

FORMULÁRIO PARA SOLICITAÇÃO DO CARTÃO DE ASSISTÊNCIA TRAVEL ACE-PLANO EUROPE

Descrição Resumida dos Serviços e Limites de Valores

| | |
|---|----------------|
| Assistência em caso de acidente e enfermidade | € 30.000,00 |
| Gastos médicos com doença pré-existente | € 500,00 |
| Gastos com medicamentos em caso de internação e ambulatório * | € 500,00 |
| Assistência odontológica de urgência* | € 200,00 |
| Assistência Jurídica | € 1.200,00 |
| Serviço de localização de bagagem por perda ou extravio | Sim |
| Viagem Regresso* | Sim |
| Repatriação por morte* | € 30.000,00 |
| Repatriação sanitária* | € 30.000,00 |
| Orientação em caso de perda de documento ou cartão de crédito | sim |
| Transmissão de mensagem urgente | Sim |
| SEGURO | |
| Morte acidental ou invalidez permanente total por acidente** | US\$ 60.000,00 |
| Atraso de bagagem (reembolso de despesas por demora na localização) | € 300,00 |
| Seguro bagagem (indenização por extravio definitivo) | € 500,00 |
| Cancelamento de viagem | € 300,00 |

Informações Importantes:

- Estes preços são válidos para pessoas até 69 anos, a partir de 70 anos completos, favor consultar valores.

* Todas estas coberturas estão dentro do limite de benefícios de assistência médica em caso de acidente ou enfermidade.

** Independentemente do produto contratado, o Capital Segurado para pessoas com mais de 70 anos é de R\$ 1.000,00 (hum mil reais).

*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. Residência:(____) _____ - _____ Tel. Celular:(____) _____ - _____
 e-mail : _____

Informações Importantes:

- Seguro Garantido por Zurich Brasil Seguros, CNPJ 61.382.735/0001-11, sob apólice nº 03690000832 e suas especificações. Processo SUSEP nº 15.414.004128/98-16.
- Serviços, limites e tarifas sujeitos a alterações sem prévio aviso e válidos durante a vigência indicada no voucher.
- Estas Informações são reduzidas, prevalecendo os termos das Condições Gerais.

[Clique aqui para ver as Condições Gerais](#)