



**- FORMULÁRIO PARA SEGURO VIAGEM – INTERMAC ASSISTENCIA -**

**COBERTURAS PLANO TURÍSTICO INTERNACIONAL**

<b>BENEFÍCIOS</b>	
Seguro de vida por morte acidental	<b>R\$ 15.000,00</b>
Gastos médicos Hospitalar por doença / POR EVENTO	US\$ 6.000,00
Gastos médicos hospitalar por acidente / POR EVENTO	US\$ 6.000,00
Gastos méd. Hosp. por doença pré-existente	US\$ 250,00
Gastos Médicos Hospitalar p/ Esporte de Risco	US\$ 400,00
Gastos odontológicos	US\$ 200,00
Gastos farmacêuticos(prescrição médica – MAC) / POR EVENTO	US\$ 150,00
Gastos Fisioterapêuticos	US\$ 200,00
Passagem Gratuita p/ membro da família (Prescrição médica – MAC)	Inclui
Hospedagem para membro da família	Não inclui
Extensão de Permanência em hotel (máx.05 dias)	Não inclui
Extensão para internação hospitalar	05 dias
Repatriação sanitária	Inclui
Repatriação por morte	Inclui
Garantia de viagem de regresso	Inclui
Assistência a menor	Inclui
Serviço de localização de bagagem extraviada	Inclui
Seguro de Extravio de Bagagem	350,00
Auxílio no extravio ou roubo de documentos	Inclui
Auxílio de transmissão de Mensagens urgentes	Inclui
Despesas por gastos de atraso ou cancelamento de voo	Não inclui
Seguro de Cancelamento de viagem	500,00
Gastos advocatícios	US\$ 1.000,00
Adiantamento financeiro penal	US\$ 2.500,00
Transfer de executivos	Não inclui
Assistência Financeira	US\$ 500,00

**Por favor preencher os dados abaixo para emissão do seguro**

NOME COMPLETO (como no passaporte): \_\_\_\_\_

ENDEREÇO COMPLETO: \_\_\_\_\_

NACIONALIDADE: \_\_\_\_\_ PASSAPORTE: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_ RG: \_\_\_\_\_

DATA NASC: \_\_\_\_\_ TEL : \_\_\_\_\_

CIDADE: \_\_\_\_\_ DESTINO: \_\_\_\_\_

E-MAIL: \_\_\_\_\_

DATA de Saída Brasil : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ DATA de chegada Brasil: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_