Planos de Saúde
Válido a partir de 1º de novembro de 2018

GUIA DE BENEFÍCIOS Individuais

Allianz Care

Bem-vindo(a)

Você e sua família podem agora contar com a Allianz Care como sua seguradora de saúde para ter acesso ao melhor atendimento médico possível.

Este guia consiste em duas partes: a seção "Como usar a sua cobertura" contém um resumo de todas as informações importantes que você provavelmente irá usar regularmente. A seção "Termos e condições de sua cobertura" explica a sua cobertura em maior detalhe.

Para que você aproveite ao máximo o seu Plano de Saúde Internacional, leia esse guia em conjunto com o seu Certificado de Seguro e com a Tabela de Benefícios.

COMO USAR A SUA COBERTURA

Serviços aos segurados 5
Resumo da cobertura 14
Precisa de tratamento? 18

TERMOS E CONDIÇÕES DE SUA COBERTURA

Explicando a sua cobertura 30
Processo de Reembolso e de Autorização para Tratamento 32
Pagamento de prêmios 36
Administração de sua apólice 38
Termos adicionais 42
Legislação de Proteção de Dados e liberação dos registros médicos 44
Procedimento de gestão de reclamações e disputas 46
Definições 48
Exclusões 59

Este documento é uma tradução em português da versão original em inglês. A versão original inglesa deste documento é a versão autoritária. Em caso de existir discrepâncias entre a versão traduzida e a versão original inglesa, informamos que a versão inglesa já é legalmente vincular por si mesma.

A AWP Health & Life SA é regulada pela Autoridade Francesa de Supervisão Prudencial, localizada em 4 place de Budapest, CS 92459, 75 436 Paris Cedex 09, França.

A AWP Health & Life SA, atuando sob sua sucursal na Irlanda, é uma empresa de sociedade anônima regida pelo Código de Seguros Francês. A empresa é registrada na França sob o número: sob o número: 401 154 679 RCS Bobigny. A sucursal da Irlanda é registrada pelo órgão Irlandês "Irish Companies Registration Office" sob o número: 907619. Endereço: 15 Joyce Way, Park West Business Campus, Nangor Road, Dublin 12, Irlanda. A Allianz Care e Allianz Partners estão registradas como razões sociais da AWP Health & Life SA.

COMO USAR A SUA COBERTURA

SERVIÇOS AOS SEGURADOS

Acreditamos que podemos marcar a diferença, fornecendo o alto nível de serviço que você merece, a qualquer hora e em qualquer lugar!

Nas próximas páginas descrevemos a gama completa de serviços que oferecemos aos segurados. Saiba o que está disponível para você, desde o nosso aplicativo MyHealth ao Programa de Assistência ao Expatriado.

Fale conosco, será um prazer ajudá-lo!

A nossa Central de Atendimento multilingue está disponível 24 horas por dia, 7 dias por semana, para responder quaisquer questões sobre a sua apólice ou se você precisar de assistência em caso de uma emergência.

Central de Atendimento: +353 1 645 4040
Para consultar a lista completa de nossos números gratuitos, acesse:
www.allianzworldwidecare.com/toll-free-numbers

E-mail: client.services@allianzworldwidecare.com

Fax: +353 1 630 1306

Você sabia...

...que a maioria de nossos segurados acha que as suas questões são resolvidas mais rapidamente quando nos ligam?

Aplicativo MyHealth

Nosso pioneiro aplicativo MyHealth foi desenvolvido para lhe fornecer acesso fácil e prático à sua cobertura, seja onde você estiver. Você poderá acessar os seguintes recursos em seu aparelho móvel:

MEUS PEDIDOS DE REEMBOLSO
Envie pedidos de reembolso em três simples passos e veja o histórico de seus pedidos de reembolso.

MEUS CONTATOS
Acesse nossa Central de Atendimento multilingue disponível 24 horas por dia, 7 dias por semana, assim como números de emergência locais.

ENCONTRAR UM HOSPITAL
Localize os hospitais mais próximos usando a tecnologia do GPS.

VERIFICADOR DE SINTOMAS
Para uma avaliação rápida e fácil de seus sintomas.

Outros serviços - acesse seus documentos da apólice e sua Carteirinha de Segurado em qualquer lugar, descubra o nome genérico de medicamentos em diversos países e obtenha a tradução de doenças comuns em um dos 17 idiomas disponíveis.

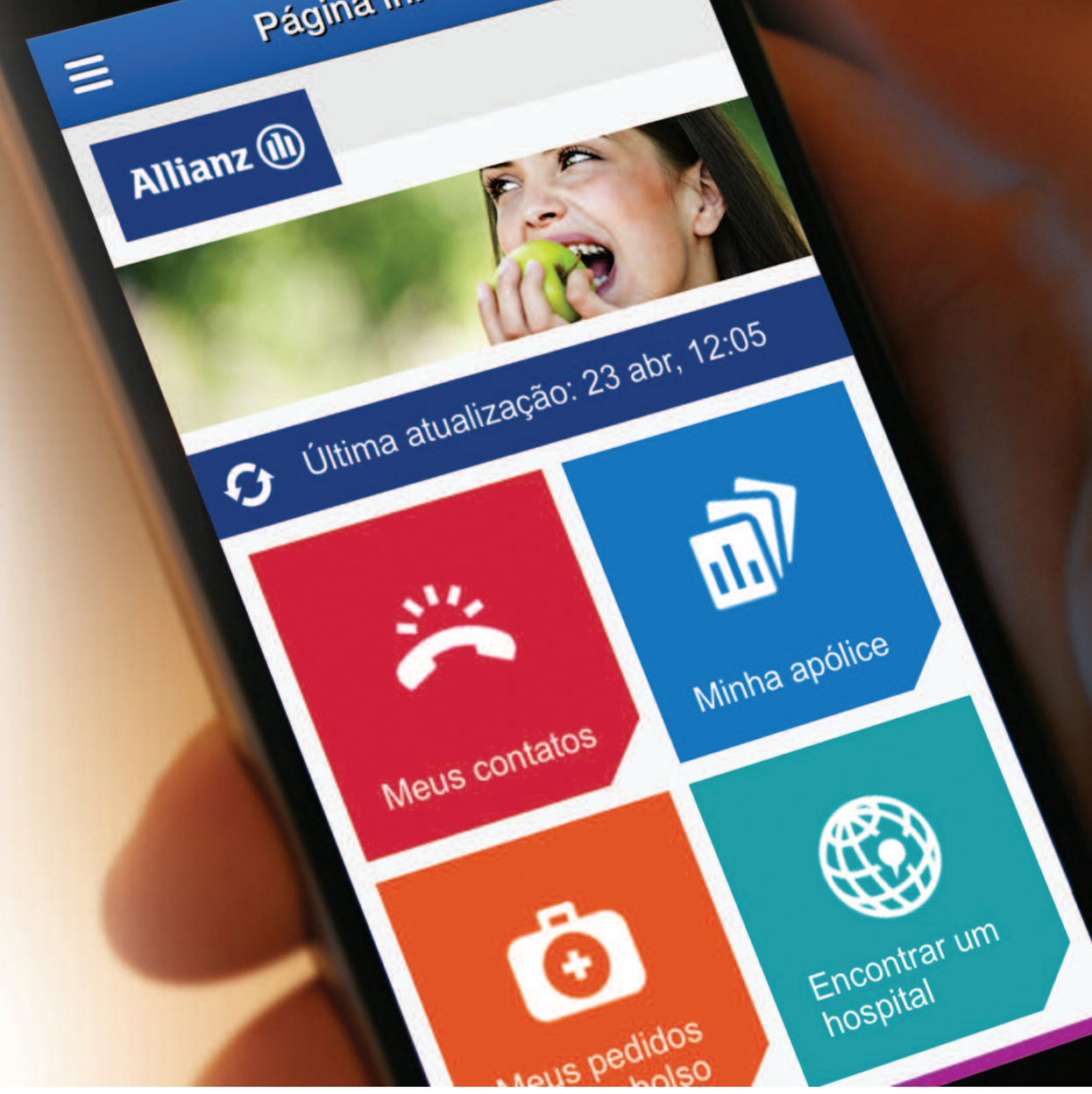
Todos os dados pessoais dentro do aplicativo MyHealth são criptografados para proteção de dados. Além disso, a maioria dos recursos são acessíveis mesmo quando desconectados à internet.

