

CARTÃO DE ASSISTÊNCIA TOURISTCARD PLANO EUROCARD - EC
CONDIÇÕES RESUMIDAS DE ASSISTÊNCIA

Assistência em caso de acidente	até EUR 30.000,00
Assistência em caso de enfermidade	até EUR 30.000,00
Despesas Odontológicas *	até EUR 500,00
Despesas Farmacêuticas *	até EUR 300,00
Serviço de busca e localização de bagagem	sim
Para envio de bagagem extraviada (por passageiro)	até US\$ 400,00
Seguro de bagagem	até US\$ 1.000,00
Passagem Aérea, em classe econômica, para um membro da família acompanhar o menor de 16 anos, quando o titular tiver problemas	sim
Repatriação Funerária *	até EUR 30.000,00
Repatriação Sanitária *	até EUR 30.000,00
Remoção hospitalar sem limite de gastos	
Transmissão de mensagens urgentes, assessoramento na perda ou roubo de documentos e informação sobre visto, clima e vacina.	
Passagem extra, para regresso antecipado, em caso de falecimento de um familiar.	

Informações Importantes:

* Todas as coberturas estão dentro do limite máximo global de assistência.

- Os preços para pessoas a partir de 75 anos serão superiores em 3 (três) vezes o valor da tarifa de cada produto. Esta disposição está de acordo com a RN nº 63/03, expedida pela ANS (Agência Nacional de Saúde).

- Este produto não cobre esportes radicais e nem Ski.

- Os seguros constantes no cartão TouristCard são contratados da Azul Seguros S/A.

- Todos os serviços acima descritos estão de acordo com as condições gerais de assistência do produto.

[Veja aqui as Condições Gerais do Plano EuroCard](#)

*Identidade nº: _____ CPF: _____

* Sexo: () Feminino () Masculino Idade: _____

Nome: _____ Data de Nascimento: ____/____/____

Endereço: _____

Bairro: _____ Cidade: _____ Estado: _____ CEP: _____ - _____

Tel. Comercial:(____) _____ - _____ Tel. Residencial:(____) _____ - _____ Tel. Celular:(____) _____ - _____

Nº do Passaporte: _____ Validade: ____/____/____

Cidade e País de Nascimento: _____ Profissão: _____

E-mail: _____ Fumante: sim () não ()

Em caso de Urgência avisar:

Nome: _____ Grau de parentesco _____

Endereço: _____

Bairro: _____ Cidade: _____ Estado: _____ CEP: _____ - _____

Tel. Comercial: (____) _____ - _____ Tel. Residencial:(____) _____ - _____ Tel. Celular:(____) _____ - _____

E-mail: _____