com instalações operacionais, cuja atividade principal não seja a de clínica, enfermaria, casa de convalescência ou de repouso, ou qualquer estabelecimento semelhante, e que não seja, exceto em casos pontuais, um local para tratamento de alcoolismo ou abuso de narcóticos.

Segurado não residente *(Inbound)* refere-se a um Segurado Elegível cujo País de Origem não é o Canadá e que cuja residência temporária é o Canadá. Tem cobertura para as viagens interprovinciais.

Ferimento refere-se a qualquer lesão corporal sofrida pelo Segurado devido a Acodente ocorrido pela primeira vez durante o Período de Cobertura.

Segurado, Respectivo, Seu ou **Sua** refere-se a uma pessoa Qualificada, que solicitou cobertura e pagou o devido prémio dessa apólice, e que tenha recebido por parte do nosso Administrador de Planos uma confirmação formal de cobertura tanto por escrito como na forma de um cartão de identificação.

Segurador, Nós, Nosso(s) refere-se à **Old Republic Insurance Company of Canada.**

Tratamento Médico refere-se a conselhos médicos, consultas, cuidados, serviços prestados ou diagnósticos fornecidos por um Médico ou Paramédico qualificado.

Clinicamente Necessário refere-se aos serviços ou suprimentos que são fornecidos ao Segurado e que são necessários para identificar ou tratar a Doenças ou Ferimentos de Emergência da Seguradora, e que são necessários para aliviar a dor aguda ou sofrimento, ou para identificar ou tratar a sua Doença ou Ferimento de Emergência; diz também respeito aos serviços hospitalares que não podem ser administrados ao Segurado como paciente ambulatorial.

Medicamento refere-se a uma substância considerada Clinicamente Necessária para o tratamento ou o alívio de uma Doença ou Ferimento de Emergência e que é disponibilizada somente mediante prescrição médica fornecida por um Médico ou Dentista.

Profissional Paramédico refere-se a um indivíduo que satisfez as exigências profissionais e legais necessárias para prestar serviços de quiropatia, osteopatia, naturopatia, acupunctura, quiropodia ou podologia, não prestados pelo Segurado ou por qualquer parente do mesmo. NÃO é necessária prescrição médica.

Administrador de Planos faz referência à Travel Healthcare Insurance Solutions Inc. (T.H.I.S.)

Médico refere-se a um doutor de medicina, qualificado e legalmente licenciado para a prática de medicina, no local de prestação de serviços médicos, não prestados pelo Segurado ou por qualquer parente do mesmo.

Psiquiatra refere-se a um doutor de psiquiatria, qualificado e legalmente licenciado para praticar medicina psiquiátrica, no local onde são executados serviços psiquiátricos, não prestados pelo Segurado ou por qualquer parente do mesmo.

Psicólogo refere-se a um doutor de psicologia, qualificado e legalmente licenciado para praticar psicologia, no local onde são executados serviços psicológicos, não prestados pelo Segurado ou por qualquer parente do mesmo.

Despesas Razoáveis e Habituais referem-se às quantias habitualmente cobradas pelo tratamento, serviços ou suprimentos para a prestação do nível adequado de cuidados para a gravidade da condição de Emergência, sendo tratada, na localização geográfica onde são fornecidos tratamentos, serviços ou suprimentos.

Doença refere-se ao início súbito de uma doença ou enfermidade que ocorre, pela primeira vez, enquanto o seguro está em vigor, e seja grave o suficiente para que o Segurado procure Tratamento Médico de Emergência.

Data de Término refere-se à data em que termina a cobertura do Segurado nos termos da presente Apólice. A Cobertura cessa na data mais posterior (a) conforme a data especificada na Aplicação em Data de Término; ou (b) a data do término de qualquer prorrogação dessa Apólice. Caso o Segurado retorne ao Seu País de Origem por qualquer outra razão que não a definida nos parágrafos **Excursão** ou **Cobertura no País de Origem - Canadenses** (veja Benefícios), a cobertura termina efetivamente na data do Retorno do Segurado ao País de Origem.

ACORDO DO SEGURO

Em caso de ocorrência de Ferimentos de Emergência ou Doença por parte do Segurado Qualificado durante o Período de Cobertura, Nós pagaremos os benefícios declarados na presente Apólice, segundo os respectivos termos, condições, limitações, exclusões e outras provisões, para as Despesas Razoáveis e Habituais incorridas, no valor mínimo do Benefício Máximo para o respectivo benefício específico, ou para a Apólice máxima no valor de $2.000.000. Todos os Benefícios Máximos contidos nesta Apólice são por Segurado, pela duração do Período de cobertura, exceto se indicado em contrário, e são estipulados em moeda corrente, isto é, o dólar canadense. Constitui condição prévia para cobertura desta Apólice, que à Data de Vigência, o Segurado não tenha nenhum conhecimento sobre quaisquer condições clínicas existentes que possam requerer que o mesmo incorra em quaisquer despesas médicas a elas relacionadas durante o Período de Cobertura.

BENEFÍCIOS

Os benefícios nos termos da presente Apólice não estão sujeitos a nenhuma dedução. Os Benefícios são pagos com base nos custos Razoáveis e Habituais relacionados com os serviços prestados durante o Período de Cobertura até o Benefício Máximo , exceto se indicado em contrário. O Seu seguro cobre até $2.000.000 em benefícios totais para os serviços Cllinicamente Necessários para tratamento de uma condição clínica emergente nova e qualificada que inicia, pela primeira vez, após a Data de Vigência da Cobertura. Estes serviços Clinicamente Necessários incluem consultas razoáveis de acompanhamento, testes e cirurgias, até que a emergência inicial seja resolvida e a condição tenha estabilizado.

