



CANDIDATURA DESBRAVADOR INTERNACIONAL

DEVOLVER ESTE FORMULÁRIO A ADVENTIST RISK MANAGEMENT®, INC.

LOCALIZAÇÃO DOS SERVIÇOS: 12501 Old Columbia Pike | Silver Spring, MD 20904 | pathfinder@adventistrisk.org
ATENDIMENTO AO CLIENTE: 119 St. Peters Street, St. Albans | Hertfordshire, AL1 AEY, England | FAX: 44 (1727) 864578

DIVISÃO:

UNIÃO:

ASSOCIAÇÃO LOCAL:

▷ INFORMAÇÃO DE CONTACTO:

NOME:

M.I.

APELIDO:

NÚMERO DE TELEFONE:

ELEGIBILIDADE

Classe 1: Todos os membros ativos, líderes e membros de comité do Clube Internacional de Desbravadores Participante que estejam presentes em qualquer atividade de unidade regularmente aprovada como grupo sob supervisão direta do líder devidamente designado.

Classe 2: Todos os membros ativos, líderes e membros de comité dos Clubes Participantes que estejam presentes em qualquer atividade de unidade regularmente aprovada como grupo sob supervisão direta do líder devidamente designado.

Por favor, listar os Clubes Participantes abaixo (anexar folhas adicionais, se necessário)

NOME DO CLUBE	NÚMERO DE PARTICIPANTES	SELECIONAR A OPÇÃO DE SEGURO (VER QUADRO ABAIXO)
---------------	-------------------------	--

COBERTURA: Atividades promovidas incluindo viagens para e de casa, Avião Próprio, Alugado ou Controlado incluindo Viagem de Negócios sem Desvio de Pessoal para Viagem no seguinte avião coberto; tal como acordado com a companhia.

	Opção 1	Opção 2	Opção 3	Opção 4	Opção 5
Morte Acidental e Desmembramento	\$5000 Máx	\$5000 Máx	\$10 000 Máx	\$20 000 Máx	\$10 000 Máx
Despesas Médicas em caso de Acidente – Franquia \$0	3.000\$	4.000\$	3.000\$	4.000\$	5.000\$
Evacuação e Repatriação	100% de Despesas Cobertas				
Despesas em Medicina Dentária	Sujeito a \$1500 Máximo				
Taxa para Batedores por pessoa	1,00\$	1,70\$	1,30\$	2,00\$	2,80\$
Clubes Juvenis Taxa por pessoa	1,15\$	1,95\$	1,40\$	2,25\$	3,20\$

▷ ASSINATURA AUTORIZADA DO FUNCIONÁRIO DA IGREJA:

DATA (MM/DD/AAAA):

**APÓLICE PARA ACIDENTES MASTER DE CLUBE INTERNACIONAL DE DESBRAVADORES**

Subscrita pela Companhia de Seguros Americana ACE Número da Apólice: PTP N04822699

Coberturas em caso de Acidente para Corporação de Conferência Geral dos Adventistas do Sétimo Dia e respetivas organizações afiliadas

Você é uma Parte Coberta e elegível para cobertura ao abrigo do plano se estiver na classe elegível definida abaixo. Para receber coberturas, a Apólice tem de estar em vigor, o prémio requerido tem de ser pago e você tem que participar numa das Atividades Cobertas descritas abaixo.

DESCRIÇÃO DA CLASSE:

Classe 1: Todos os membros ativos, líderes e membros de comité do Clube Internacional de Desbravadores Participante que estejam presentes em qualquer atividade de unidade regularmente aprovada como grupo sob supervisão direta do devidamente designado.

Classe 2: Todos os membros ativos, líderes e membros de comité do Clube Participante que estejam presentes em qualquer atividade de unidade regularmente aprovada como grupo sob supervisão direta do líder devidamente designado.

Período de Cobertura: Você estará coberto à data da Data de Entrada em vigor da Apólice ou à data em que se tornou elegível, consoante a que ocorrer mais tarde. A sua cobertura terminará na data que ocorrer mais cedo de entre as seguintes: 1) fim da Apólice; 2) deixou de ser elegível; ou 3) o período termina para o qual o prémio requerido é pago.

