



Seguro Saúde

STUDENTGUARD 

Health Insurance

APÓLICE DE SEGURO MÉDICO DE EMERGÊNCIA

Cobertura para os que chegam e que saem

POR FAVOR, LEIA ESTA APÓLICE CUIDADOSAMENTE

Este seguro foi projetado para cobrir perdas que surgem em circunstâncias súbitas e inesperadas. A cobertura está sujeita a certas limitações e exclusões, incluindo mas não limitada às condições preexistentes que se aplicam a condições médicas, tratamento e/ou sintomas que existiam e não eram estáveis nos três meses anteriores à Sua Data Efetiva.

Este documento torna-se um contrato quando Você associa-se e efetua o pagamento integral do prêmio de seguro

DEFINIÇÕES

Sempre que usado nesta apólice ou em qualquer emenda, os seguintes termos estarão escritos com letras maiúsculas e terão os significados especificados abaixo.

Acidente/Acidental significa um evento externo inevitável, súbito, inesperado, imprevisto, conduzindo diretamente e independentemente de todas as outras causas a um ferimento corporal em um Segurado durante o Período de Cobertura.

Aplicação significa o nosso formulário que Você preenche e envia solicitando seguro sob esta Apólice. A Aplicação faz parte do contrato de seguro e alguns termos são definidos na Aplicação, e outros são definidos na seção de Definições da Apólice.

Máximo Benefício significa a quantia mencionada como a máxima pagável para qualquer benefício particular no período de 365 dias salvo se especificado de outra forma.

Administrador de Sinistros significa Travel Healthcare Insurance Solutions Inc. (T.H.I.S.)

Dispositivo de Correção significa um dispositivo do qual Você necessita, recomendado por um Médico, para corrigir um dano físico debilitante e sem o qual seria uma impossibilidade física para que continue os Seus estudos ou as Suas responsabilidades pedagógicas numa instituição educacional em que esteja matriculado ou ensinando. "Dispositivos de Correção" incluem membros protéticos, cadeiras de roda, cães guias e aparelhos auditivos, mas NÃO incluindo óculos.

Cobertura significa os benefícios de emergência aqui descritos. A Cobertura é efetiva em todo o mundo, no entanto, a Cobertura no País de Origem é limitada; favor consultar a **Excursão** ou **Cobertura no País de Origem - Canadenses** (veja Benefícios), e Exclusão #6.

Período de Cobertura significa o período de tempo durante no qual Você estará segurado aos benefícios fornecidos por esta Apólice, a partir das 12h01 da Data Efetiva até as 24h00 (meia-noite) em qualquer uma das datas (a) conforme especificada como sendo a Data de Término na Aplicação; ou (b) do término de qualquer extensão dessa Apólice. Caso Você retorne ao Seu País de Origem por qualquer razão exceto a **Excursão** ou **Cobertura no País de Origem - Canadenses** (veja Benefícios), a cobertura termina efetivamente na data do Seu Retorno ao Seu País de Origem. O Período de Cobertura máximo, incluindo prorrogações, é de 365 dias consecutivos a partir da Data Efetiva.

Dentista significa um doutor de odontologia, qualificado e legalmente licenciado para praticar odontologia, no local onde são executados serviços odontológicos, mas não inclui o Segurado ou um parente do Segurado.

Data Efetiva significa a data em que inicia a Sua cobertura por esta Apólice. A Cobertura inicia em uma das datas e horário mais recentes, (a) quando o prêmio especificado é pago, ou (b) na data que Você solicita como sendo a Data de Início na Sua Aplicação, ou (c) para os Segurados que estão chegando, será a data que Você sai do seu país de origem, ou (d) para os Segurados que estão saindo, será a data que você deixa o Canadá, ou (e) para os canadenses que estão retornando, será a data que você retorna ao Canadá.

Elegível significa qualquer pessoa que apresenta uma Aplicação e correspondente pagamento para cobertura sob esta Apólice que atende a definição de um Segurado, e que recebe aceitação de cobertura do Administrador de Planos por meio de uma confirmação ou do recibo de um Cartão de Identificação de Apólice válida.

Emergência significa 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 significa o país onde o Segurado reside permanentemente.

Hospital significa uma instalação que principalmente trata de pacientes com base em pacientes internados e é licenciada como um Hospital pela jurisdição onde o tratamento é oferecido, fornecendo serviços de enfermagem 24 horas por dia por enfermeiras registradas ou diplomadas, tendo um quadro de pessoal de um ou mais Médicos disponíveis 24 horas por dia, providenciando instalações organizadas para diagnose e procedimentos cirúrgicos, mantendo um equipamento de radiografia e com instalações operacionais, não sendo principalmente uma clínica, enfermaria, casa convalescente ou de repouso, ou estabelecimento similar, e não sendo, senão que incidentalmente, um local para o tratamento de alcoolismo ou abuso de substâncias.

Segurado que chega (In-bound) significa um Segurado Elegível cujo País de Origem não é o Canadá e que está residindo temporariamente no Canadá. As viagens interprovinciais estão cobertas.

Ferimento significa lesão corporal em um Segurado devido a um Acidente que ocorre pela primeira vez durante o Período de Cobertura.