Serviços Hospitalares • Referem-se aos custos cobrados por um Hospital relativamente a um quarto semi-privativo e outros serviços e suprimentos necessários, incluindo Medicamentos administrados durante hospitalização devido a razões clínicas; sem limite de número de dias; quarto privativo quando clinicamente necessário, determinado e aprovado pela Administradora do Seguro; *Relativamente à Benefício de Hospitalização Excepcional, veja abaixo;* Custos para Tratamento Médico prestado para uma Emergência em base de internamento do paciente ou de atendimento no ambulatório; Custos para anestesia ou produtos de sangue e administração destes produtos. **Qualquer procedimento cirúrgico requer aprovação prévia da Administradora do Seguro,** exceto se um atraso constituir risco de vida.

Honorários Médicos • Referem-se a todos os custos cobrados por um Médico pela prestação de serviços profissionais ou Tratamento Médico.

Honorários de Psiquiatra • no caso de um paciente internado após Emergência, os honorários cobrados separadamente pelo serviços prestados pelo Psiquiatra serão limitados a uma quantia máxima vitalícia de $10.000. *Para tratamento psiquiátrico ambulatorial, veja em Psicoterapia, abaixo.*

Benefício de Hospitalização Excepcional • Se você for hospitalizado em decorrência de suicídio, tentativa de suicídio, ferimentos autoinfligidos, transtornos mentais ou emocionais (incluindo, sem limitação, estresse, ansiedade, ataques de pânico, depressão, transtornos alimentares/problemas de peso), ou tratamento psiquiátrico, pagaremos o limite máximo total de $50.000 para o tratamento médico e/ou psiquiátrico recebido enquanto você estiver hospitalizado em decorrência de uma ou mais dessas razões.

Psicoterapia • Até $1.000 Benefício Máximo por despesas relacionadas com serviços ambulatoriais, incluindo aconselhamento psiquiátrico ou psicológico.

Radiografias, Testes de Laboratório e Diagnósticos • Os custos para os serviços técnicos e interpretativos. ***É necessária aprovaçãoprévia escrita por parte da Administradoa do Seguro para todos os principais testes diagnóstico, incluindo, sem limitação,, Imagens de Ressonância Magnética (MRI) e Tomografias Axiais Computadorizadas (CAT).***

Prescrição de Medicamentos • Limitado a uma provisão de 30 dias para qualquer tipo, *exceto se* prescrito durante internamento em Hospital.

Cuidados de Enfermagem Particular • Até $15.000 Benefício Máximo para os serviços de uma Enfermeira Registada, Enfermeira Assistente Registada ou um Funcionário para Cuidados ao Domicílio. Não inclui serviços prestados pelo Segurado, parentes do Segurado, ou indivíduos que residam com o Segurado, quando receitado pelo Médico atendente.

Fisioterapia e Fonoaudiologia • Até $1.000 Benefício Máximo por despesas cobradas por um fisioterapeuta ou fonoaudiólogo *exceto se* prestado durante o internamento no Hospital.

Equipamento Médico e Suprimentos • ***Pagável somente se necessário por motivo de Doença ou Ferimento cobertos pela Apólice.*** A aquisição de suprimentos médicos, incluindo curativos e aparelhos protéticos; custos de aluguel de cadeiras de rodas, muletas, camas tipo Hospital ou outros aparelhos, não excedendo o preço de compra, num total de até $200 Benefício Máximo para óculos ou lentes de contato, ou até $300 Benefício Máximo para aparelhos de surdez. Até um total de $300 Benefício Máximopara órteses personalizadas, ou até $800 Benefício Máximo para joelheiras.

Transporte de Emergência• O custo integral do serviço de uma ambulância licenciada para o Hospital mais próximo, quando for Clinicamente Necessário; transferências Urgentes entre Hospitais, quando solicitado pelo Médico de serviço, incluindo a taxa de utilização; OU a tarifa de ida ou volta de táxi para um Hospital ou uma clínica médica para cuidados médicos qualificados até um valor máximo de $100.

Serviços Paramédicos • Até $500 Benefício Máximo por Profissional Paramédico (quiropata, osteopata, naturopata, acupunturista, quiropodista ou podologista) para todos os serviços, incluindo radiografias.

Cuidados Dentários Acidentais • Até $4.000 Benefício Máximo para tratamentos odontológicos de Emergência para reparar ou substituir dentes naturais ou postiços permanentes, em conseqüência de um Ferimento causado por um golpe Acidental na boca. Até $500 Benefício Máximo para reparos de Emergência em dentes artificiais, incluindo pontes e placas de prótese dentária. O tratamento deve ser realizado até 90 dias a partir da data do Acidente. Não são pagáveis as despesas incorridas como resultado de Acidentes provocados por mastigação ou Ferimento devido à colocação de um objeto na boca ou dentro da boca.

Cuidados Dentários de Emergência • (a) Até $100 Benefício Máximo por dente para extrair dente do siso incluso ou, (b) *quando o mínimo de 6 meses consecutivos de cobertura tenha sido adquirido,* até um máximo total de $600 Benefício Máximo para tratamentos dentários de Emergência incluindo tratamento de canal e dentes do siso, para aliviar imediatamente a dor e sofrimento.

Tratamento de Verrugas • As despesas para tratamento de qualquer tipo de verruga é de até $500 Benefício Máximo.

Cobertura de Gravidez • Quando a gravidez começa após a Data de Vigência desta Apólice, as complicações graves devido à gravidez estão cobertas até ao valor máximo de $25.000. As complicações graves não incluem as condições normais de uma gravidez, incluindo, sem limitação, enjôos matinais, sangramento de escape, ultrassonografias, exames de sangue e urina, inclusive os testes diagnósticos para diabetes gestacional.