ATIVIDADES COBERTAS

Atividades Promovidas: O Acidente Coberto tem que ocorrer: 1) nas instalações do Tomador do Seguro durante horas normais de operação; ou 2) nas instalações do Tomador do Seguro durante outros períodos, se estiver presente ou participar numa Atividade Coberta; ou 3) longe das instalações do Tomador do Seguro enquanto estiver presente ou participar numa Atividade Coberta no respetivo local marcado. A Atividade Coberta inclui a viagem sem desvio ou interrupção entre casa e o local da Atividade Coberta.

Avião Próprio, Alugado ou Controlado: A Atividade Coberta tem que ocorrer enquanto: 1) você estiver a viajar no estrangeiro, ou a entrar ou sair de um avião coberto; ou 2) como resultado de ficar preso num avião coberto. 3) longe das instalações do Tomador do Seguro na sua cidade de colocação permanente; 4) em negócios em nome do Tomador do Seguro; e 5) durante os negócios do Tomador do Seguro.

Esta cobertura começará aquando do início efetivo da viagem. Não importa se a viagem começa em sua casa, no seu local de trabalho ou noutra local. Terminará numa das seguintes datas, consoante a que ocorrer primeiro: data de regresso a casa; 2) data de regresso ao seu local de trabalho; ou 3) data em que faz um Desvio Pessoal. "Desvio Pessoal" significa: 1) uma atividade que não está razoavelmente relacionada com o negócio do Tomador do Seguro; e 2) não incidental para a finalidade da viagem. Um avião será considerado "controlado" pelo Tomador do Seguro se o Tomador do Seguro o puder usar durante mais de 10 dias consecutivos ou mais de 15 dias num ano.

Restrições no Avião: Se o Acidente Coberto ocorrer enquanto você estiver a viajar, ou a entrar ou sair de um avião coberto, pagaremos coberturas, mas apenas se: 1) se estiver a viajar apenas como passageiro, e não piloto ou membro da tripulação (exceto conforme estipulado pela Apólice); e 2) o avião tiver um certificado de navegabilidade válido; e 3) o avião for pilotado por um piloto com uma licença válida; e 4) o avião não estiver a ser usado para: (i) pulverização aérea, pulverização ou sementeira; combate a incêndios; mensagens de fumo no céu; queda livre ou voo livre; inspeção de condutas ou linhas elétricas; fotografia ou exploração aérea; corridas, testes de resistência, voo de duplos ou acrobático; ou (ii) qualquer operação que requiera uma licença especial da FAA, mesmo que seja concedida (isto não se aplica se a licença for requerida apenas devido ao território sobrevoado ou onde se aterrou). 5) o avião é um avião de transporte militar pilotado pelo Military Airlift Command (MAC) dos EUA, ou um serviço de transporte aéreo semelhante de outro país.

Limite Agregado: Pagaremos, no máximo, 500 000 dólares por Acidente Coberto por todas as perdas. Se, na ausência desta provisão, pagarmos mais do que este montante por todas as perdas ao abrigo da apólice, as coberturas a receber por cada pessoa com um sinistro válido serão reduzidas em proporção.

Coberturas/Limites - Máximos:

	Opção 1	Opção 2	Opção 3	Opção 4	Opção 5
Morte Acidental e Desmembramento	\$5000 Máx	\$5000 Máx	\$10 000 Máx	\$20 000 Máx	\$10 000 Máx
Despesas Médicas em caso de Acidente – Franquia \$0	3.000\$	4.000\$	3.000\$	4.000\$	5.000\$
Evacuação e Repatriação	100% de Despesas Cobertas				
Despesas em Medicina Dentária	Sujeito a \$1500 Máximo				
Taxa para Batedores por pessoa	1,00\$	1,70\$	1,30\$	2,00\$	2,80\$
Clubes Juvenis Taxa por pessoa	1,15\$	1,95\$	1,40\$	2,25\$	3,20\$



Coberturas em caso de Morte Acidental e Desmembramento:

Se a sua lesão ocorrer no prazo de 180 dias a partir da data de um Acidente Coberto em qualquer dos danos apresentados abaixo, pagaremos o Montante da Prestação apresentado abaixo referente a esse dano. O seu Montante Principal de 5000\$ ou \$10 000 ou \$20 000 depende da Opção que selecionou. Se ocorrerem várias perdas, só será pago um Montante de Cobertura, o mais elevado, por todas as perdas devido ao mesmo Acidente Coberto.