Segurado, Você, Seu ou Sua significa uma pessoa Elegível, com idade inferior a 65 anos, que solicitou cobertura e pagou o prêmio apropriado ao Administrador de Planos, e que está residindo temporariamente ou viajando fora do seu País de Origem. Esta definição inclui estudantes, membros do corpo docente, professores, acompanhantes, participantes em intercâmbios educacional/empresarial/cultural, e os seus dependentes com idade acima de 15 dias e abaixo de 19 anos. Esta cobertura não é transferível.

Segurador, Nós, Nos, Nosso(s) significa ACE INA Life Insurance.

Tratamento Médico significa conselho médico, consulta, cuidados, serviços ou diagnose fornecidos por um Médico ou um operador paramédico elegível.

Medicamento Necessário significa aqueles serviços ou suprimentos que são oferecidos a Você e que são requeridos para identificar ou tratar a sua Doença ou Ferimento de Emergência, e que são necessários para aliviar a dor aguda ou sofrimento, ou para identificar ou tratar a sua Doença ou Ferimento de Emergência; ou com respeito aos serviços hospitalares, aqueles que não podem ser administrados a Você como paciente externo.

Medicamento significa uma droga que é considerada Medicamento Necessária para o tratamento ou o alívio de uma Doença ou Ferimento de Emergência e que é disponível somente com uma prescrição médica fornecida por um Médico ou Dentista.

Segurado que sai (Out-bound) significa um Segurado Elegível cujo País de Origem é o Canadá e que está residindo temporariamente fora do Canadá.

Profissional Paramédico significa um indivíduo que satisfaz as exigências profissionais e legais necessárias para oferecer os serviços de um quiroprático, osteopata, naturopata, acupunturista, quiropedista ou pedicuro, mas não inclui o Segurado ou um parente do Segurado. NÃO é necessária uma indicação de um médico.

Administrador de Planos significa Travel Healthcare Insurance Solutions Inc. (T.H.I.S.)

Médico significa um doutor de medicina, qualificado e legalmente licenciado para praticar medicina, no local onde são executados serviços médicos, mas não inclui o Segurado ou um parente do Segurado.

Psiquiatra significa um doutor de psiquiatria, qualificado e legalmente licenciado para praticar medicina psiquiátrica, no local onde são executados serviços psiquiátricos, mas não inclui o Segurado ou um parente do Segurado.

Psicólogo significa um doutor de psicologia, qualificado e legalmente licenciado para praticar psicologia, no local onde são executados serviços psicológicos, mas não inclui o Segurado ou um parente do Segurado.

Despesas Razoáveis e Habituais significa as quantias normalmente cobradas pelo tratamento, serviços ou suprimentos para fornecerem o nível apropriado de cuidado para a gravidade da condição de Emergência sendo tratada, na localização geográfica onde estão sendo fornecidos o tratamento, serviços ou suprimentos.

Doença significa o 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 Você busque Tratamento Médico de Emergência.

Data de Término significa a data que a Sua cobertura sob esta Apólice termina. A Cobertura cessa na data mais posterior (a) conforme especificada como Data de Término na Aplicação; ou (b) do término de qualquer prorrogação dessa Apólice. Caso Você retorne ao Seu País de Origem por qualquer razão, a não ser aquela conforme a definição na **Excursão** ou **Cobertura no País de Origem - Canadenses** (veja Benefícios), a cobertura termina efetivamente na data do Seu Retorno ao Seu País de Origem.

ACORDO DO SEGURO

Caso um Segurado Elegível sofra um Ferimento de Emergência ou uma Doença durante o Período de Cobertura, Nós pagaremos os benefícios declarados nesta Apólice, sujeito a todos os seus termos, condições, limitações, exclusões e outras provisões, para as Despesas Razoáveis e Habituais incorridas, no menor valor do Máximo Benefícios para tal benefício específico, ou para a Apólice máxima no valor de \$1.000.000. Todos os máximos contidos nesta Apólice são por Segurado, por um período de 365 dias, a menos que seja indicado o contrário, e são fixados em moeda corrente, isto é, o dólar canadense. É uma condição precedente para cobertura sob esta Apólice, que na Data Efetiva, o Segurado não tenha nenhum conhecimento de qualquer condição médica existente que possa requerer que o Segurado incorresse quaisquer despesas médicas relacionadas durante o Período de Cobertura.

BENEFÍCIOS

Os benefícios nesta Apólice não estão sujeitos a nenhuma dedução. Os benefícios são pagos com base em custos razoáveis e habituais relacionados aos serviços prestados. O seu seguro cobre até \$1.000.000 em benefícios totais para os serviços Medicamente Necessários para tratar uma condição médica emergente nova e elegível que inicia, pela primeira vez, após a Data Efetiva de Cobertura. Estes serviços Medicamente Necessários incluem consultas de acompanhamento razoáveis, testes e cirurgias, até que a emergência inicial seja resolvida e a condição tenha estabilizado.