Consulta Anual a um Médico • *Quando o mínimo de 6 meses consecutivos de cobertura tenha sido adquirido,* pagaremos até um total de $150 Benefício Máximo por uma consulta a um Médico *no Canadá,* para um exame sem Emergência e testes relacionados, e para uma sessão de consulta e prescrição da 'pílula do dia seguinte' *(morning-after-pill).*

Exames de Vista • *Quando o mínimo de 6 meses consecutivos de cobertura tenha sido adquirido,* Até $100 Benefício Máximo para um único exame feito *no Canada* por um optometrista licenciado. *Nota: o custo de óculos ou lentes de contacto NÃO é coberto.*

Excursão • As viagens para fora do Canadá (exceto o Seu País de Origem) são cobertas nas seguintes condições: (a) mais de 50% do tempo total do Período de Cobertura devem ser passados no Canadá e (b) as viagens para os Estados Unidos são limitadas a um período de 30 dias por excursão. *Não serão pagas as despesas quando incorridas no País de Origem, exceto quando a viagem para o País de Origem é expressamente realizada com o propósito de participar num evento desportivo escolar ou extracurricular, ou quando o pedido de indenização é efetuado nos termos da Cobertura no País de Origem — benefício Canadense (veja abaixo).*

Cobertura no País de Origem – Canadenses • Para os Canadenses que retornam ao Canadá, a Cobertura para um período máximo de 90 dias está disponível até que o serviço de saúde provincial (GHIP) fique acessível.

AccessAbility no Dispositivo de Correção, Mau funcionamento e Proteção contra Furto • Se, durante o período em vigor desta apólice, o Dispositivo de Correção que o Segurado necessita for roubado e não for recuperado, ou estiver sujeito a mau funcionamento ou defeito visível enquanto o Segurado estiver coberto por esta Apólice, e se o Dispositivo de Correção que o Segurado necessita ficar inutilizavel, pagaremos até $1.000 Benefício Máximo para a respectiva substituição ou reparo. Não pagamos defeitos ou mau funcionamento que estejam cobertos pela garantia do fabricante.

Terapia para Traumas • Caso um Segurado sofra uma perda coberta pelos itens especificados na Tabela de Danos, (exceto morte – veja abaixo), a Seguradora paga até um máximo de 6 sessões de terapia para traumas até 90 dias a contar da data do Acidente ocorido durante o Período de Cobertura.

Morte Acidental e Perda de Membros • Em caso de morte ou invalidez permanente de um Segurado como resultado de Sinistro, Ferimento, Doença ou Ocorrência a Seguradora paga, de acordo com a Tabela de Perdas abaixo, até um máximo de $50.000 cobertos por esta apólice, até 90 dias a contar da data do Sinistro ocorrido durante o Período de Cobertura. Caso as indenizações totais contra a Seguradora relativas a esse Sinistro excederem os $1.250.000, a nossa responsabilidade será limitada a $1.250.000, montante este que será dividido proporcionalmente entre todos os requerentes, que são indivíduos segurados nos termos do contrato **guard.me**. Os benefícios são pagáveis ao Segurado. No caso de falecimento do segurado, os benefícios serão pagos ao beneficiário nomeado pelo segurado. De outra forma, caso um beneficiário não seja designado pelo Segurado, os benefícios serão pagos ao primeiro dos seguintes beneficiários sobreviventes em ordem de preferência:

1. cônjuge do Segurado;
2. filho(a) ou Filhos(as) do Segurado, conjuntamente;
3. pais do Segurado se ambos estiverem vivos, ou o(a) genitor(a) sobrevivente caso apenas um esteja vivo;
4. irmãos ou irmãs do Segurado, conjuntamente; ou
5. o espólio do Segurado.

Tabela de Perdas

Morte	$50.000
Perda de Dois ou Mais Membros	$50.000
Perda da Visão de Ambos Olhos	$50.000
Perda de Um Membro e Visão de Um Olho	$50.000
Perda de Um Membro.	$25.000
Perda da Visão de Um Olho	$25.000

"Perda de Membro" refere-se à separação da mão ou do pé, do pulso ou acima, ou da junta do tornozelo ou acima, respectivamente, ou completa paralisia irreversível.
"Perda da Visão" refere-se à perda total e irrecuperável da visão.

DESAPARECIMENTO – Em caso de desaparecimento do Segurado, e após um determinado período de tempo, é razoável concluir que o mesmo tenha morrido em resultado de uma Lesão Corporal e, sendo assim, o Benefício por Morte será pago mediante uma declaração assinada e, caso esta opinião se provar errada, este Benefício por Morte deverá ser reembolsado à Seguradora.

EXPOSIÇÃO – Caso o Segurado sofra Ferimentos devido à exposição direta inevitável a elementos estranhos, isto será considerado como causa de Lesão Corporal, e os benefícios serão pagos de acordo com a Tabela de Perdas acima mencionada.

TRANSPORTE PÚBLICO - Em caso da morte do Segurado devido a ferimentos causados durante uma viagem como passageiro pagante em (a) qualquer tipo de transporte público ou (b) durante um voo programado numa aeronave ou helicóptero, o benefício aumenta para $100.000.

Os seguintes benefícios são cobertos com a aprovação prévia da Administradora do Seguro. A quantia máxima pagável para os seguintes benefícios de transporte não pode exceder o total de $300.000 por Período de Cobertura.