PRIMEIRO PASSO

Faça o download – para baixar o aplicativo procure por "Allianz MyHealth", na APP Store ou no Google Play, e siga as instruções na tela.

Configuração inicial – uma vez baixado, abra o aplicativo e forneça seu número de apólice. Então, se solicitado, registre-se para receber um nome de usuário e uma senha temporária. Caso contrário, insira os dados de login incluídos em seu Pacote do Segurado. Quando solicitado, altere a senha temporária que lhe foi fornecida para outra que lhe seja fácil de lembrar. Se você reinstalar o aplicativo ou instalá-lo em outro dispositivo, você terá que seguir estes passos novamente. Observe que você também pode usar esses dados de login em nossos Serviços On-line.

Crie um PIN – finalmente, crie o seu código PIN. No futuro, este número PIN será só que você precisará para acessar o aplicativo MyHealth da Allianz e todas as suas ferramentas.



Para mais informações, visite:

www.allianzworldwidecare.com/myhealth

Download on the App Store

GET IT ON Google Play

Serviços On-line

Você pode acessar os nossos Serviços On-line no conforto de sua casa. Os nossos Serviços On-line lhe permitem:

- Exibir e alterar seus dados pessoais on-line.
- Baixar os documentos da apólice, incluindo sua Carteirinha de Segurado.
- Consultar sua Tabela de Benefícios e verificar o saldo pagável de cada benefício.
- Confirmar o status dos pedidos de reembolso que nos foram enviados e exibir a correspondência relativa a tais pedidos.
- Pagar o seu prêmio com cartão de crédito, assim como atualizar os dados de seu cartão de crédito.

Para acessar nossos Serviços On-line, clique em **my.allianzworldwidecare.com** e siga os seguintes passos:

1. Faça o login usando o nome de usuário e senha temporária incluídos em seu Pacote do Segurado.
2. Quando solicitado, altere a senha temporária que lhe foi fornecida para outra que lhe seja fácil de lembrar. Guarde essa informação de forma segura, você a precisará novamente! Observe que você também pode usar esses dados de login em nosso aplicativo MyHealth.
3. Clique em "login" e navegue!

Se você não recebeu o Pacote de Seguro, vá para my.allianzworldwidecare.com, selecione "Registrar" e forneça a informação requerida. O seu nome de usuário e senha temporária serão enviados para o seu endereço de e-mail que está em nossos registros.

Serviços On-Line para segurados

Em nosso site você pode **pesquisar por provedores médicos, baixar formulários e acessar a calculadora de massa corporal**. Você não está restrito a usar provedores médicos listados em nosso site.

www.allianzworldwidecare.com/members

Medi24

Este serviço de aconselhamento médico, oferecido por uma equipe de médicos experientes, fornece aconselhamento para uma ampla escala de tópicos incluindo pressão arterial, controle de peso, doenças contagiosas, primeiros socorros, assistência odontológica, vacinações, oncologia, deficiência, fala, fertilidade, pediatria, saúde mental e a saúde em geral. A Medi24 está disponível 24 horas por dia, 7 dias por semana, em inglês, alemão, francês e italiano.

+44 (0) 208 416 03929

Para questões relacionadas à apólice ou cobertura (como por exemplo, limites dos benefícios ou o andamento de um pedido de reembolso), por favor contate a Central de Atendimento.

Programa de Assistência a Expatriados (PAE)

O Programa de Assistência a Expatriados, quando fornecido, estará indicado em sua Tabela de Benefícios. Este é um serviço de suporte multilingue, disponível 24 horas por dia, 7 dias por semana. O serviço é confidencial e profissional e pode ajudar a você e seus dependentes a solucionar uma ampla gama de questões e desafios, tais como:

- Equilíbrio entre vida profissional e privada
- Família/criação dos filhos
- Relacionamentos
- Estresse, depressão, ansiedade
- Desafios profissionais
- Transição cultural
- Choque cultural
- Isolamento e solidão
- Preocupações com vício

Este serviço está disponível localmente a qualquer hora, em qualquer lugar!

O PAE oferece a você e seus dependentes acesso à seguinte gama de serviços de suporte multilingue, disponíveis 24 horas por dia, 7 dias por semana

ACONSELHAMENTO PROFISSIONAL CONFIDENCIAL*

SERVIÇOS DE APOIO A INCIDENTES CRÍTICOS

SERVIÇOS DE SUPORTE FINANCEIRO E LEGAL

ACESSO À PÁGINA DE SAÚDE E BEM-ESTAR DESTE SERVIÇO

*Aconselhamento profissional confidencial está disponível pessoalmente, por telefone, vídeo, e-mail ou chat on-line.

Aceite nossa ajuda:

+1 905 886 3605**

www.workhealthlife.com/AWCExpat
(disponível em inglês, francês e espanhol)

Baixe o aplicativo "My Allianz EAP" na App Store ou no Google Play.

Download on the App Store

GET IT ON Google Play

As ligações são atendidas em inglês. Entretanto, também se oferece um suporte em outros idiomas. Caso nossos agentes não estejam disponíveis no idioma que você precisa, organizaremos um serviço de intérprete.

** Este não é um número gratuito. Números de telefone locais estão disponíveis em muitos países. Para ver a nossa lista completa de números acessíveis mundialmente (Worldwide Access Numbers) acesse: *www.workhealthlife.com/AWCExpat*

Você entende e concorda que a AWP Health & Life SA - sucursal da Irlanda e/ou AWP Health & Life Services Limited não são responsáveis por qualquer pedido de reembolso, perda ou dano direta ou indiretamente resultante do uso dos serviços do Programa de Assistência a Expatriados.