Serviços Hospitalares • Custos cobrados por um Hospital com respeito a um quarto semiprivado e outros serviços e suprimentos necessários, inclusive drogas administradas enquanto hospitalizado devido a razões clínicas; sem limite em número de dias; *Com respeito à Hospitalização Psiquiátrica, veja abaixo*; Custos para Tratamento Médico fornecido para uma Emergência em base de internamento do paciente ou de atendimento ambulatorial; Custos para anestesia ou produtos de sangue e a administração de tais produtos. **Qualquer procedimento cirúrgico requer uma aprovação prévia do Administrador de Sinistros**, a menos que um atraso venha a causar uma ameaça à vida.

Honorários do Médico • Todos os custos cobrados por um Médico para os serviços profissionais ou Tratamento Médico.

Tratamento Psiquiátrico • Quando prestados com base em internamento do paciente após uma Emergência, os honorários para os serviços de um Psiquiatra serão pagos com um limite máximo vitalício de \$10.000.

Hospitalização Psiquiátrica • Quando a Hospitalização de Emergência for necessária principalmente para um tratamento psiquiátrico, os benefícios são pagáveis em um período máximo vitalício de 30 dias.

Psicoterapia • Até \$1.000 por despesas relacionadas aos serviços ambulatoriais por um período de 365 dias, incluindo aconselhamento psiquiátrico ou psicológico.

Radiografias, Testes de Laboratório e Diagnósticos • Os custos para os serviços técnicos e interpretativos. **Aprovação prévia, por escrito, do Administrador de Sinistros é necessária** para todos os principais testes diagnósticos, incluindo mas não se limitando a Imagem de Ressonância Magnética (MRI) e Tomografia Axial Computadorizada (CAT).

Prescrição de Medicamentos • Limitado a uma provisão de 30 dias para qualquer tipo, a menos que tenha sido prescrito enquanto estava internado no Hospital.

Cuidados de Enfermagem Particular • Até \$15.000 para os serviços de uma Enfermeira Registrada, Enfermeira Assistente Registrada ou um Funcionário para Cuidados a Domicílio, mas não inclui o Segurado, um parente do Segurado, ou alguém que normalmente reside com o Segurado, quando receitado pelo Médico atendente.

Fisioterapia e Fonoaudiologia • Até \$1.000 por despesas cobradas por um fisioterapeuta ou fonoaudiólogo a menos que oferecido durante o internamento no Hospital.

Equipamento Médico e Suprimentos • **Pagável somente, se for necessário, por motivo de Doença ou Ferimento cobertos pela Apólice.** A aquisição de suprimentos médicos, incluindo curativos e aparelhos protéticos; custos de aluguel para cadeiras de rodas, muletas, cama tipo hospital ou outros aparelhos, não excedendo o preço de compra.

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

Serviços Paramédicos • Até \$500 por Profissional Paramédico (quiropático, osteopata, naturopata, acupunturista, quiropedista ou pedicuro) para todos os serviços, inclusive radiografias.

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

Cuidados Dentários de Emergência • (a) Até \$100 por dente para extrair dente de siso incluso ou, (b) *Quando o mínimo de 6 meses consecutivos de cobertura tenha sido adquirido*, até um máximo total de \$600 para tratamentos dentários de emergência para aliviar imediatamente a dor e sofrimento. Nota: Os benefícios são pagáveis apenas dentro dos itens a) ou b) e não podem ser aglomerados para qualquer uma indenização.

Tratamento de Verrugas • As despesas para tratamento de qualquer tipo de verruga até \$500.

Cobertura de Gravidez • Onde a gravidez começa após a Data Efetiva desta Apólice, as complicações graves devido à gravidez estão cobertas e sujeitas ao máximo da Apólice global. As complicações graves não incluem as condições normais de uma gravidez, incluindo mas não limitado a enjôos matinais, pequenos sangramentos, ultra-sonografias, testes 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*, Nós pagaremos até um total de \$150 por uma consulta a um Médico no Canadá durante um período de 365 dias, 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*, as despesas relacionadas a um exame de vista sem emergência no Canadá por um Optometrista licenciado por um período de 365 dias serão pagas. Nota: o custo de óculos ou lentes de contato NÃO é coberto.

Excursão • As viagens para fora do Canadá (exceto o País de Origem do Segurado) por um Segurado que está chegando são cobertas, mas sujeitas às seguintes condições (a) mais de 50% do tempo total 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 causadas em Seu País de Origem, exceto quando a viagem para o País de Origem é expressamente feita a fim de participar num evento esportivo escolar ou extracurricular, ou quando o pedido de indenização é efetuado sob a 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 máximo período de 90 dias está disponível até que o serviço de saúde provincial (GHIP) torne-se acessível.

BENEFÍCIOS

Acesso – Defeito no Dispositivo de Correção, Mau funcionamento e Proteção contra Furto • Se, enquanto esta apólice estiver em vigor, o dispositivo de correção, que Você necessita, for roubado e não for recuperado, ou estiver sujeito ao mau funcionamento ou defeito que se torna aparente enquanto Você estiver coberto sob esta Apólice, e que o dispositivo de correção do qual Você necessita apresente ser inutilizável, nós pagaremos até \$1.000 para substituir ou consertar o Seu Dispositivo de Correção. Nós não pagamos por defeitos ou mau funcionamento que sejam cobertos pela garantia do fabricante.