Evacuação Aérea • O custo envolvido para transportar o Segurado para o Hospital mais próximo ou para um Hospital no respectivo País de Origem, quando Clinicamente Necessário, em qualquer um dos dois casos:

a) como uma tarifa de maca num voo regular, incluindo a passagem de retorno na classe econômica para os assistentes de medicina qualificados (sem grau de parentesco com o Segurado) e as respectivas taxas e despesas; ou
b) por uma ambulância aérea devidamente equipada, incluindo as taxas e despesas relacionadas com a tripulação qualificada.

Estão incluídos os custos da ambulância terrestre em cada terminal do voo ou em voos de conexão. O Médico atendente terá que certificar que o Segurado está clinicamente habilitado para o tipo de transferência selecionado.

Transporte de Parentes e Pensão de Subsistência • Caso o Segurado não tenha membros familiares num raio de 500 quilômetros do local onde se encontra enquanto estiver ausente do respectivo País de Origem e estiver hospitalizado, sendo a previsão da Sua Hospitalização de um mínimo de 7 dias, ou em caso de morte do Segurado, a Seguradora pagará até $5.000 relativamente do custo de transporte de ida e volta do corpo, com base na mais baixa tarifa disponível, pela rota mais direta, para duas pessoas indicadas pelo Segurado para o acompanharem.

BENEFÍCIOS (Cont.)

Além disso, a Seguradora paga até $1.500 de despesas de estadia e alimentação dessas duas pessoas durante um período máximo de 10 dias. O Médico assistente deverá certificar que a situação é grave o suficiente para justificar a visita. Todas as contas e recibos devem ser enviados à Administradora do Seguro.

Repatriamento ou Funeral do Falecido • Em caso de falecimento durante o Período de Cobertura como resultado de Ferimentos ou Doença cobertos pela apólice, a Seguradora paga qualquer um dos seguintes casos: (a) até $15.000 para os custos razoáveis e necessários para a preparação e retorno dos restos mortais do Segurado para o País de Origem num contêiner de transporte padrão ou (b) até $5.000 para o custo de preparação dos restos mortais, cremação ou enterro, e de uma sepultura no local da morte. Excluem-se todos os custos relacionados com o caixão, urna, lápide ou funeral.

EXCLUSÕES

A Seguradora não paga quaisquer despesas que resultem direta ou indiretamente de:

1. uma condição previamente existente de doença, ferimento ou outra condição causadora de sinais ou sintomas e/ou que necessite de assistência médica ou investigação, mesmo em presença, ou não, de um diagnóstico, e/ou qualquer tipo de tratamento médico administrado por um Médico ou outro Profissional de Saúde durante o período de 3 meses imediatamente anterior à Data de Vigência ou se, a partir do início da cobertura, a condição já era conhecida e presente e, sendo assim, as despesas podem razoavelmente ter sido esperadas e incorridas. Para efeitos da presente exclusão das condições previamente existentes, os fatores abaixo não são considerados como tratamento médico:
   a) o uso contínuo de medicamento, ou seja, que nenhuma alteração de medicamento, dosagem ou uso tenha sido receitada pelo Médico ou Profissional da Saúde;
   b) um exame médico completo quando o Médico ou Profissional da Saúde verifica que não existe nenhuma alteração adversa numa determinada condição, sintoma ou problema, previamente existente;
2. Tratamento Médico Opcional ou Sem Emergência, incluindo qualquer tratamento para manter a estabilidade de uma condição ou doença crónica, inclusive consultas para a reposição de medicamentos, testes ou exames que fazem parte de um regime normal, ou o tratamento de condições ou desordens congênitas ou genéticas, ou o tratamento não necessário para o alívio imediato de dor e sofrimento, ou que possa ser adiado até que o Segurado retorne ao seu País de Origem *(exceto se forem oferecidos nos termos dos Benefícios da Visita Médica Anual e do Exame de Vista);*
3. qualquer tratamento contínuo de um Ferimento ou Doença, se a Administradora do Seguro solicitar que o Segurado retorne ao seu País de Origem após o Tratamento Médico de Emergência; Se o Segurado for retirado ou solicitado para Retornar ao seu País de Origem para continuar o tratamento e posteriormente retorna para ao Canadá a fim de terminar os estudos/ensino no mesmo ano ou anos seguintes da apólice, os benefícios pagáveis são limitados à quantia máxima de $10.000 para a Doença ou Ferimento que causaram o regresso do Segurado ao seu País de Origem;
4. medicamento geralmente disponível sem prescrição médica (incluindo, sem limitação, medicações do tipo acetaminofeno ou remédios para gripes, constipações ou alergias); medicamentos para fertilidade; anticoncepcionais; medicamentos para disfunção erétil; medicamentos contra queda de cabelo; medicamentos para parar de fumar; vacinas, imunizações ou injeções; preparação de vitaminas ou suplementos; ou medicamento recebido em base preventiva ou de manutenção;
5. cirurgia plástica ou cosmética exceto em resultado de Ferimentos cobertos pela apólice; substituição, extração, ou reparação de próteses existentes *(exceto se pagável nos termos do Benefício dos Dispositivos de Correção);*
6. quaisquer despesas incorridas fora do Período de Cobertura ou enquanto o Segurado estiver no respectivo País de Origem *(exceto o indicado nos termos dos Benefícios Canadenses – Excursão ou Cobertura no País de Origem);* serviços médicos para quaisquer ferimentos ocorridos ou tratados, ou doenças que tenham iniciado, foram diagnosticadas ou tratadas no País de Origem do Segurado durante o Período de Cobertura;
7. gravidez normal; parto normal; interrupção voluntária da gravidez;
8. o Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) ou Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (SIDA) ou Complicações Derivadas da SIDA (ARC);
9. não pagaremos por quaisquer perdas ou despesas resultantes direta ou indiretamente de: Suicídio, tentativa de suicídio, ferimentos autoinfligidos, transtornos mentais ou emocionais (incluindo mas não se limitando ao estresse, ansiedade, ataques de pânico, depressão, transtornos alimentares/problemas de peso), ou tratamento psiquiátrico, *(exceto os descritos no Benefício de Hospitalização Excepcional, no Benefício de Honorários do Psiquiatra, ou no Benefício de Psicoterapia).*
10. As suas ações, quando influenciadas pela debilidade ou adversidade de medicamentos, drogas, álcool ou substâncias tóxicas; qualquer indenização médica relacionada ao uso ou mau uso de drogas ou álcool;
11. participação em eventos desportivos profissionais ou atividades perigosas, tais como corridas de motociclismo, paraquedismo, voo em queda livre, asa delta, *bungee jumping*, exploração de cavernas, montanhismo, alpinismo, ou mergulho;
12. operação de qualquer tipo de aeronave ou viajem como passageiro em qualquer voo não comercial; operando qualquer tipo de transporte motorizado em terra ou na água sem uma licença válida para a área onde esteja operando; viajando de, ou num motociclo, de *snowmobile* (veículo para locomoção na neve), ou em qualquer tipo de veículo ao dirigir fora da estrada ou numa corrida, exceto se não existirem estradas na área em questão;
13. ferimento ou doença causados durante treino ou servindo em qualquer capacidade, como membro das forças armadas, ou enquanto participa ativamente em qualquer conflito de guerra ou atividade criminal. No entanto, em caso de Ferimentos diretamente resultantes ações numa guerra, onde não era um participante ativo e até 48 horas a partir do início de tais hostilidades, serão cobertas quaisquer despesas decorridas de tal incidente;
14. qualquer cobrança de juros, finanças ou pagamento atrasado;
15. ferimento ou doença cobertos por qualquer outra forma de seguro, indemnização ou plano, ou que sejam da responsabilidade de terceiros;
16. ferimento ou doença durante viagem para um destino onde o Governo do País de Origem tenha publicado uma advertência afirmando que a viagem para tal destino não deve ser feita;
17. viagem contrária à recomendação por parte de um Médico ou Profissional da Saúde, ou com a finalidade de obter Tratamento Médico, ou quando um prognóstico terminal tenha sido dado ao Segurado antes do Período de Cobertura.
18. quaisquer despesas incorridas como resultado de o Segurado não aceitar ou seguir o conselho Médico, tratamentos ou tratamentos recomendados.