Serviços de Segurança em Viagens

Devido ao número cada vez maior de ameaças à segurança ao redor do mundo, nós fornecemos serviços que lhe permitem monitorar seus riscos pessoais, de forma conveniente e efetiva. Os Serviços de Segurança em Viagens oferecem acesso a uma variada gama de conselhos e suporte profissional, disponíveis sempre que você precisar, por telefone, e-mail ou página web. Este serviço, quando fornecido, estará indicado em sua Tabela de Benefícios.

Os Serviços de Segurança em Viagens oferecem acesso 24 horas por dia, 7 dias por semana, a informações de segurança pessoal e conselhos para todas as suas questões relacionadas com segurança durante viagens. Isto inclui:

LINHA DE ASSISTÊNCIA A EMERGÊNCIAS DE SEGURANÇA
Fale com um especialista em segurança para quaisquer preocupações relacionadas como um destino de viagem, ou caso uma assistência imediata seja necessária durante uma viagem.

ANÁLISES DE PAÍSES E CONSELHOS DE SEGURANÇA
Informações de segurança a respeito de diversos países ao redor do mundo, assim como conselhos abrangentes de segurança.

ATUALIZAÇÕES DIÁRIAS DE NOTÍCIAS SOBRE SEGURANÇA E ALERTAS DE SEGURANÇA EM VIAGENS
Newsletter semanal e notificações por e-mail sobre eventos de alto risco, incluindo terrorismo, agitação civil e riscos de clima severo em ou perto de sua localização atual.

Para ter acesso a este serviço, entre em contato conosco:

+44 207 741 2185
Este não é um número gratuito

allianzcustomerenquiries@worldaware.com

https://my.worldaware.com/awc
Para registrar-se insira seu número de apólice (indicado em seu Certificado de Seguro)

Baixe o aplicativo "TravelKit" na App Store ou Google Play.

Download on the App Store

GET IT ON Google Play

Todos os Serviços de Segurança em Viagens são fornecidos em inglês. Serviços de intérprete estão disponíveis, quando necessário.

Os Serviços de Segurança em Viagens são disponibilizados pela WorldAware LTD, sujeitos à sua aceitação dos nossos termos e condições. Você entende e concorda que a AWP Health & Life SA – sucursal da Irlanda e/ou AWP Health & Life Services Limited não são responsáveis por qualquer pedido de reembolso, perda ou dano direta ou indiretamente resultante do uso dos Serviços de Segurança em Viagens.

RESUMO DA COBERTURA

Entendemos a importância da saúde de você e de sua família. Abaixo você encontrará um resumo de sua cobertura para lhe ajudar a entender a extensão de seu plano de saúde.

O que o meu plano cobre?

Você está coberto para todos os benefícios indicados em sua Tabela de Benefícios. Condições preexistentes (incluindo quaisquer condições crônicas preexistentes) são geralmente cobertas, a não ser que estiver indicado o contrário em seus documentos da apólice. Em caso de dúvidas, consulte a seção de "Notas" na sua Tabela de Benefícios para confirmar se doenças preexistentes estão cobertas dentro dos limites do seu plano.

Onde posso receber tratamento?

Você pode receber tratamento em qualquer país dentro de sua área geográfica de cobertura (indicada no seu Certificado de Seguro).

Se o tratamento médico necessário estiver disponível no local onde você mora, mas você optar por viajar para outro país na sua área geográfica de cobertura, reembolsaremos todos os custos médicos qualificados incorridos nos termos de seu plano, mas não pagaremos pelas despesas de viagem. Entretanto, se o tratamento elegível não estiver disponível localmente, e o benefício de "Evacuação médica" estiver incluído em sua cobertura, despesas de viagem para o centro de excelência médica mais próximo também serão cobertos. Para solicitar o reembolso de despesas médicas e de viagem, você deverá preencher o Formulário de Autorização para Tratamento e enviar-nos antes de viajar.

Quais são os limites dos benefícios?

A sua cobertura pode estar sujeita a um benefício máximo do plano. Em outras palavras, este é o valor máximo que pagaremos no total para todos os benefícios incluídos em seu plano. Ainda que muitos benefícios incluídos em sua Tabela de Benefícios estejam cobertos com reembolso total, alguns estão limitados a um valor específico (por exemplo, €10,000). Este valor específico é o limite do benefício.

Para mais informações sobre limites dos benefícios, refira-se à seção "Limites dos benefícios" neste guia.

A sua família está crescendo? Você está coberto!

Você está se casando ou vai ter um bebê? Parabéns!

Você pode adicionar seu cônjuge ou parceiro à sua apólice. Basta completar um Formulário de Solicitação, disponível em:

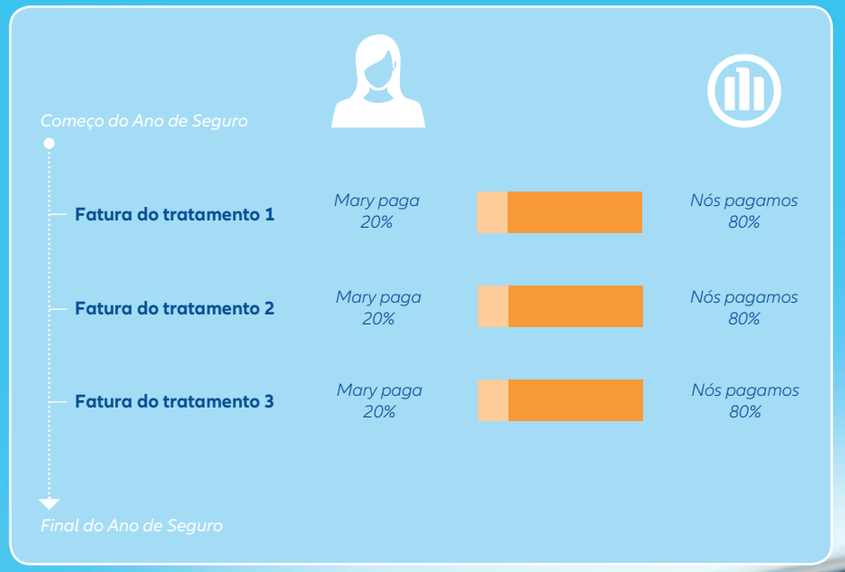
www.allianzworldwidecare.com/pt/pessoal/formulario-de-solicitacao-para-planos/

Para adicionar um recém nascido em sua apólice, envie um e-mail com a cópia da certidão de nascimento para nosso Departamento de Subscrição Médica. Certifique-se de enviar sua solicitação dentro de quatro semanas após a data de nascimento para garantir que a cobertura da criança seja aceita sem avaliação médica e comece a partir da data de nascimento. Para mais informações sobre como adicionar dependentes, incluindo informações importantes sobre como adicionar bebês nascidos de partos múltiplos e crianças adotadas ou tuteladas, refira-se à seção "Inclusão de dependentes" deste guia.