Terapia para Traumas • Caso um Segurado sofra uma perda coberta conforme especificada na Tabela de Perdas, (exceto a perda da vida – veja abaixo) dentro de 90 dias a partir da data do Acidente que ocorreu durante o Período de Cobertura, Nós pagaremos até 6 sessões de terapia para traumas.

Morte Acidental e Desmembramento • Caso um Segurado morra ou sofra uma impotência permanente como resultado de um Acidente, Ferimento, Doença ou Evento cobertos por esta apólice, dentro de 90 dias a partir da data do Acidente ocorrido durante o Período de Cobertura, Nós pagaremos de acordo com a seguinte Tabela de Perdas até o máximo de \$50.000. Se as indenizações totais contra Nós referentes ao mesmo Acidente excederem \$1.250.000, a nossa responsabilidade para tal Acidente será limitada a \$1.250.000, cujo montante será compartilhado proporcionalmente entre todos os reivindicadores, que são indivíduos segurados sob o StudentGuard. Os benefícios são pagáveis para o espólio do Segurado.

Tabela de Perdas

Perda da Vida	\$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" significa separação da mão ou do pé, no pulso ou acima, ou na junta do tornozelo ou acima, respectivamente, ou completa paralisia irreversível.

"Perda da Visão" deve ser total e irrecuperável.

DESAPARECIMENTO – Caso o Segurado desapareça e após um determinado período de tempo, é razoável acreditar que tal Segurado tenha morrido como resultado de uma Lesão Corporal, e sendo assim o Benefício por Morte será pago sujeito a declaração assinada e que se a opinião venha a ser subsequentemente errônea, tal Benefício por Morte deverá ser reembolsado para Nós.

EXPOSIÇÃO – Um ferimento no Segurado, como resultado direto de uma exposição inevitável por elementos, será considerado causadora de uma Lesão Corporal, e os benefícios serão pagos de acordo com a Tabela de Perdas acima mencionada.

TRANSPORTE COMUM - No caso da morte do Segurado devido a um ferimento causado enquanto viajava como passageiro pagante em (a) qualquer tipo de transporte público ou (b) um voo programado em uma aeronave ou helicóptero, o benefício aumenta para \$100.000.

Os seguintes benefícios são cobertos com a aprovação prévia do Administrador de Sinistros. A quantia máxima pagável para os seguintes benefícios de transporte não pode exceder o total de \$200.000 por Período de Cobertura.

Evacuação Aérea • O custo envolvido para transportá-lo para o Hospital mais próximo ou para um Hospital em Seu País de Origem, quando Medicamente Necessário, em qualquer um dos dois casos:

- a) como uma tarifa de maca em um voo regular, incluindo o bilhete de retorno na classe econômica para os assistentes de medicina qualificados (que não seja um parente) e as suas taxas e despesas relacionadas; ou
- b) por uma ambulância aérea devidamente equipada, incluindo as taxas e despesas relacionadas com a tripulação qualificada.

Estão inclusos os custos da ambulância terrestre em cada terminal do voo ou em vôos de conexão. O Médico atendente terá que certificar que o Segurado está habilitado, sob o ponto de vista médico, para o tipo de transferência selecionado.

Transporte de Parentes e Pensão de Subsistência • Caso Você não tenha membros familiares em um raio de 500 quilômetros do Seu local enquanto estiver fora do Seu País de Origem e estiver hospitalizado, e a previsão da sua hospitalização seja de no mínimo 7 dias, ou no caso da morte do Segurado, Nós pagaremos até \$5.000 para o custo de transporte de ida e volta, com base na mais baixa tarifa disponível, pela rota mais direta, para duas pessoas nomeadas por Você para chegarem até o lado do seu leito. Além disso, Nós pagaremos até \$1.500 pela acomodação comercial e refeições dessas duas pessoas durante um período máximo de 10 dias. O Médico atendente deverá certificar que a situação é grave o suficiente para justificar a visita. Envie todas as contas e recibos ao Administrador de Sinistros.

Repatriamento ou Sepultamento do Falecido • Caso a morte ocorra durante o Período de Cobertura como resultado de um Ferimento ou Doença cobertos pela apólice, Nós pagaremos qualquer um dos seguintes casos (a) até \$15.000 para os custos razoáveis e necessários para a preparação e retorno do cadáver do Segurado para o País de Origem em um recipiente de transporte padrão ou (b) até \$5.000 para o custo de preparação do cadáver, cremação ou sepultamento, e um pedaço de terra em cemitério no local onde a morte ocorrer. Estão excluídos os custos relacionados com o caixão, urna, lápide ou funeral.