LIMITAÇÕES GERAIS DA APÓLICE

Reservamo-nos o direito de organizar o transporte para o regresso ao Seu País de Origem após uma ocorrência de Emergência, até antes ou depois de receber Tratamento Médico, ou Serviços Hospitalares ou Médicos. Caso recuse o regresso, quando declarado que está apto para viajar do ponto de vista médico da Administradora do Seguro, a Seguradora não paga quaisquer despesas contínuas ou repetitivas, ou pelas respectivas complicações direta ou indiretamente resultantes do mesmo.

Limitação de Responsabilidade
A Seguradora, o Administrador de Planos e/ou Administradora do Seguro não serão responsabilizadas pela disponibilidade, qualidade ou resultados de qualquer Tratamento Médico, ou a respectiva Falta de Execução na obtenção de Tratamento Médico ou transporte, e não poderão ser considerados responsáveis por quaisquer negligências, atos errados ou omissões por parte de quaisquer prestadores de serviços.

CONDIÇÕES GERAIS

O Contrato. A Aplicação, esta Apólice, qualquer documento anexo a esta Apólice quando emitida, bem como qualquer retificação ao contrato acordado por escrito após a emissão da Apólice, constitui o contrato por inteiro, e nenhum agente tem autoridade para alterar o contrato ou renunciar a qualquer uma das suas provisões.

Desistência. A Seguradora será considerada como não tendo desistido de qualquer condição deste contrato, no todo ou em parte, exceto se a desistência for claramente expressa por escrito e assinada pela Seguradora.

Cópia do requerimento. A Seguradora, quando solicitado, deverá fornecer ao Segurado uma cópia do Requerimento.

Pagamento dos Prêmios. O pagamento do prêmio integral é devido e pagável quando solicitado ao seguro. Se, por qualquer razão, o prêmio pago para a cobertura solicitada estiver incorreto, a Seguradora a) cobra e recebe a diferença, b) encurta o Período de Cobertura se um pagamento insuficiente do prêmio não possa ser recebido, ou c) reembolsa quaisquer pagamentos excedentes. A cobertura será anulada e cancelada se, por qualquer razão, o pagamento do Segurado não for honrado pela instituição financeira. O prêmio é calculado com base nas taxas de seguro mais atuais na data em que for solicitada a cobertura e para a respectiva idade do Segurado quando da Data de Vigência. Reservamo-nos o direito de recusar qualquer requerimento para seguro.

Contratos ou Apólices Duplicadas. Na eventualidade da emissão de mais do que um contrato para o Segurado, os benefícios serão limitados ao máximo pagável nos termos de um contrato a qualquer altura, e um reembolso dos prêmios duplicados será emitido.

Declarações Falsas ou Omissões. Todas as coberturas nos termos desta Apólice serão nulas, se, quer antes quer após uma perda, o Segurado tenha ocultado ou deturpado quaisquer fatos relevantes ou circunstâncias relativas a esta cobertura, assuntos relacionados à mesma, de interesse do Segurado, ou no caso de qualquer fraude ou falso testemunho por parte do Segurado.