Vida	100% do Montante Principal
Dois ou mais Membros	100% do Montante Principal
Um Membro	100% do Montante Principal
Tetraplegia	100% do Montante Principal
Paraplegia	100% do Montante Principal
Hemiplegia	100% do Montante Principal
Polegar e Indicador da Mesma Mão	25% do Montante Principal
Principal Uniplegia	25% do Montante Principal

“**Tetraplegia**” significa Paralisia dos membros superiores e inferiores. “**Hemiplegia**” significa Paralisia total dos membros superiores e inferiores de um dos lados do corpo. “**Uniplegia**” significa Paralisia total de um membro inferior ou um membro superior. “**Paraplegia**” significa Paralisia total de ambos os membros inferiores ou de ambos os membros superiores. “**Paralisia**” significa perda de uso. Um Médico tem que determinar se o dano de uso é completo e irreversível quando o pedido de indemnização for entregue.

“**Membro**” significa Perda de Mão ou Pé, Perda de Visão, Perda de Fala e Perda de Audição. “**Perda de Mão ou Pé**” significa a separação completa atravessando ou acima da articulação do pulso ou tornozelo. “**Perda de Visão**” significa a Perda de Visão total e permanente de um olho. “**Perda de Fala**” significa a perda total e permanente de comunicação audível que seja irreparável por meios naturais, cirúrgicos ou artificiais. “**Perda de Audição**” significa a Perda de Audição total e permanente em ambos os ouvidos que seja irreparável e não possa ser corrigida por nenhum meio. “**Perda de um Polegar e Indicador da Mesma Mão**” significa a separação completa atravessando ou acima das articulações metacarpo-falângicas da mesma mão (as articulações entre os dedos e a mão). “**Separação**” significa a separação completa e o desmembramento da parte do corpo.

Coberturas de Despesas Médicas em caso de Acidente:

Pagaremos Despesas Médicas que resultem diretamente, e por nenhuma outra causa, de um Acidente Coberto. Estas coberturas têm de ser incorridas no prazo de 180 dias a partir da data do Acidente Coberto e estão sujeitas a Franquia \$0. A Cobertura Máxima para todas as Despesas Médicas em caso de Acidente depende da Opção que tiver escolhido. O Máximo para Despesas em Medicina Dentária é \$1500. Estas coberturas só são pagas: 1) para Encargos Habituais incorridos após cumprir a franquia; 2) para as Despesas Médicas Necessárias Cobertas que recebe; e 3) se as primeiras despesas incorridas ocorrerem no prazo de 90 dias a partir da data do Acidente Coberto. Não serão pagas coberturas por despesas que, por nosso critério, sejam além dos Encargos Habituais. Além das Excluições Gerais, não pagaremos Cobertura de Despesas Médicas em caso de Acidente por perdas, tratamentos ou serviços resultantes ou contribuídos por:

- Tratamento por pessoas empregadas ou retidas pelo Tomador do Seguro ou por nenhum Familiar Direto seu
- Tratamento de doenças ou infeções, exceto infeções piogénicas ou infeções bacterianas que resultem da ingestão acidental de substância contaminadas.
- Tratamento de hérnias, Doença de Osgood-Schlatter, osteocondrite, apendicite, osteomielite, doenças cardíacas, fraturas patológicas, fraqueza congénita, deslocamento de retina, salvo se causada por uma Lesão, ou doença mental ou cuidados ou tratamentos psicológicos ou psiquiátricos (exceto conforme estipulado na Apólice), seja ou não devido a um Acidente Coberto.
- Gravidez, parto, aborto ou qualquer complicação relacionada com qualquer uma destas situações.
- Distúrbios mentais e nervosos (exceto conforme estipulado na Apólice).
- Danos ou perda de próteses dentárias ou pontes, ou danos em equipamento ortodôntico existente (exceto conforme especificamente coberto pela Apólice).
- Despesas incorridas para tratamento de disfunção de articulação temporomandibular ou craniomandibular e dor miofacial associada (exceto conforme estipulado na Apólice).
- Lesão coberta pela Remuneração para Trabalhadores, Leis de Responsabilidade de Entidades Patronais ou coberturas ocupacionais semelhantes ou durante a participação numa atividade com o objetivo de obter ganhos monetários de fontes que não sejam o Tomador do Seguro.
- Lesão ou perda causada pelo consumo de fármacos, exceto os administrados por um Médico.
- Cirurgia estética, exceto para cirurgia reconstrutiva necessária como resultado de uma Lesão.
- Qualquer tratamento, cirurgia, tratamento de saúde ou exame opcionais, incluindo qualquer serviço, tratamento ou suprimentos que: (a) considerarmos serem experimentais; e (b) não sejam práticas médicas reconhecidas e geralmente aceites nos Estados Unidos.
- Óculos, lentes de contacto, aparelhos auditivos, cadeiras-de-rodas, aparelhos dentários, exames ou prescrições para os mesmos, ou reparação ou substituição de membros artificiais existentes, aparelhos ortopédicos ou dispositivos ortóticos.
- Despesas a receber por qualquer Apólice de seguro automóvel contra todos. (Esta exclusão não se aplica em qualquer Estado em que é proibido).
- Situações que não forem causadas por um Acidente Coberto.
- Participação em qualquer atividade ou perigo não especificamente coberto pela Apólice.
- Qualquer tratamento, serviço ou suprimento não especificamente coberto pela Apólice.

Cobertura de Despesas Médicas em caso de Emergência:

Pagaremos até 10 000 dólares por Despesas Cobertas incorridas para serviços médicos de emergência para o tratar, se você: 1) sofrer uma Emergência Médica durante uma Viagem; e 2) estiver a viajar 161 quilómetros ou mais de distância do seu local de residência permanente. As Despesas Cobertas incluem despesas para garantia de pagamento de um prestador de cuidados de saúde, Hospital ou centro de tratamento. As coberturas para estas Despesas Cobertas não serão pagas salvo se os encargos incorridos: 1) forem Clinicamente Necessários e não excederem os encargos por tratamentos, serviços ou suprimentos semelhantes no local onde a despesa foi incorrida; e 2) não incluírem encargos que não teriam sido incorridos se não existisse seguro. As coberturas só serão pagas se autorizarmos por escrito ou por meio eletrónico ou telefónico todas as despesas em adiantado, e os serviços forem prestados pelo nosso prestador de assistência.



Cobertura de Despesas Médicas de Evacuação em caso de Emergência:

Pagaremos 100% de Despesas Cobertas incorridas para a sua evacuação médica, se você: 1) sofrer uma Emergência Médica durante a Viagem; 2) precisar de Evacuação Médica em caso de Emergência; e estiver a viajar 161 quilômetros ou mais de distância do seu local de residência permanente. Despesas Cobertas; 1) Transporte Médico: despesas por transporte sob supervisão médica para um hospital diferente, centro de tratamento ou para o seu local de residência para tratamento Clinicamente Necessário em caso de Emergência Médica e sob pedido do Médico designado pelo nosso prestador de assistência em consulta com o Médico assistente local. 2) Envio de um Médico ou Especialista: as despesas de deslocação do Médico ou Especialista e os serviços médicos prestados no local, se, com base nas informações disponíveis, o seu estado não puder ser devidamente avaliado para determinar a necessidade de transporte ou evacuação e um médico ou especialista for enviado pelo nosso prestador de assistência ao local onde está para fazer a avaliação. 3) Regresso de Filho(s) Dependente(s): despesas para o regresso de cada Filho Dependente com menos de 18 anos ao seu local de residência principal, se a) você tiver 18 anos ou mais; e b) você for a única pessoa a viajar com o(s) Filho(s) Dependente(s) menor(es); e c) você sofrer de uma Emergência Médica e tiver de ficar internado num Hospital. 4) Serviços de Acompanhamento: despesas para um Familiar Direto ou acompanhante que viaje consigo para se juntar a si durante a sua evacuação médica de emergência para um hospital diferente, centro de tratamento ou o seu local de residência.