EXCLUSÕES

Nós não pagaremos quaisquer despesas que resultem diretamente ou indiretamente de:

1. uma condição preexistente que signifique uma doença, ferimento ou outra condição que estava causando sinais ou sintomas e/ou que necessitasse de conselho médico ou investigação, mesmo se um diagnóstico tenha sido estabelecido ou não, e/ou qualquer tipo de tratamento médico administrado por um Médico ou outro Profissional da Saúde durante um período de 3 meses imediatamente precedentes à Data Efetiva, ou se a partir do início da cobertura, uma condição já era conhecida e presente, e sendo assim, as despesas poderiam razoavelmente ter sido esperadas e incorridas.
- O seguinte não constitui tratamento médico com o propósito desta exclusão das condições preexistentes:

EXCLUSÕES

- a) o uso consistente de medicamento, ou seja, que nenhuma mudança de medicamento, dosagem ou uso, tenha sido receitado por Médico ou outro Profissional da Saúde;
- b) um exame médico completo quando o Médico ou outro Profissional da Saúde observa que não há nenhuma mudança adversa em certa condição, sintoma ou problema, previamente notável;
2. tratamento Médico Opcional ou Sem Emergência, incluindo qualquer tratamento dado para manter a estabilidade de uma condição ou doença crônica, inclusive consultas para a reposição de medicamento, 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 sob os Benefícios da Visita Médica Anual e do Exame de Vista*);
3. qualquer tratamento contínuo de um Ferimento ou Doença, se o Administrador de Sinistros 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 o País Anfitrião a fim de terminar os estudos/ensino no mesmo ano ou anos subsequentes da apólice, os benefícios pagáveis serão limitados até uma quantia máxima de \$10.000 para tal doença ou ferimento cujos motivos causaram o retorno do Segurado para o seu País de Origem;
4. medicamento geralmente disponível sem uma prescrição médica; droga para fertilidade; anticoncepcionais; droga para disfunção erétil; droga contra queda de cabelo; droga para parar de fumar; vacinas, imunizações ou injeções; preparações de vitaminas ou suplementos; ou medicamento recebido com base preventiva ou sustentativa;
5. cirurgia plástica ou cosmética exceto como resultado de um Ferimento coberto pela apólice; substituição, extração, ou reparos em uma prótese existente (*exceto se pagável sob o Benefício dos Dispositivos de Correção*);
6. quaisquer despesas incorridas fora do Período de Cobertura ou enquanto você estiver em Seu País de Origem (*exceto conforme indicado sob os Benefícios Canadenses – Excursão ou Cobertura em País de Origem*); serviços médicos para qualquer ferimento que ocorreu ou doença que iniciou em Seu País de Origem durante o Período de Cobertura;
7. gravidez normal; parto normal; aborto eletivo;
8. o Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) ou Síndrome de Deficiência Imune Adquirida (AIDS) ou Complexo Relacionado à Aids (ARC);
9. suicídio, tentativa de suicídio, ferimentos autoinfligidos, insanidade, transtornos mentais ou emocionais a menos que seja hospitalizado (*veja os Benefícios para o Tratamento Psiquiátrico e Hospitalização Psiquiátrica*), ou reações que incluem, mas não se limitam ao estresse, ansiedade, ataques de pânico, depressão, qualquer distúrbio alimentício ou problema de peso, (*exceto conforme indicado sob o Benefício da Psicoterapia*);
10. as suas ações quando são 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 esportes profissionais ou atividades perigosas tais como, competições motorizadas de velocidade, pára-quedismo, vôo em queda livre, asa delta, *bungee jumping*, exploração de caverna, montanhismo, alpinismo, ou mergulhos;
12. operando qualquer tipo de aeronave ou viajando como passageiro em qualquer vôo 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 em uma motocicleta, de *snowmobile* (veículo para locomoção na neve), ou em qualquer tipo de veículo enquanto estiver dirigindo fora da estrada ou em uma corrida, a menos que não existam estradas na área em questão;
13. ferimento ou doença causados enquanto estiver em treinamento ou servindo em qualquer capacidade, como um membro de quaisquer forças armadas, ou enquanto estiver participando ativamente em qualquer conflito de guerra ou sustentando uma atividade criminal. No entanto, caso sofra um Ferimento como um resultado direto de ações em um tipo de guerra, onde não era um participante ativo e dentro de 48 horas 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 sob qualquer outra forma de seguro, indenização ou plano, ou que sejam da responsabilidade de terceiros;
16. ferimento ou doença enquanto estiver viajando para um destino onde o Governo do País de Origem tenha publicado uma advertência afirmando que a viagem para tal destino não deveria ser feita;
17. viajando contrário a uma recomendação médica 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 da falta de execução pelo Segurado em aceitar ou seguir o conselho do Médico, inclusive tratamentos ou tratamentos recomendados.

LIMITAÇÕES

Reservamos o direito de organizar o transporte para o retorno ao Seu País de Origem após uma Emergência, até antes ou depois que receber Tratamento Médico, ou Serviços Hospitalares ou Médicos. Caso recuse o retorno, quando declarar que está apto para viajar sob o ponto de vista médico pelo Administrador de Sinistros, Nós não pagaremos quaisquer despesas contínuas ou repetitivas, ou pelas complicações relacionadas que venham a resultar diretamente ou indiretamente a isso.

Limitação de Responsabilidade

O Segurador, o Administrador de Planos e/ou Administrador de Sinistros não são responsáveis pela disponibilidade, qualidade ou resultados de qualquer Tratamento Médico, ou a Sua Falta de Execução em obter Tratamento Médico ou transporte, e não poderão ser considerados responsáveis por qualquer negligência, atos errôneos ou omissões de quaisquer provedores de serviços.