Fatos Relevantes. Nenhuma declaração realizada por um Segurado no momento do Requerimento para este contrato poderá ser utilizada em defesa de uma indenização nos termos deste contrato ou para evitar o mesmo, exceto se incluída no Requerimento ou em quaisquer outras declarações, por escrito, ou em respostas fornecidas como evidência de segurabilidade.

Legislação Aplicável. Esta Apólice é regida pelas leis da província de Ontário onde ela foi emitida. Qualquer ação ou processo contra a Seguradora para recuperar as indenizações nos termos desta Apólice deverá ser resolvido segundo a jurisdição da província de Ontário e deverá iniciar no período de 2 anos, a partir da data de origem da causa da ação. Não obstante quaisquer outras disposições contidas nesta Apólice, a mesma está sujeita às condições legais da Lei de Seguro que diz respeito aos contratos de seguro contra acidentes e doenças.

Pagamento dos Benefícios. Todos os benefícios serão pagos a Você, a menos que Você atribua o Seu direito de pagamento ao fornecedor do serviço ou a outro procurador nomeado. Em caso de SUA morte, todos os benefícios serão pagos ao beneficiário nomeado pelo Segurado. De outra forma, caso um beneficiário não seja indicado pelo Segurado, os benefícios serão pagos ao primeiro dos seguintes beneficiários sobreviventes, em ordem de preferência:
1. cônjuge do Segurado;
2. filho(a) ou Filhos(as) do Segurado, conjuntamente;
3. pais do Segurado se ambos estiverem vivos ou o(a) genitor(a) sobrevivente, caso apenas um esteja vivo;
4. irmãos ou irmãs do Segurado, conjuntamente; ou
5. o espólio do Segurado.

Os benefícios pagáveis não incluem o pagamento de juros. Esta Apólice contém uma cláusula que limita a quantia a ser paga.

Moeda. Todas as quantias dos prêmios, Benefícios Máximos e pagamentos de benefícios são mencionados em moeda Corrente Canadense. Para efeitos de reembolso, a taxa de câmbio em moeda corrente estrangeira será a taxa determinada na data em que a despesa foi paga e cotada pela instituição financeira selecionada pela Administradora do Seguro. É opinião da Seguradora que pode pagar uma indenização de benefícios na moeda corrente onde ocorreu a perda.

Coordenação dos Benefícios. Os benefícios nesta Apólice são pagáveis em excesso daqueles disponíveis segundo qualquer outra Apólice de seguro ou plano válido e cobrável, em cujos termos está autorizado a reivindicar, incluindo, sem limitação, o plano de seguro de saúde do governo, ou seguro contra doenças e sinistros em grupo ou pessoal, ou cobertura de cuidados médicos/saúde extensivos, qualquer plano de benefícios ou seguro de automóveis, proprietário, inquilino, ou outro seguro de perigo múltiplo, seguro de benefício de cartão de crédito e outro seguro de viagem. Qualquer pagamento efetuado nos termos desta Apólice será coordenado com qualquer outro plano que forneça cobertura similar de modo a que os benefícios totais pagáveis segundo todas as apólices ou planos não excedam os 100% das despesas qualificadas incorridas.

Direitos da Empresa e do Requerente: Ao adquirir esta Apólice, o Segurado concorda em fornecer à Empresa acesso a todos os dados ou informações relevantes sobre Si em posse de Médicos, dentistas, profissionais de saúde, Hospitais, clínicas, seguradoras, indivíduos ou outros prestadores de serviços para determinar a validade de quaisquer requisições entregues por Si e em Seu nome.

Término de Contrato por parte do Segurado. O Segurado pode rescindir este contrato a qualquer momento, mediante comunicação por escrito ao Administrador de Planos, que atue em nome da Seguradora, ou entregando a mesma a um agente autorizado (por exemplo, escola ou organização). Caso esta Apólice seja

CONDIÇÕES GERAIS (Cont.)

cancelada antes da Data de Entrada em Vigor por motivos médicos, o Segurado ou o agente autorizado do Segurado, onde aplicável, receberá o reembolso integral dos prêmios pagos. Caso a Apólice seja cancelada por qualquer outro motivo, uma taxa administrativa no valor de $25 poderá ser cobrada. Caso esta Apólice seja cancelada após a Data de Vigência, a Seguradora reembolsa os prêmios pagos pelas coberturas não utilizadas, menos a taxa administrativa no valor de $25, desde que nenhuma indenização tenha sido incorrida ou paga, ou esteja pendente. Um período de espera aplica-se a todos os reembolsos.

Reembolsos. Além do direito de 10 dias para análise, os reembolsos são calculados proporcionalmente a partir da data carimbada a pedido do Segurado, por escrito, ou da data na comunicação via fax ou correio eletrônico, conforme recebido pelo Administrador de Planos, e está sujeito a um reembolso mínimo no valor de $10. Nenhum reembolso será pago para a cobertura de substituição do GHIP de 90 dias aos canadenses que retornam. Essa Apólice não é transferível.

Término de Contrato por parte da Seguradora. (1) A Seguradora pode rescindir este contrato em qualquer momento, mediante comunicação por escrito ao Segurado. Os prêmios não utilizados serão reembolsados se nenhuma indenização tiver sido paga ou estiver pendente. (2) O aviso de cessação será remetido ao Segurado por correio, fax ou correio electrónico, ou se o requerimento tiver sido enviado por terceiros ou por um agente, os mesmos poderão ser notificados por correio, fax ou correio eletrônico. (3) Caso o aviso de rescisão seja dado, deverão ser dados 5 dias efetivos a partir da data de envio por correio, fax ou correio eletrônico.