As coberturas para estas Despesas Cobertas não serão pagas salvo se: 1) o Médico que ordenar a Evacuação Médica de Emergência atestar que a gravidade da sua Emergência Médica requer uma Evacuação Médica de Emergência; 2) todos os preparativos para o transporte feitos para a Evacuação Médica de Emergência forem pelo meio e percurso mais diretos e económicos possíveis; 3) os encargos incorridos forem Clinicamente Necessários e não excederem os Encargos Habituais para um transporte, tratamento, serviços ou suprimentos semelhantes no local onde a despesa é incorrida; e 4) não incluírem encargos que não teriam sido incorridos se não existisse seguro.

As coberturas só serão pagas se autorizarmos por escrito ou por meio eletrónico ou telefónico todas as despesas em adiantado, e os serviços forem prestados pelo nosso prestador de assistência. Caso você se recuse a ser medicamente evacuado, não seremos responsáveis por nenhuma despesa médica incorrida após a data em que a evacuação médica é recomendada.

Cobertura em caso de Repatriação de Restos Mortais:

Pagaremos 100% das Despesas Cobertas para a preparação e o regresso do seu corpo à sua terra natal se morrer como resultado de uma Emergência Médica enquanto estiver a viajar a 161 quilômetros ou mais de distância do seu local de residência permanente. As despesas cobertas incluem: 1) despesas para embalsamamento ou cremação; 2) o caixão ou receptáculo menos dispendiosos adequados para transportar os restos mortais; 3) transporte dos restos mortais; e 4) Serviços de Acompanhamento que incluem despesas para um Familiar Direto ou acompanhante que viaje consigo para se juntar ao seu corpo durante a repatriação para o seu local de residência.

Todos os preparativos de transporte têm de ser feitos pelo percurso e meio mais diretos e económicos possíveis e não poderão exceder os Encargos Habituais para um transporte semelhante no local onde a despesa é incorrida. As coberturas só serão pagas se autorizarmos por escrito ou por meio eletrónico ou telefónico todas as despesas em adiantado, e os serviços forem prestados pelo nosso prestador de assistência.

Exclusões e Limitações:

Não pagaremos coberturas por perdas ou lesões que sejam causadas por ou resultantes de:

- Lesão auto-infligida intencionalmente
- Suicídio ou tentativa de suicídio.
- Guerra ou qualquer ato de guerra, seja declarada ou não (exceto conforme estipulado pela Apólice).
- Um Acidente Coberto que ocorra durante o cumprimento ativo do dever no exército, na Marinha ou nas forças armadas de qualquer país ou organização internacional. Aquando da receção de prova de serviço no ativo, reembolsaremos qualquer prémio pago por essa situação. A formação no cumprimento do dever na Guarda Nacional ou Reserva não está excluída, a menos que seja superior a 31 dias.
- Doença física ou mental, infeção bacteriana ou viral, ou o respetivo tratamento médico ou cirúrgico, exceto em caso de alguma infeção bacteriana resultante de um corte ou uma ferida externos acidentais ou ingestão acidental de comida contaminada.
- Pilotagem ou serviço como membro da tripulação num avião (exceto conforme estipulado pela Apólice).
- Cometimento, ou tentativa de cometimento, de um crime.
- A Pessoa Coberta legalmente intoxicada conforme determinado pelas leis da jurisdição em que a Lesão ocorreu.
- Lesão ou perda contribuída pelo consumo de fármacos, exceto as administradas por um Médico.

Este seguro não se aplica na medida em que sanções ou regulamentações comerciais ou económicas proíbem os EUA de fornecer seguros, incluindo, mas não limitado ao pagamento de sinis.