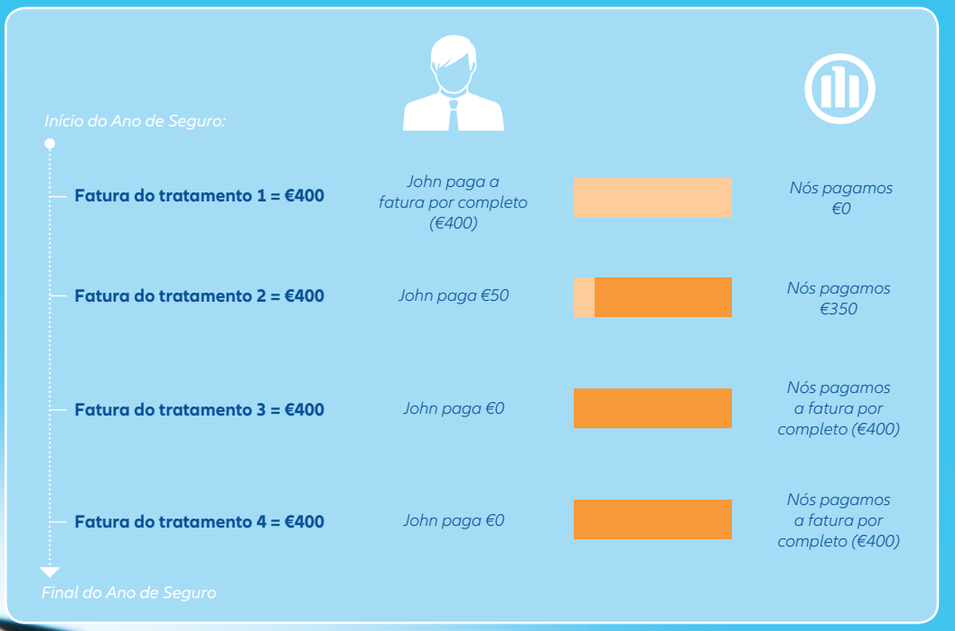
O que são franquias e co-pagamentos?

Alguns planos e benefícios podem estar sujeitos a co-pagamentos e/ou franquias. Se seu plano inclui um deles, isto estará indicado em sua Tabela de Benefícios.

Um **co-pagamento** é quando você paga uma porcentagem das despesas médicas. No exemplo a seguir, Mary precisa de diversos tratamentos odontológicos ao longo do ano. O benefício de tratamento odontológico que ela possui inclui um co-pagamento de 20%, o que significa que pagaremos 80% das despesas. O total do valor reembolsável pode estar sujeito ao um limite máximo do plano.



Uma **franquia** é um valor fixo que a pessoa segurada deve pagar por período de cobertura (quando pagar por seus gastos médicos) antes de começarmos a pagar por suas despesas médicas. No exemplo a seguir, John precisa receber tratamento médico ao longo do ano. Seu plano inclui uma franquia de €450.



- *Contribuição da seguradora*
- *Contribuição da pessoa segurada*

PRECISA DE TRATAMENTO?

Entendemos que procurar tratamento pode ser estressante. Siga o procedimento abaixo e nós cuidaremos da parte administrativa, enquanto você se preocupa em ficar melhor.

Verifique o seu nível de cobertura

Primeiramente, verifique se seu plano oferece cobertura para o tratamento que você precisa. Todos os benefícios disponíveis a você estarão indicados em sua Tabela de Benefícios. No entanto, se você tiver alguma dúvida, basta ligar para a nossa Central de Atendimento.

Certos tratamentos exigem pré-autorização

A sua Tabela de Benefícios irá indicar quais benefícios requerem pré-autorização por meio do envio de um Formulário de Autorização para Tratamento. Normalmente, são tratamentos hospitalares e de alto custo. O processo de Autorização para Tratamento nos ajuda a avaliar cada caso, a organizar todos os elementos administrativos com o hospital antes de sua chegada e, também, a negociar o pagamento direto de sua conta hospitalar, quando possível.

Como receber tratamento hospitalar

(É necessário seguir o processo de pré-autorização)

- Baixe o formulário de Autorização para Tratamento em nosso site: www.allianzworldwidecare.com/members
- Envie o formulário preenchido para nós **pelo menos cinco dias úteis antes** do início do tratamento: Digitalize o formulário e envie-o por e-mail, fax ou correio (dados no formulário).
- Contataremos o provedor médico diretamente para organizar o pagamento de suas faturas (quando possível).

Se o tratamento estiver programado para começar em 72 horas, nossa Central de Atendimento poderá receber informações referentes ao Formulário de Autorização para Tratamento por telefone. É importante notar que podemos declinar seu pedido de reembolso caso a Autorização para Tratamento não for obtida. Detalhes completos do processo de Autorização para Tratamento podem ser encontrados nas seção "Termos e Condições" deste documento.

Em casos de emergência:

Receba o tratamento de emergência necessário e entre em contato conosco caso precise de aconselhamento ou apoio.

Você, seu médico, um de seus dependentes ou um colega deverá ligar para a nossa Central de Atendimento (**no prazo de 48 horas** do ocorrido) e nos informar sobre a internação. As informações necessárias para o preenchimento do Formulário de Autorização para Tratamento podem ser recebidas por telefone pela nossa Central de Atendimento.

Solicitando o reembolso de gastos ambulatórios, odontológicos e outras despesas

Se seu tratamento não requer pré-autorização, pague a fatura e solicite o reembolso de suas despesas conosco. Neste caso, basta seguir estes passos:

Receba o tratamento médico e pague ao provedor médico.

Obtenha uma fatura de seu provedor médico.
Certifique-se que o recibo declare claramente seu nome, data(s) do tratamento, o diagnóstico ou a condição médica tratada, a data de início dos sintomas, a natureza do tratamento e o valor total cobrado.

Solicite o reembolso dos custos elegíveis através do nosso aplicativo MyHealth.
Basta fornecer alguns detalhes importantes, fotografar a sua fatura médica e apertar o botão "enviar".

Como alternativa, você também pode solicitar o reembolso de seus gastos médicos ao preencher e enviar o Formulário de Pedido de Reembolso, disponível para download no seguinte link:

www.allianzworldwidecare.com/members

Você terá que preencher a seção 5 e 6 do Formulário de Pedido de Reembolso apenas se a informação solicitada nestas seções ainda não tiverem sido fornecidas na fatura médica.

Envie-nos o Formulário de Pedido de Reembolso e toda a documentação de apoio, faturas e recibos, por e-mail, fax ou correio (dados no formulário).

Por favor refira-se ao tópico "Pedidos de Reembolso" na seção Termos e Condições deste guia para obter mais informações importantes sobre o processo de reembolso.

Processamento rápido dos pedidos de reembolso

Podemos processar seus pedidos de reembolso e emitir as instruções de pagamento para o seu banco dentro de 48 horas assim que todas as informações necessárias forem enviadas. Sem o diagnóstico, não poderemos processar seu pedido prontamente, uma vez que será preciso solicitar a você ou o seu médico os dados necessários. Certifique-se que você inclua o diagnóstico em seu pedido de reembolso!