Sub-rogação (Direito de Recuperação). Se qualquer benefício pago ao Segurador ou a favor do mesmo tenha sido superior ao montante permitido pelas provisões desta Apólice, ou se o pagamento tiver sido efetuado devido a um erro administrativo ou de um funcionário, então a Seguradora reserva-se o direito de recuperar a referida quantia por parte do Segurado ou de qualquer instituição, segurador, ou qualquer organização ou terceiros, a quem tal pagamento tenha sido efetuado. Caso qualquer pagamento seja efetuado nos termos desta Apólice, então reservamo-nos o direito de atuar em nome do Segurado contra terceiros que possam ser responsáveis pela origem de uma indenização nos termos desta Apólice. A Seguradora, ou seus representantes indicados, terão direitos totais de sub-rogação. O Segurado não poderá tomar nenhuma medida passível de prejudicar esses direitos e deverá cooperar totalmente com a Seguradora ou com os seus representantes indicados e, assim sendo, concordará em assinar, executar e/ou entregar os referidos documentos conforme o exigido para agir contra terceiros que possam ser responsáveis.

Prorrogações da Apólice. O Período máximo de Cobertura disponível sob esta Apólice, incluindo prorrogações, é de 365 dias consecutivos a partir da Data de Entrada em Vigor. Qualquer pedido de prorrogação deve ser feito ao Administrador de Planos, até 7 dias úteis imediatamente anteriores à Data de Término da Sua cobertura existente. A cobertura para a prorrogação desta Apólice terá o seu início anulado se qualquer pagamento não for honrado pela sua instituição financeira. O Administrador de Planos ou a Seguradora tem o direito de recusar qualquer prorrogação. Caso uma indenização tenha sido recebida pelo Segurado, uma prorrogação poderá ser outorgada com uma exclusão para a condição reivindicada.

Continuação Automática de Cobertura. Em caso de atraso por parte do Segurado, inevitavelmente, por motivos que alheios ao mesmo, além do fim do Período de Cobertura, esta Apólice permanecerá automaticamente em vigor, sem nenhum prêmio extra relativo a um período que não exceda:
a) as 72 horas, se atrasado ao viajar como passageiro pagante de sua passagem em transporte público autorizado ou num veículo particular, e o atraso tenha sido causado devido a um problema mecânico, Acidente de tráfego ou condições atmosféricas adversas; ou
b) o período de internamento como paciente num Hospital (exceto se esse período de internamento for superior ao limite máximo para a Benefício de Hospitalização Excepcional) OU o período durante o qual o Segurado não pode viajar devido às condições médicas aceitáveis (excluindo as condições psiquiátricas) pela Administradora do Seguro. Após a alta do Hospital ou após aprovação médica para viajar, uma prorrogação adicional de 72 horas será outorgada.

Notificação e Comprovação de Indenização. O Segurado, ou um beneficiário autorizado para solicitar uma indenização, ou o agente de qualquer um deles, poderá, (a) emitir uma comunicação por escrito, incluindo o Formulário de Indenização preenchido, bem como os originais de todas as contas à Administradora do Seguro ou ao Administrador de Planos, que atuem em nome da Seguradora através da entrega ou envio do mesmo pelo correio, num período inferior a 30 dias a partir da data em que uma indenização venha a ocorrer nos termos deste contrato em consequência de um Acidente, Ferimento, Doença ou incapacidade; (b) no período de 90 dias a partir da data em que uma indenização venha a ocorrer nos termos deste contrato em consequência de um Acidente, Ferimento, Doença ou incapacidade, devendo fornecer à Administradora do Seguro ou ao Administrador de Planos tais comprovações, conforme razoável possibilidade dentro das circunstâncias da ocorrência do Sinistro ou do início do Ferimento, Doença ou incapacidade, bem como a perda relacionada, o direito do requerente em receber o pagamento, e (c) caso seja solicitado pela Administradora do Seguro ou Administrador de Planos, deverá entregar um certificado satisfatório sobre a causa ou natureza do Acidente, Ferimento, Doença ou incapacidade para que a indenização possa ser feita nos termos deste contrato. Esta referência à 'incapacidade' refere-se aos benefícios pagáveis segundo o Benefício de Morte Acidental e de Perda de Membros.

Não Notificação ou Entrega de Comprovação. A não entrega, notificação ou apresentação de comprovação da indenização dentro do prazo estabelecido acima não invalida a indenização caso a notificação ou comprovação seja dada ou entregue em tempo hábil, e nunca após um ano da data da ocorrência ou Acidente, ou da data de ocorrência de uma indenização nos termos do presente contrato, causada por Ferimentos, Doença ou incapacidade, se para tal for comunicada a impossibilidade de aviso ou entrega dentro do prazo combinado.

Entrega de Formulários pelo Administrador de Planos para Comprovativo de Indenização. Os Formulários de Indenização são providenciados com cada carteira de identidade emitida, e inclusive são providenciados para todas as escolas e organizações. Sempre que um Formulário de Indenização é solicitado, o Administrador de Planos deve entregá-lo ao Segurado via fax, correio eletrônico ou pelo correio. Além disso, os Formulários de Indenização estão disponíveis através do nosso website: *www.guard.me.*

Direito de Exame. Como pré-requisito para a recuperação do dinheiro do seguro nos termos deste contrato, (a) o requerente proporcionará à Seguradora uma oportunidade de examinar o Segurado quando e sempre que for razoavelmente necessário enquanto a indenização relacionada se encontrar pendente. O médico e o local do exame ficarão a critério da Seguradora. O Segurado concorda em cooperar e em fornecer detalhes completos ao médico. O médico poderá, em combinação com as informações do médico assistente, fazer recomendações adicionais para ajudar na recuperação ou cura, e (b) em caso de morte da pessoa segurada, a Seguradora poderá solicitar uma autópsia, sujeita a qualquer lei da jurisdição aplicável relacionada às autópsias.