CONDIÇÕES GERAIS

O Contrato. A Aplicação, esta Apólice, qualquer documento anexado a esta Apólice quando emitida, e qualquer retificação ao contrato acordado por escrito após a Apólice ser emitida, constitui o contrato por inteiro, e nenhum agente tem a autoridade de alterar o contrato ou renunciar qualquer uma das suas provisões.

Desistência. O Segurador será considerado em não ter desistido de qualquer condição deste contrato, em todo ou em parte, a menos que a desistência seja expressa claramente por escrito e assinada pelo Segurador.

Cópia da Aplicação. O Segurador, quando solicitado, deverá fornecer ao Segurado sob contrato uma cópia da Aplicação.

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, Nós a) cobraremos e receberemos a diferença, b) encurtaremos o Período de Cobertura se um pagamento insuficiente do prêmio não possa ser recebido, ou c) reembolsaremos qualquer pagamento excessivo. A cobertura será anulada e cancelada se por qualquer razão o Seu pagamento não for honrando 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 Sua idade na Data Efetiva. Reservamos o direito de recusar qualquer aplicação para seguro.

Contratos ou Apólices Duplicadas. No evento que mais de um contrato tenha sido emitido ao Segurado, os benefícios serão limitados ao máximo pagável sob um contrato a qualquer tempo, e um reembolso dos prêmios duplicados será emitido.

Declarações Falsas ou Omissões. Toda cobertura sob esta Apólice será nula, se, quer antes quer após uma perda, o Segurado tenha ocultado ou deturpado qualquer fato material ou circunstância a respeito desta cobertura ou assunto relacionado à mesma, ou de interesse do Segurado, ou no caso de qualquer fraude ou falso juramento do Segurado.

Fatos Materiais. Nenhuma declaração feita por um Segurado no momento da Aplicação para este contrato poderá ser utilizada em defesa de uma indenização sob este contrato ou para evitar o mesmo, a menos que esteja contida na Aplicação ou em quaisquer outras declarações, por escrito, ou respostas fornecidas como evidência de segurabilidade.

Lei Governante. Esta Apólice é governada pelas leis da província ou território canadense onde esta Apólice foi vendida. Qualquer ação ou processo contra o Segurador para recuperar as indenizações sob esta Apólice deverá ser trazido para a província ou território onde esta Apólice foi vendida e deverá iniciar dentro de 1 ano, a partir da data na qual a causa da ação originou-se.

Pagamento dos Benefícios. Todos os benefícios são pagáveis a menos que seja apontado o Seu direito ao pagamento diretamente ao provedor de serviços ou a um outro procurador nomeado. No caso da Sua morte, todos os benefícios serão pagáveis ao Seu espólio. O pagamento de benefícios fica isento do pagamento de quaisquer juros.

Moeda Corrente. Todas as quantias dos prêmios, benefícios máximos e pagamentos de benefícios são mencionados em moeda corrente canadense. Para propósitos 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 pelo Administrador de Sinistros. De acordo com a nossa opinião, Nós poderemos pagar uma indenização de benefícios na moeda corrente onde a perda ocorreu ou em moeda corrente dos Estados Unidos.

Coordenação dos Benefícios. Os benefícios nesta Apólice são pagáveis em excesso daqueles disponíveis sob qualquer outra Apólice de seguro ou plano válido e coletável, sob o qual está autorizado a reivindicar, incluindo mas não se limitando, ao plano de seguro de saúde do governo, ou seguro contra doenças e acidentes 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 sob esta Apólice será coordenado com qualquer outro plano que forneça cobertura similar de modo que os benefícios totais pagáveis sob todas as apólices ou planos não excedam 100% das despesas elegíveis incorridas.

Término pelo Segurado. O Segurado pode revogar este contrato em qualquer momento, mediante comunicação por escrito ao Administrador de Planos, que esteja atuando em nome do Segurador, ou entregando a mesma a um agente autorizado (por exemplo, escola ou organização). Caso esta Apólice for cancelada antes da Data Efetiva por motivos médicos, o Segurado ou o agente autorizado do Segurado, onde aplicável, receberá o reembolso integral dos prêmios pagos. Caso a Apólice for cancelada por qualquer outro motivo, uma taxa administrativa no valor de \$25 poderá ser cobrada. Caso esta Apólice for cancelada após a Data Efetiva, Nós reembolsaremos 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 que esteja pendente. Um período de espera aplica-se a todos os reembolsos.

Reembolsos. Os reembolsos são calculados com base em rateamento a partir da data carimbada em Seu pedido, por escrito, ou da data na comunicação via fac-símile ou e-mail, 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.

Término pelo Segurador. (1) O Segurador pode revogar este contrato em qualquer momento, mediante comunicação por escrito ao Segurado. Os prêmios não utilizados serão reembolsados no evento que nenhuma indenização tenha sido paga ou que esteja pendente. (2) O aviso de cessação será remetido ao Segurado por correio, fac-símile ou e-mail, ou no caso onde a aplicação tenha sido enviada por terceiros ou um agente, os mesmos poderão ser notificados por correio, fac-símile ou e-mail. (3) No caso onde o aviso de cessação é dado, 5 dias do aviso de cessação deverão ser concedidos, efetivo da data de envio por correio, fac-símile ou e-mail.