Quando seu pedido de reembolso tiver sido processado, você receberá uma confirmação por e-mail ou pelo correio.

Evacuação e Repatriação

Ao primeiro sinal de que uma evacuação/repatriação médica seja necessária, por favor entre em contato com a nossa Central de Atendimento 24 horas e coordenaremos todo o processo. Dada à urgência de uma evacuação/repatriação, é recomendável que você nos contate por telefone. No entanto, você também pode entrar em contato conosco por e-mail

Ao enviar o e-mail, por favor inclua "Urgente - Evacuação/Repatriação" no assunto da mensagem. Entre em contato conosco *antes* de consultar provedores alternativos, mesmo que eles tentem contatar você, para evitar custos possivelmente mais altos e atrasos desnecessários no processo de evacuação. Caso os serviços de evacuação/repatriação médica não sejam organizados por nós, nos reservaremos o direito de declinar o reembolso dos custos..

+353 1 645 4040

medical.services@allianzworldwidecare.com

E se eu precisar de um tratamento nos EUA?

Se você tem cobertura "Mundial" e deseja encontrar um provedor de serviços médicos nos EUA, simplesmente acesse:

www.allianzworldwidecare.com/olympus

Se você tiver alguma dúvida em relação a um provedor médico, ou se já escolheu o seu provedor médico e gostaria de marcar uma consulta, entre em contato conosco.

(+1) 800 541 1983
(número gratuito dos EUA)

OLYMPUS

Você também pode solicitar um cartão de desconto para compras em farmácias, que pode ser usado quando os medicamentos prescritos não forem cobertos pelo seu plano. Para registrar-se e obter seu cartão de desconto em farmácias, basta acessar o link abaixo e clicar em "Imprima Seu Cartão Agora" ("Print Your Card Now").

http://members.omhc.com/awc/prescriptions.html

TERMOS E CONDIÇÕES DE SUA COBERTURA

TERMOS E CONDIÇÕES

Esta seção descreve os benefícios básicos e as regras referentes à sua apólice de seguro-saúde.

Sua apólice de seguro-saúde é um contrato anual entre nós e o segurado nomeado no Certificado do Seguro. O contrato é composto por:

- O **Guia de Benefícios** (este documento), o qual apresenta os benefícios básicos e as regras referentes à apólice de seguro-saúde, e deve ser lido em conjunto com o seu Certificado de Seguro e a Tabela de Benefícios.
- Seu **Certificado de Seguro**, o qual indica o(s) plano(s) escolhido(s) e data de renovação da sua apólice (incluindo as datas em que a adição de seus dependentes entram em vigor), assim como a sua área de cobertura. Quaisquer outras condições especiais que se aplicam à sua cobertura estarão indicados no Certificado de Seguro (e serão detalhados no Formulário de Condições Especiais, emitido antes da data de início de sua apólice). Você receberá um novo Certificado de Seguro caso solicite (e nós aceitemos) uma alteração, como por exemplo a adição de um dependente, ou se incluirmos alguma mudança que estamos habilitados a fazer.
- Sua **Tabela de Benefícios**, a qual detalha o(s) plano(s) selecionado(s) e os benefícios disponiveis a você e, também, especifica quais benefícios/tratamentos requerem o envio de um Formulário de Autorização para Tratamento. Este documento também confirma se limites específicos de benefícios, períodos de carência, franquias e/ou co-pagamentos são aplicáveis ao seu plano.
- Informações fornecidas à nós no Formulário de Solicitação impresso, no Formulário de Solicitação enviado on-line, ou no Formulário de Confirmação do Estado de Saúde (futuramente referidos de maneira coletiva neste documento como “formulário relevante”) ou qualquer outra informação médica adicional, pelo segurado ou em nome de pessoas seguradas.

EXPLICANDO A SUA COBERTURA

O(s) plano(s) que você selecionou estão indicados em sua Tabela de Benefícios, a qual lista todos os benefícios cobertos em seu plano e quaisquer limites aplicáveis. Para uma explicação de como os limites dos benefícios se aplicam ao seu plano, refira-se ao parágrafo "Limites dos benefícios" abaixo

Seus benefícios estão sujeitos a:

- Definições da apólice e exclusões (também disponíveis neste documento).
- Quaisquer condições especiais indicadas em seu Certificado de Seguro (e no Formulário de Condições Especiais emitido antes do início da apólice, quando relevante).

O que cobrimos

a) A extensão de sua cobertura é determinada por sua Tabela de Benefícios, seu Certificado de Seguro, por quaisquer endossos da apólice e pelos termos e condições da apólice, assim como quaisquer requerimentos legais. Ofereceremos o reembolso, de acordo com sua Tabela de Benefícios e termos e condições individuais, para custos médicos que surjam a partir da data de ocorrência ou do agravamento de uma condição médica.

b) Essa apólice oferece cobertura para tratamentos médicos, assim como custos, serviços e materiais relacionados que consideramos clinicamente necessários e adequados para tratar um quadro médico, doença ou lesão de um paciente. Isto significa que tratamentos e procedimentos serão cobertos apenas se apresentarem caráter paliativo, curativo e/ou tenham como propósito diagnosticar uma doença/condição, se forem medicamente necessários, apropriados e ministrados por um médico, dentista ou terapeuta licenciado. Além disso, custos médicos/pedidos de reembolso serão pagos/reembolsados se o diagnóstico e/ou tratamento prescrito sejam razoáveis, que estejam de acordo com o valor de mercado cobrado naquele país específico, e que vão de acordo com os procedimentos médicos padrão e geralmente aceitos. Quando o pedido de reembolso for julgado inapropriado, nós nos reservaremos o direito de reduzir o montante a ser pago.

c) Esta apólice pode não oferecer cobertura ou benefícios caso a cobertura ou benefício viole quaisquer leis ou regulamentações aplicáveis nos Estados Unidos e na União Européia, ou quaisquer outras leis ou regulamentações econômicas ou comerciais aplicáveis.

Quando a cobertura começa e termina para você e seus dependentes

A aceitação da sua solicitação para cobertura é confirmada quando emitimos seu Certificado de Seguro e sua cobertura é válida a partir da data de início indicada no certificado. É importante observar que nenhum benefício será pago sob sua apólice até que o prêmio inicial seja pago, com os prêmios subsequentes pagos devidamente.

Caso outras pessoas sejam incluídas como dependentes sob sua filiação, suas coberturas terão início a partir da data efetiva indicada na versão mais recente do Certificado de Seguro que as apresente como dependentes. A cobertura dos seus dependentes poderá continuar enquanto você for o titular da apólice, e até seus filhos dependentes atingirem o limite de idade. A cobertura para filhos dependentes é válida sob a sua apólice até o dia anterior ao 18º aniversário deles; ou até o dia anterior ao 24º aniversário deles, se forem estudantes em tempo integral. Após atingirem a idade máxima para dependentes, estes poderão solicitar sua própria cobertura, se assim desejarem.