Não cumprimento das Obrigações. Poderemos escolher a limitar ou até mesmo recusar pagamentos quando (a) o Segurado ou a parte concernente com o pagamento for negligente no cumprimento de qualquer uma das suas obrigações e, sendo assim, possa causar danos à Seguradora; (b) caso os fatos sejam fornecidos incorretamente ou sejam insuficientes, deturpados, ou se dados falsos forem fornecidos; (c) sempre que um Segurado sofre Ferimentos ou uma Doença, o Segurado necessitar de tratamento médico imediato e tiver de seguir todas as indicações médicas, prescrições e pedidos. A falta de execução poderá resultar na redução ou rejeição dos pagamentos.

Quando Houver Dinheiro a ser Ressarcido. Todo o dinheiro a ser ressarcido nos termos deste contrato será pago pela Seguradora até 90 dias após recepção da comprovação aceitável de indenização.

Limite de Ações. Uma ação ou um processo contra a Seguradora em prol da recuperação de uma indenização nos termos deste contrato não poderá ser iniciado se tiver decorrido um período superior a dois anos após a data em que o dinheiro do seguro se tornou pagável, ou a data em que teria se tornado pagável no caso de um pedido de indenização válido.

PROCEDIMENTO DE INDENIZAÇÃO

1. **Ligue** para o Número da Assistência de Emergência abaixo, **ANTES do internamento hospitalar** e, **por escrito, obtenha aprovação prévia ANTES da ocorrência de quaisquer despesas relativas a:**
   - Principais testes diagnósticos
   - Cirurgia
   - Transporte de familiares
   - Serviços dentários
   - Transporte aéreo
   - Repatriação / Enterro
2. Apresente o Seu Cartão de Identificação **guard.me** aos seus prestadores de serviços médicos.
3. Quando for tratado pela PRIMEIRA vez, preencha um formulário de indenização para CADA nova Doença ou Ferimento e leve-o, se possível, consigo na primeira consulta. Faça uma cópia do formulário em branco para que possa ser usado futuramente, ou consiga mais formulários através da Sua organização ou pelo nosso website **www.guard.me.**
4. Até 30 dias após a primeira despesa médica, acesse **www.guard.me** para registrar o seu pedido ou envie os seguintes documentos por **CORREIO**:
   - Formulário de pedido de indenização preenchido
   - **Originais** dos recibos e contas relacionadas por itens
   - Inclua os laudos médicos, o relatório da sala de emergência, relatórios históricos eclínicos, cirúrgicos, laboratoriais, radiografias e de alta para:

   Guard.me Claims
   300 John Street, Suite 405
   Thornhill, Ontario Canada L3T 5W4

   Lembre-se de guardar uma cópia para os seus arquivos.
5. No que respeita a uma indenização por falecimento, o beneficiário, ou a outra pessoa autorizada a reivindicar a indenização, deverá ligar para Travel Healthcare Insurance Solutions Inc. a fim de relatar a mesma. Deverão ser enviados os detalhes da indenização, com a certidão de óbito original, ou qualquer outra prova de óbito, que seja oficialmente aceitável pela Seguradora.

Não nos responsabilizamos por qualquer indenização que seja enviada num período superior a 1 ano a partir da data da ocorrência.

As indenizações não poderão ser aceitas exceto se o formulário de indenização estiver corretamente preenchido, assinado pelo requerente e tiver sido enviado juntamente com toda a documentação ORIGINAL necessária, que deverá ser fornecida isenta de despesas para a Seguradora.

O pagamento não será liberado até que as faturas e recibos originais sejam recebidos pela Administradora do Seguro.

Subscrito por:
Old Republic Insurance Company of Canada
100 King Street West, 11th floor
Hamilton, Ontario, CANADA L8N 3K9

PRIVACIDADE

A Empresa e o Nosso Administrador do Plano (coletivamente referidos como "Nós", "Nosso" nesta seção) se comprometem a proteger a Sua privacidade. As informações fornecidas serão utilizadas apenas para determinar a Sua qualificação para a cobertura de acordo com a Apólice, fazendo a avaliação dos riscos do seguro, a gestão e o julgamento de pedidos de indenização e negociações ou determinação de pagamentos a terceiros. Estas informações também podem ser compartilhadas com terceiros, como outras companhias de seguros, organizações de saúde e seguros de saúde ou planos do governo para julgar e processar qualquer pedido de indenização. Tomamos muito cuidado para manter informações pessoais do Segurado precisas, confidenciais e protegidas. Se tiver qualquer dúvida sobre a Política de Privacidade da Empresa, entre em contato com o nosso Escritório de Privacidade no telefone (905) 523-5587 ou por e-mail no seguinte endereço: **privacy@oldrepublic-group.com.**

PROCEDIMENTOS EM CASO DE EMERGÊNCIA:

Ligue para o Número de Emergência Gratuito (24 horas): 1-888-756-8428 (na América do Norte) ou a cobrar para: (905) 731-8291

1. **no período de 24 horas do internamento hospitalar, ou se incapacitado, assim que seja razoavelmente possível;**
2. **para qualquer benefício que necessite de aprovação prévia;**
3. **para qualquer Excursão, antes da ocorrência de QUAISQUER despesas médicas.**

A não notificação da Administradora do Seguro, conforme exigido, limitará a Nossa responsabilidade em 90% das despesas qualificadas incorridas.