Sub-rogação (Direito de Recuperação). Se qualquer benefício pago a Você ou em Seu favor tenha sido em excesso ao montante permitido pelas provisões desta Apólice, ou se o pagamento tenha sido efetuado devido a um erro administrativo ou de um funcionário, então Nós reservamos o direito de recuperar tal quantia de Você ou qualquer instituição, segurador, ou qualquer organização ou terceiros, a quem tal pagamento tenha sido efetuado.

Caso qualquer pagamento seja feito sob esta Apólice, então Nós temos o direito parar proceder em Seu nome contra quaisquer terceiros que possam ser responsáveis pela origem de uma indenização sob esta Apólice. Nós ou os Nossos representantes designados terão direitos totais de sub-rogação. Você não poderá tomar nenhuma atitude em que possa prejudicar tais direitos e deverá cooperar completamente Conosco ou com os Nossos representantes

CONDIÇÕES GERAIS

designados, e sendo assim, concordará em assinar, executar e/ou entregar tais documentos conforme é exigido para proceder contra quaisquer terceiros que possam ser responsáveis.

Extensões da Apólice. O Período Máximo de Cobertura disponível sob esta Apólice, incluindo extensões, é de 365 dias consecutivos a partir da Data Efetiva. Qualquer pedido de extensão deve ser feito ao Administrador de Planos, não mais tarde que 7 dias úteis imediatamente anteriores à Data de Término da Sua cobertura existente. A cobertura para a extensão desta Apólice terá o seu início anulado se qualquer pagamento não for honrado pela sua instituição financeira. O Administrador de Planos ou o Segurador têm o direito de recusar qualquer extensão. Caso uma indenização tenha sido recebida pelo Segurado, uma extensão poderá ser outorgada com uma exclusão para a condição reivindicada.

Continuação Automática de Cobertura. Caso o Segurado se atrasar, de forma inevitável, por motivos que não possam ser atribuídos ao Segurado, além do fim do Período de Cobertura, esta Apólice permanecerá automaticamente em vigor, sem nenhum prêmio extra com respeito a um período que não exceda:

- a) 72 horas, se atrasado enquanto estiver viajando como um passageiro pagante do seu bilhete em um transporte público autorizado ou em um veículo particular, e o atraso tenha sido causado devido a um problema mecânico, acidente de trânsito ou condições atmosféricas severas; ou
- b) o período de internação como um paciente em um Hospital (a menos que tal período de internação seja em excesso do limite máximo para a Hospitalização Psiquiátrica) OU o período durante o qual Você não pode viajar devido às condições médicas aceitáveis (excluindo as condições psiquiátricas) pelo Administrador de Sinistros. Após a alta do Hospital ou depois da aprovação médica para viajar, uma extensão 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, e os originais de todas as contas ao Administrador de Sinistros ou ao Administrador de Planos, que estejam atuando em nome do Segurador através da entrega ou envio do mesmo pelo correio, não mais tarde do que 30 dias a partir da data em que uma indenização venha a ocorrer sob este contrato em consequência de um Acidente, Ferimento, Doença ou incapacidade; (b) dentro de 90 dias a partir da data em que uma indenização venha a ocorrer sob este contrato em consequência de um Acidente, Ferimento, Doença ou incapacidade, devendo fornecer ao Administrador de Sinistros ou ao Administrador de Planos tais comprovações, conforme razoável possibilidade dentro das circunstâncias do acontecido do Acidente ou do início do Ferimento, Doença ou incapacidade, e a perda relacionada, o direito do requerente em receber o pagamento, e (c) caso se solicitado pelo Administrador de Sinistros ou Administrador de Planos, um certificado satisfatório deverá ser fornecido sobre a causa ou natureza do Acidente, Ferimento, Doença ou incapacidade para que a indenização possa ser feita sob este contrato. Esta referência à 'incapacidade' refere-se aos benefícios pagáveis sob o Benefício de Morte Acidental e de Desmembramento.

Falta de Providências sobre Notificação ou Comprovação. A falta de providenciar, notificar ou fornecer comprovação da indenização dentro do prazo estabelecido acima não invalida a indenização se a notificação ou comprovação for dada ou fornecida dentro do razoável, e de maneira alguma após um ano da data do incidente ou Acidente, ou da data em que uma indenização venha a ocorrer sob este contrato causado por um Ferimento, Doença ou incapacidade, se para isto fosse comunicado a impossibilidade de avisar ou fornecer dentro do prazo combinado.

Fornecimento de Formulários pelo Administrador de Planos para Comprovação de Indenização. Os Formulários de Indenização são providenciados com cada carteira de identidade emitida, e inclusive são providenciados para todas as escolas e organizações. Onde um Formulário de Indenização é solicitado, o Administrador de Planos o providenciará ao Segurado por fac-símile, e-mail ou pelo correio. Além disso, os Formulários de Indenização estão disponíveis em nosso website: www.studentguard.com.