Limites dos benefícios

A Tabela de Benefícios apresenta dois tipos de limites dos benefícios:

- O **limite máximo do plano**, aplicável a determinados planos, é o máximo que pagaremos pela totalidade dos benefícios, por segurado, por ano de vigência do seguro, de acordo com o plano em questão.
- Certos benefícios também apresentam um **limite de benefício específico**, que poderá ser fornecido "por ano de vigência do seguro", "ao longo de toda a vida" ou "por evento", como por viagem, por consulta ou por gravidez. Em alguns casos, pagaremos uma porcentagem dos custos relativos ao benefício específico, por exemplo, "um reembolso de 65% até o valor máximo de £ 4.150/€ 5.000/US$ 6.750/CHF 6.500".

Observe que o valor do reembolso está sujeito ao limite máximo do plano (caso algum se aplique ao seu plano), mesmo quando o termo "Reembolso total" aparecer ao lado de determinados benefícios. Todos os limites são aplicados por membro, por ano de vigência do seguro, a menos que seja indicado de outra forma na sua Tabela de Benefícios.

Caso você tenha cobertura para benefícios relacionados à maternidade, estes estarão indicados na sua Tabela de Benefícios em conjunto com qualquer limite de benefício e/ou período de carência aplicável. O pagamento dos limites de benefício relacionados a "Rotinas de maternidade" e "Complicações na gravidez" é realizado "por gravidez" ou "por ano de vigência do seguro" (isso também estará indicado na sua Tabela de Benefícios). Se o seu benefício for pago "por gravidez", e a gravidez se desenvolver entre dois anos de vigência do seguro, é importante observar que, se o limite do benefício sofrer alguma alteração à renovação da apólice, as seguintes condições serão aplicadas:

- Todas as despesas elegíveis do primeiro ano estarão sujeitas ao limite do benefício aplicável ao primeiro ano.
- Todas as despesas elegíveis do segundo ano estarão sujeitas ao limite do benefício atualizado, aplicável ao segundo ano, menos a quantia total reembolsada para o benefício no primeiro ano.
- Caso o limite do benefício diminua no segundo ano, e essa quantia atualizada tenha sido atingida ou ultrapassada por custos elegíveis incorridos no primeiro ano, nenhuma quantia adicional do benefício será paga.

Note também que o tratamento hospitalar para bebês nascidos de partos múltiplos (gêmeos, trigêmeos, etc.) resultante da reprodução assistida está limitado a £24,900/€30,000/US$40,500/CHF39,000 por criança para os primeiros três meses que se seguirem ao nascimento. Tratamentos ambulatoriais serão pagos nos termos do Plano Ambulatorial.

PROCESSO DE REEMBOLSO E DE AUTORIZAÇÃO PARA TRATAMENTO

Pedidos de reembolso

Em relação aos pedidos de reembolso para tratamentos médicos, é importante notar que:

a) Todos os pedidos de reembolso devem ser enviados (através do nosso aplicativo MyHealth ou do envio de um Formulário de Pedido de Reembolso) no máximo seis meses após o término do ano de vigência do seguro. Se a cobertura for cancelada durante o ano de vigência do seguro, os pedidos de reembolso deverão ser enviados dentro do prazo máximo de seis meses após o termino da cobertura. Após esse período, estaremos desobrigados a efetuar o pagamento do reembolso.

b) É necessário preencher um Formulário de Pedido de Reembolso distinto (através do nosso aplicativo MyHealth ou do envio de um Formulário de Pedido de Reembolso) para cada pessoa e para cada quadro clínico que esteja motivando tal pedido. Observe que além das cópias impressas e digitais de nosso Formulário de Pedido de Reembolso, você agora pode enviar seus pedidos de reembolso através do nosso aplicativo MyHealth, de forma simples e rápida.

c) É sua responsabilidade manter a documentação original de apoio (ex: recibos médicos), cujas cópias nos forem enviadas, já que nos reservamos o direito de solicitar os documentos/recibos originais de apoio até 12 meses após o pagamento dos pedidos de reembolso, em casos de auditoria. Também nos reservamos o direito de solicitar um comprovante de pagamentos feitos por você (por exemplo: extrato de conta ou do cartão de crédito). Além disso, recomendamos que você mantenha cópias de toda a correspondência que nos for enviada, pois não podemos nos responsabilizar por correspondências extraviadas por razões que estão fora de nosso controle.

d) Se o valor do pedido de reembolso for inferior ao da franquia de seu plano, guarde todos os recibos de tratamento ambulatorial e Formulários de Pedido de Reembolso até que o valor total exceda aquele da franquia do seu plano. Então, encaminhe a nós todos os Formulários de Pedido de Reembolso preenchidos, juntamente com os recibos ou faturas.

e) Especifique no Formulário de Pedido de Reembolso a moeda em que gostaria de ser reembolsado. Infelizmente, em raras ocasiões, certas regulamentações bancárias internacionais não nos permitem realizar o pagamento na moeda solicitada no formulário de Pedido de Reembolso, devido a regulamentações bancárias internacionais. Caso esta seja a situação, analisaremos cada caso individualmente para identificar a melhor moeda alternativa para pagamento. Se for necessário fazer a conversão de moedas, usaremos a taxa de câmbio vigente na data de emissão das faturas, ou usaremos o câmbio aplicável na data do pagamento do pedido de reembolso. Informamos que nos reservamos o direito de eleger a taxa de câmbio aplicável

f) Reembolsaremos apenas os custos incorridos como resultado de tratamentos elegíveis dentro dos limites da sua apólice, após levarmos em consideração a necessidade de Autorização para Tratamento. Também analisaremos quaisquer franquias ou co-pagamentos indicados na Tabela de Benefícios ao calcular a quantia a ser reembolsada.

g) Caso você tenha que pagar um depósito antes do início de qualquer tratamento médico, reembolsaremos os gastos somente após o final desse tratamento.

h) Você e seus dependentes concordam em nos auxiliar na obtenção de todas as informações necessárias para o processamento de um pedido de reembolso. Temos o direito de acessar todos os registros médicos e de entrar em contato diretamente com o prestador de serviços médicos ou com o médico responsável pelo tratamento. Poderemos também, quando julgarmos necessário e com despesas pagas por nós, solicitar a realização de um exame médico por nosso representante médico. Todas as informações terão caráter estritamente confidencial. Nossa empresa se reserva o direito de não oferecer cobertura para seus benefícios caso você ou seus dependentes falhem no cumprimento dessas obrigações.

Reembolso por morte acidental

Caso seu plano inclua o benefício de "Óbito Acidental", qualquer pedido de indenização deve ser enviado em até 90 dias úteis após a morte do segurado e os seguintes documentos devem nos ser enviados:

- O "Formulário de solicitação de indenização para a cobertura de vida ou morte por acidente" preenchido.
- O atestado de óbito.
- Um relatório médico indicando a causa da morte.
- Uma declaração por escrito especificando a data, local e circunstâncias do acidente.
- Documentos oficiais que comprovem a composição da família do segurado e, para os beneficiários, um documento de identidade e também um documento que comprove o relacionamento entre as pessoas seguradas.