Definições:

“**Acidente Coberto**” significa um acidente que ocorre enquanto a cobertura estiver em vigor para si e resultar diretamente de todas as outras causas numa perda ou lesão cobertas pela Apólice pelas quais pagamos coberturas. “**Pessoa Coberta**” significa qualquer pessoa elegível a quem o prémio requerido é pago. “**Lesão**” significa um ferimento corporal sofrido por si que resulte diretamente de todas as outras causas de um Acidente Coberto. Todas as lesões sofridas por uma pessoa em algum Acidente Coberto, incluindo todas as condições relacionadas e sintomas recorrentes dessas lesões, são consideradas uma única Lesão. “**Emergência Médica**” significa uma situação causada por uma Lesão ou uma Doença que se manifeste por meio de sintomas de gravidade suficiente que uma pessoa leiga prudente com conhecimento médio de saúde e medicina preveja que a falta de assistência médica imediata colocaria a saúde da pessoa em jogo. “**Doença**” significa qualquer enfermidade, doença ou estado que cause uma perda pela qual incorra em despesas médicas enquanto estiver coberta por esta Apólice. Todas as condições e sintomas recorrentes do mesmo estado ou estado semelhante serão considerados uma Doença. “**Viagem**” significa viagem por via aérea, terrestre ou marítima a partir do seu País de Origem. “**Nós, Nosso/a, Nossos/as**” significa a companhia de seguros subscritora deste seguro ou o seu agente autorizado.

Tem de nos notificar no prazo de 90 dias a partir de um Acidente ou Perda. Se não for possível notificar nesse período de tempo, tem que se notificar assim que for razoavelmente possível. Esta notificação deverá identificá-lo, o Tomador do Seguro e o Número da Apólice PTP N0482269.



Informações de contacto:

Para verificação de elegibilidade e informações sobre sinistros, contacte a Adventist Risk Management para:

Telefone: 1-301-453-7400 opção # 1 (*fora e dentro dos EUA*) | **Telefone:** 1-888-951-4276 opção # 1 (*dentro dos EUA*) | **Fax:** 1-301-453-7060

E-mail: claims@adventistrisk.org

Enviar os sinistros para:

Adventist Risk Management, A/c: Claims

12501 Old Columbia Pike

Silver Spring, MD 20904-6600

Programa de Assistência em caso de Emergência:

Além da proteção de seguro oferecida por este plano, a Internacional SOS dá-lhe acesso aos seus serviços de assistência em viagem em todo o mundo. Estes serviços incluem:

- Assistência Médica incluindo referência para um médico ou especialista, monitorização médica quando Admissão estiver hospitalizado, evacuação médica de emergência para um centro adequado, repatriação clinicamente necessária e retorno de restos mortais.
- Assistência Pessoal incluindo informações de referência médica antes da viagem e enquanto estiver em viagem: medicação de emergência, informações por parte de embaixadas e consulados, assistência em caso de perda de documentação, referência de emergência para advogados, acesso a tradutor ou intérprete, verificação de coberturas médicas e assistência a sinistros médicos.
- Assistência em Viagem incluindo preparativos para viagem de emergência, preparativos para o regresso do seu acompanhante de viagem ou dependentes e regresso de veículos.

Para referências médicas, evacuação, repatriação ou outros serviços, contacte a Internacional SOS para:

App: International SOS Assistance App (iOS e Android)

Telefone: +1 215-942-8226

E-mail: philadelphia@internationalsos.com

Número de membro: 11BCAM749125

Identifique-se como vindo da parte da Igreja Adventista do Sétimo Dia

Esta Descrição de Cobertura é uma descrição breve das características importantes do plano de seguros. Não constitui um contrato de seguro. Os termos e condições de cobertura estão estipulados na Apólice emitida ao Tomador do Seguro. A apólice está sujeita à legislação do Estado (nos Estados Unidos da América) onde foi emitida. A cobertura poderá não estar disponível em todos os Estados ou determinados termos e condições poderão ser diferentes se a lei estatal assim o exigir. Guarde estas informações para consulta futura.