Direitos de Exame. Como uma condição precedente para a recuperação do dinheiro do seguro sob este contrato, (a) o requerente proporcionará ao Segurador uma oportunidade de examinar o Segurado quando e sempre que for razoavelmente necessário enquanto a indenização relacionada estiver pendente. O médico e o local de tal exame ficará a critério do Segurador. 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 a recuperação ou curar, e (b) no caso de morte da pessoa segurada, o Segurador poderá solicitar uma autópsia, sujeita a qualquer lei da jurisdição aplicável relacionada às autópsias.

Não complacência das obrigações. Poderemos escolher a limitar-nos ou até mesmo recusar pagamentos quando (a) o segurado ou a parte concernente com o pagamento for negligente no cumprimento de quaisquer de suas obrigações e sendo assim, possa causar danos ao

CONDIÇÕES GERAIS

segurador; (b) os fatos são fornecidos incorretamente ou insuficientes, ou são deturpados, ou se dados falsos são fornecidos; (c) onde um segurado sofre um Ferimento ou uma Doença, o Segurado necessita de tratamento médico imediato e tem de seguir todas as indicações médicas, prescrições e pedidos. A falta de execução poderá resultar em uma redução ou rejeição dos pagamentos.

Quando Houver Dinheiro a ser Ressarcido. Todo o dinheiro a ser ressarcido sob este contrato será pago pelo Segurador dentro de 90 dias após ter recebido a comprovação aceitável de indenização.

Limitação de Ações. Uma ação ou um processo contra o Segurador em prol da recuperação de uma indenização sob este contrato não poderá ser iniciado com mais de um ano após a data em que o dinheiro do seguro tornou-se pagável, ou teria se tornado pagável se tivesse válida a indenização.

PROCEDIMENTO DE INDENIZAÇÃO

1. Você **deve ligar** para o Número da Assistência de Emergência citado abaixo, **ANTES da internação hospitalar, e por escrito, obtendo uma aprovação prévia ANTES que qualquer despesa possa ocorrer em razão de:**
 - Principais testes diagnósticos
 - Serviços dentários
 - Cirurgia
 - Transporte aéreo
 - Transporte de familiares
 - Repatriação / Sepultamento
 2. Apresente o seu Cartão de Identificação StudentGuard aos seus fornecedores 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 de Sua organização ou pelo nosso website: www.studentguard.com.
 4. **ENVIE PELO CORREIO**, dentro de 30 dias da primeira despesa médica:
 - Formulário preenchido de indenização
 - **Originais** dos recibos e contas relacionadas por itens
 - Inclua os laudos médicos, o relatório da sala de emergência, relatórios históricos & medicinais, cirúrgicos, laboratoriais, radiografias e liberação para:
- StudentGuard Claims**
300 John Street, Suite 610
Thornhill, Ontario Canada L3T 5W4
- Lembre-se de guardar uma cópia para os seus arquivos.**
5. Com respeito a uma indenização de morte, o beneficiário ou a outra pessoa autorizada a reivindicar deverá ligar para Travel Healthcare Insurance Solutions Inc. a fim de relatar a indenização. Deverão ser enviados os detalhes da indenização, com a certidão de óbito original, ou qualquer outra prova da morte, que seja oficialmente aceitável por Nós.

Não aceitaremos a responsabilidade por qualquer indenização que seja enviada com mais de 1 ano da data da ocorrência.

As indenizações não poderão ser consideradas a menos que o formulário de indenização seja preenchido devidamente, assinado pelo requerente e enviado juntamente com toda a documentação ORIGINAL necessária, que deverá ser fornecida isenta de despesas para Nós.

O pagamento não será liberado até que as faturas e recibos originais sejam recebidos pelo Administrador de Sinistros.

Subscrito por



ACE INA Life Insurance
130 King Street West, 12th Floor,
The Exchange Tower
Toronto, Ontario
M5X 1A6

PRIVACIDADE

Nós e o Nosso Administrador de Planos (coletivamente "Nós" / "Nosso" com respeito a esta seção de privacidade) estamos comprometidos a proteger as informações pessoais que recebemos através de Você e de outras fontes, quando Nós manipulamos a Sua Aplicação para seguro e quando Nós consideramos qualquer indenização que Você possa apresentar. A fim de proteger a confidencialidade, Nós limitaremos o acesso à Sua informação para aqueles do Nosso quadro de funcionários e agentes, que são responsáveis pela administração deste seguro, e o processamento e investigação de indenizações, ou a qualquer outra pessoa autorizada por Você, ou exigido ou autorizado por lei. As Suas informações são mantidas nos escritórios de T.H.I.S., de quem Você pode solicitar revisão das Suas informações.

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

1. dentro de 24 horas da internação hospitalar, ou se incapacitado, assim que seja razoavelmente possível;
2. para qualquer benefício onde aprovação prévia é necessária;
3. para os Segurados Que Chegam (In-bound) e estão indo a uma Excursão, antes que incorra QUAISQUER despesas médicas.

A falta na execução da notificação ao Administrador de Sinistros, conforme é exigida, limitará a Nossa responsabilidade em 90% das despesas elegíveis incorridas.