Os beneficiários, a menos que o segurado especifique de outra forma, são:

- O cônjuge do segurado, a não ser que este esteja separado legalmente.
- Na ausência de um cônjuge, os filhos vivos do segurado (incluindo enteados e filhos adotivos) e filhos nascidos até 300 dias a partir da data da morte do segurado, com divisão igual entre eles.
- Na ausência de filhos, os pais do segurado, com divisão igual entre eles - ou se pagará o valor total àquele que estiver vivo
- Na ausência destes, os herdeiros diretos do membro segurado.

Se você desejar nomear um beneficiário que não esteja listado acima, entre em contato com nossa Central de Atendimento.

Observe que no caso específico de morte do segurado e de um ou todos os beneficiários na mesma ocorrência, o segurado será considerado o último a falecer.

Se o seu tratamento for necessário devido à ação de terceiros

Você deverá nos informar por escrito assim que possível quando estiver solicitando tratamento que é necessário como resultado da ação de outra pessoa. Por exemplo, se você precisar de tratamento por lesão sofrida em um acidente de trânsito em que você foi vítima. Se este for o caso, você terá de tomar todas as providências cabíveis que solicitarmos para obter dados sobre o seguro da pessoa que causou a negligência, de modo que possamos recuperar, junto à outra seguradora, o custo do tratamento pago por nós. Se você conseguir recuperar o custo de qualquer tratamento pelo qual tenhamos pago, então deverá repassar o montante (e quaisquer juros relacionados) à nós.

Autorização para Tratamento

Alguns benefícios disponíveis a você requerem pré-autorização por meio do envio de um Formulário de Autorização para Tratamento. Em sua Tabela de Benefícios, estes estão normalmente marcados com o número 1 ou 2.

Para sua conveniência, veja abaixo os benefícios/tratamentos que normalmente requerem pré-autorização através do envio de um Formulário de Autorização para Tratamento (isto pode variar dependendo da cobertura selecionada para você, portanto verifique sua Tabela de Benefícios para confirmar):

- Todos os tratamentos hospitalares[1] listados (ou seja, que requerem a internação do paciente).
- Tratamento hospitalar sem internação[2].
- Despesas de um acompanhante do paciente evacuado/repatriado[2].
- Diálise do rim[2].
- Tratamento de longo prazo[2].
- Evacuação médica[2] (ou repatriação[2], se houver cobertura).
- Exames de Ressonância Magnética. A Autorização para Tratamento é necessária apenas se você desejar ter o pagamento direto.
- Cuidados de enfermagem domiciliar ou em clínica de convalescença[2].
- Terapia ocupacional[2] (a pré-autorização é necessária apenas para tratamento ambulatorial).
- Oncologia[2] (a pré-autorização é necessária apenas para tratamento hospitalar e tratamento hospitalar sem internação).
- Cirurgia ambulatorial[2].
- Cirurgia preventiva[2].
- Atendimento paliativo[2].
- Exames PET (Tomografia por Emissão de Prótons)[2] e PET-CT[2].
- Tratamento de reabilitação[2].
- Repatriação de restos mortais[2].
- Rotinas de maternidade[2], complicações na gravidez e no parto[2] (a pré-autorização é necessária apenas para tratamento hospitalar).
- Despesas de viagem de segurados acompanhando um membro de sua família em sua evacuação[2] (ou repatriação[2], quando houver cobertura).
- Despesas de viagem para acompanhantes em casos de repatriação de restos mortais de segurados[2].
- Custos de viagem para alguma outra Ilha do Canal, Reino Unido ou França[2].
- Travel costs to another Channel Island, the UK or to France[2].

O uso do Formulário de Autorização para Tratamento nos ajuda a avaliar cada caso e facilitar o pagamento direto das despesas junto ao hospital ou clínica.

Se a Autorização para Tratamento não for obtida, serão aplicadas as seguintes condições:

- Se for provado posteriormente que o tratamento não era medicamente necessário, **nós nos reservamos o direito de declinar o seu pedido de reembolso**.
- Para os benefícios indicados pelo número **1**, **nós nos reservaremos o direito de declinar o seu pedido de reembolso**. Se for provado que o respectivo tratamento era medicamente necessário, pagaremos apenas **80%** dos benefícios qualificáveis.
- Para os benefícios indicados pelo número **2, nós nos reservaremos o direito de declinar o seu pedido de reembolso.** Se for provado que o respectivo tratamento era medicamente necessário, pagaremos apenas **50%** dos benefícios qualificáveis.

PAGAMENTO DE PRÊMIOS

Os prêmios para cada ano de vigência do seguro são baseados na idade de cada membro no primeiro dia do ano de vigência do seguro, suas respectivas áreas de cobertura, o país de residência do titular da apólice, o valor do prêmio vigente e outros fatores de risco que possam afetar materialmente o seguro.

Ao aceitar a nossa cobertura, você concorda em pagar o valor do prêmio apresentado em sua cotação, e pelo método de pagamento indicado. É necessário que você realize o pagamento do valor do prêmio antecipadamente pela duração da sua filiação. O **prêmio inicial**, ou a primeira parcela do prêmio, deverá ser pago imediatamente após aceitarmos a sua filiação. Os **prêmios subsequentes** terão como vencimento o primeiro dia do período escolhido para pagamento. Você pode optar por fazer seu pagamento mensal, trimestral, semestral ou anualmente, dependendo do método de pagamento escolhido. Observe que, caso haja diferenças entre a cotação estabelecida e o valor especificado na sua fatura, você deve nos contatar imediatamente. Não somos responsáveis pelos pagamentos feitos por meio de terceiros.

O seu prêmio deverá ser pago na moeda que você escolheu ao fazer a solicitação da cobertura. Caso você, por qualquer motivo, não possa pagar o seu prêmio, por favor entre em contato conosco pelo telefone:

+353 1 630 1301

Alterações nas condições de pagamento poderão ser feitas à renovação da apólice e mediante instruções enviadas por escrito, que devem ser recebidas por nós no prazo de 30 dias antes da data da renovação. A falta de pagamento do prêmio inicial ou de um prêmio subsequente dentro do prazo resultará na perda da cobertura do seguro.

Se o prêmio inicial não for pago em dia, nós teremos o direito de cancelar o contrato pelo tempo em que o pagamento estiver pendente. O contrato com a seguradora será anulado a menos que apresentemos uma demanda em juízo dentro de três meses a partir da data efetiva, data de início da apólice ou de conclusão do contrato com a seguradora. Se um prêmio subsequente não for pago em dia, poderemos estabelecer um prazo, que não poderá ser inferior a duas semanas, para que o titular da apólice pague o valor devido. A notificação deste prazo será enviada por escrito e as despesas de envio serão pagas pelo segurado. Após essa data poderemos terminar o contrato por meio de uma notificação por escrito e que terá efeito imediato, e assim sendo estaremos isentos de pagar benefícios.

