



ARM Sul Americana
Unibrás Corretora de Seguros

Proposta de Seguro de Excursão

Brasília, 01 de fevereiro de 2011



Proposta de Seguro de Excursão

Seguradora: MAPFRE Seguros

1. Descrição

Este seguro é um produto que provê cobertura contra acidentes pessoais que ocorram com participantes de viagens e eventos promovidos pela Igreja Adventista do Sétimo Dia (IASD). Este serviço garante proteção para crianças, jovens e adultos que façam parte dos programas e eventos da Igreja Adventista do Sétimo Dia.

2. **Vigência:** Conforme data de saída e retorno informados no formulário de contratação.

3. **Modalidade de apólice:** Acidentes Pessoais.

4. Grupo Segurável

- a. Todos os participantes de viagens ou eventos promovidos pela IASD, que estejam devidamente registrados na relação de segurados.

5. Forma de Contratação

- a. Via Internet
 - i. Pelo site www.unibrasexcursao.com.br, preenchendo todos os campos solicitados;
 - ii. **No site é possível fazer contratação de até 90 segurados;**
- b. Por formulário
 - i. Acima de 90 participantes, a contratação deverá ser feita por formulário (Anexo A);
- c. Na contratação, por qualquer forma, serão necessários os seguintes dados:
 - i. Do contratante:
 1. Associação ou Missão;
 2. Igreja/Escola (nome);
 3. Data de Saída e Retorno;
 4. Local de Saída e Destino;
 5. Nome Completo, Email e Telefone do Responsável pela viagem;
 - ii. Dos Segurados:
 1. Nome Completo;
 2. Data de Nascimento;
 3. CPF (no caso de crianças, deve utilizar o CPF do Responsável Legal).

6. Faturamento

- a. Via Internet
 - i. Emissão automática. A fatura (boleto) para pagamento será emitido na conclusão do cadastro.
- b. Por formulário
 - i. Formulário (anexo A) deverá ser enviado para o e-mail excursão@armseguros.com.br. No retorno, será enviada a fatura (boleto) para pagamento.



7. Coberturas

a. Morte Acidental (MA)

Indenização em caso de falecimento causado por acidente ocorrido durante a viagem ou em alguma atividade realizada durante o evento;

- Indenização é paga, ao(s) beneficiário(s) do segurados, até o limite da cobertura contratada.
- Os beneficiários são as pessoas que possuam parentesco imediato (pais ou cônjuge);

b. Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente (IPTA)

Garante o pagamento do capital segurado contratado ao próprio segurado, caso venha a ficar total ou parcialmente inválido, em caráter permanente, em decorrência direta e exclusiva de acidente durante a viagem ou em alguma atividade realizada durante o evento;

- Indenização é paga ao segurado, em caso de acidente, até o limite da cobertura contratada;

c. Despesas Médicas, Hospitalares e Odontológicas (DMHO)

- Garante o reembolso ao segurado, limitado ao capital segurado contratado, de despesas médicas, hospitalares e odontológicas, causadas por acidente, efetuadas pelo segurado para seu tratamento, sob orientação médica, até os 30 (trinta) primeiros dias contados da data do acidente coberto.
- O tratamento deverá ser sob orientação médica;

8. Condições para Atendimento

- Somente participantes que estejam com o nome da relação de segurados;
- Cobertura somente para a viagem e atividades realizadas durante o evento;
- Enquanto estiverem em viagem de deslocamento até o local de realização do evento;

9. Planos e tarifas

Tipo de Cobertura / Planos	Período	Plano I	Plano II	Plano III	Plano IV	Plano V
Morte Acidental		10.000,00	15.000,00	20.000,00	30.000,00	40.000,00
Invalidez Permanente		10.000,00	15.000,00	20.000,00	30.000,00	40.000,00
DMHO - Assistência Médica		3.000,00	4.500,00	6.000,00	9.000,00	12.000,00
Prêmio por Pessoa	01 à 02 dias	0,68	1,03	1,37	2,05	2,74
	03 à 05 dias	1,37	2,71	4,06	5,42	7,23
	06 à 10 dias	2,23	4,46	6,67	8,92	11,89
	11 à 15 dias	4,91	9,82	14,70	19,64	26,18
	16 à 20 dias	6,80	13,59	20,37	27,17	36,22
	21 à 25 dias	8,69	17,35	26,02	34,66	46,21
	26 à 30 dias	10,56	21,12	31,66	42,24	56,32

10. Procedimentos em caso de Sinistros

a. Morte Acidental

- Aviso de Sinistro preenchido e assinado pelo responsável do evento (anexo b);
- Relatório do Médico Assistente, totalmente preenchido e assinado pelo médico;
- Certidão de Óbito;
- Boletim de Ocorrência Policial (BO);
- Laudo do Instituto Médico Legal (IML);
- Certidão de Nascimento ou RG e CPF do segurado;



- CPF, RG comprovante de residência dos responsáveis e/ou beneficiário;
- b. Invalidez Permanente Total por Acidente (IPTA)**
 - Aviso de Sinistro preenchido e assinado pelo responsável do evento (anexo b);
 - Relatório do Médico Assistente, totalmente preenchido e assinado pelo médico;
 - Boletim de Ocorrência;
 - Laudo médico, atestando invalidez;
 - Certidão de Nascimento ou RG e CPF do segurado;
 - CPF, RG comprovante de residência dos responsáveis;
- c. DMHO – Despesas Médicas**
 - Aviso de Sinistro preenchido e assinado pelo responsável do evento (anexo b);
 - Relatório do Médico Assistente, totalmente preenchido e assinado pelo médico;
 - Notas fiscais ou recibos originais;
 - Conta hospitalar;
 - Para reembolso de medicação e exames, anexar o receituário médico;
 - Caso haja reembolso para o responsável pelo segurado (em caso de menor de idade), anexar RG, CPF e comprovante de residência do mesmo;
 1. O reembolso será para a pessoa citada no recibo ou nota fiscal como favorecido;

Nota 1: A SEGURADORA A QUALQUER MOMENTO PODERÁ SOLICITAR DOCUMENTOS ADICIONAIS PARA ESCLARECER EVENTUAIS DÚVIDAS.

Nota 2: EM CASO DE DUVIDA, ENTRAR EM CONTATO COM A ARM/UNIBRÁS CORRETORA DE SEGUROS.

11. Exclusões

- a. Suicídio;
- b. Transporte terrestre não regulamentado pelo Código Nacional de Trânsito e pela ANTT (Agencia Nacional de Transporte Terrestre);
- c. Despesas com substituição de óculos e quaisquer outras próteses, mesmo com receitas;
- d. Pessoas que não estejam cadastradas na relação de segurados enviada para a ARM/Unibrás;

12. Informações Gerais

- a. Este é apenas um resumo da apólice. Qualquer cobertura não especificada neste resumo será regida pela apólice mestre em todos os casos;
- b. Qualquer ocorrência não especificada acima, não caracteriza acidente, e pode não atender as exigências para cobertura do seguro.



13. Contatos ARM Sul Americana

a. ARM Sul Americana

Fones: 61-3704-8100

excursão@armseguros.com.br

b. Christian R. S. Prates

Diretor de Negócios

christian@armseguros.com.br

c. Inês Hoffmann

Seguro de Excursões e Eventos

inês@armseguros.com.br

Fones:

61-3704-8116

61-8134-7965

d. Goreth de Matos

Gerente de Sinistros

inês@armseguros.com.br

Fone:

61-3704-8103

14. Anexos

- a. Formulários de Contratação;
- b. Formulário de Aviso de Sinistro;