No entanto, o cancelamento deixará de ter efeito caso o segurado efetue um pagamento no prazo de um mês após o término do contrato ou, se o cancelamento tiver sido vinculado a um período, dentro de um mês da expiração do prazo de pagamento, contanto que nenhum pedido de reembolsos tenha sido enviado durante o período de intervenção.

Pagamento de outros encargos

Além do pagamento de prêmios, você também deverá nos pagar o valor de qualquer Imposto de Prêmio de Seguro (IPS) e quaisquer novos impostos, taxas ou encargos relacionados à sua filiação - já presentes ou introduzidos depois que você se torne nosso segurado -, que sejamos obrigados a pagar ou recolher de você. O valor de quaisquer impostos, IPS, tributos ou encargos estarão indicados na sua fatura.

Poderemos alterar o valor que você deve pagar em relação ao Imposto de Prêmio de Seguro (IPS) e quaisquer outros impostos, taxas ou encargos a qualquer momento, se houver mudança na alíquota do IPS ou de qualquer outro imposto, taxa ou encargo.

ADMINISTRAÇÃO DE SUA APÓLICE

Inclusão de dependentes

Para solicitar a inclusão de qualquer membro da sua família como dependente ao seu plano, basta preencher o formulário de solicitação relevante.

Recém-nascidos (com a exceção de bebês nascidos de partos múltiplos e crianças adotadas e tuteladas) só receberão cobertura sem avaliação médica a partir do nascimento se formos notificados dentro de quatro semanas da data do nascimento, e se um dos pais biológicos ou um dos pais que contratou os serviços de uma mãe substituta (no caso de maternidade por substituição) tiver sido nosso segurado por seis meses consecutivos. Para notificar sua intenção em adicionar um recém-nascido à sua apólice, envie uma solicitação por escrito, incluindo uma cópia da certidão de nascimento da criança, para o nosso Departamento de Subscrição Médica:

@ underwriting@allianzworldwidecare.com

Se a notificação do nascimento for realizada após essas quatro semanas, a criança será submetida a uma avaliação médica e a cobertura se tornará válida apenas a partir da data de aceitação. Observe que bebês nascidos de partos múltiplos (gêmeos, trigêmeos etc.) e crianças adotadas ou tuteladas estarão sujeitos à avaliação médica total, e a cobertura se tornará válida apenas a partir da data de aceitação.

Após a aceitação por parte do nosso Departamento de Subscrição Médica, emitiremos um novo Certificado de Seguro para refletir a inclusão do dependente, e este substituirá quaisquer versões anteriores que você possui, a partir da data de início que aparecer no seu novo Certificado de Seguro.

Alteração do titular da apólice

Caso você deseje alterar o nome do titular da apólice à renovação da mesma, o titular substituto proposto deve preencher um Formulário de Solicitação, e então passar por uma avaliação médica total. (Consulte a seção "Morte do titular da apólice ou de um dependente", se a alteração for solicitada devido à morte do titular da apólice).

Morte do titular da apólice ou de um dependente

Esperamos que você nunca tenha que consultar essa seção; no entanto, se o titular da apólice ou um dependente vier a falecer, devemos ser notificados por escrito em até 28 dias.

Se o titular da apólice falecer, a apólice será rescindida, e o pagamento do prêmio daquele ano será proporcionalmente rateado se nenhum pedido de reembolso tiver sido pago. Note que nos reservamos o direito de solicitar um atestado de óbito antes do pagamento do reembolso. Como alternativa, e se assim desejar, o próximo dependente nomeado no Certificado de Seguro poderá se tornar o novo titular. O dependente deve fazer essa solicitação (se tiver a idade mínima necessária) e incluir os outros dependentes sob o seu contrato. Se o segurado enviar sua solicitação em até 28 dias, não adicionaremos nenhuma nova condição ou exclusão especial à cobertura, com exceção daquelas já existentes no momento do falecimento do titular da apólice.

Caso um dependente venha a falecer, seu nome será retirado da apólice, e o pagamento do prêmio daquele ano será proporcionalmente rateado se nenhum pedido de reembolso tiver sido pago. Note que nos reservamos o direito de solicitar um atestado de óbito antes de efetuarrmos o pagamento do reembolso em questão.

Alterando o seu nível de cobertura

Caso você deseje alterar seu nível de cobertura, entre em contato conosco antes da data de renovação da sua apólice para discutir suas opções, já que alterações à cobertura podem ser realizadas apenas no momento da renovação. Se você pretende aumentar seu nível de cobertura, nós poderemos solicitar o preenchimento de um questionário sobre seu histórico médico completo, e/ou que você concorde com certas exclusões ou restrições relativas à cobertura adicional, antes de aceitarmos a sua solicitação. Se a ampliação do nível de cobertura for aceito, note que poderemos aumentar o valor do prêmio e novos períodos de carência poderão ser aplicáveis.

Mudando de país de residência

É importante que sejamos avisados caso você passe a residir em outro país, pois tal mudança poderá afetar a sua cobertura ou o valor do prêmio, mesmo se o seu novo país de residência estiver dentro de sua área de cobertura. Se você se mudar para um país fora da sua área de cobertura, sua cobertura deixará de ser válida. Observe que, em certos países, a cobertura está sujeita à regulamentação local, principalmente para residentes permanentes. É sua responsabilidade garantir que sua cobertura médica esteja de acordo com as exigências legais. Nós recomendamos que você busque assessoria jurídica sobre o assunto, já que nossa cobertura pode não ser válida em seu novo país de residência. A cobertura fornecida por nós não substitui o seguro-saúde obrigatório local.

Alterações em seu endereço ou e-mail

Toda correspondência será enviada para os endereços de contato que temos em nossos registros, a menos que solicitado em outra forma. Qualquer alteração em seu endereço residencial, comercial ou de e-mail deverá nos ser comunicada, por escrito, assim que possível.

Correspondência

Toda correspondência que nos for enviada deverá vir pelo correio (com postagem paga) ou por e-mail. Geralmente não devolvemos documentos originais, a não ser que você solicite a devolução na ocasião do envio dos documentos.

Renovação da filiação

Sujeito às condições descritas em "Término da filiação", sua apólice será automaticamente renovada pelo próximo ano de vigência do seguro, desde que seus planos e de seus dependentes (se aplicável) ainda estejam disponíveis, que possamos continuar a fornecer cobertura em seu país de residência, que todos os prêmios devidos tenham sido pagos e que os dados de pagamento relacionados a você em nosso poder ainda estejam válidos à data de renovação da apólice. Você deve nos informar caso você trocar ou obter um novo cartão de crédito ou se seus dados bancários forem alterados.

Como parte desse processo automático, um mês antes da data de renovação você receberá um novo Certificado de Seguro junto com os detalhes de quaisquer alterações em sua apólice. Se você não receber o Certificado de Seguro nesse prazo, por favor entre em contato conosco.

Alterações que podemos aplicar na renovação

Nós temos o direito de aplicar termos e condições revisadas à apólice, e que devem entrar em vigor a partir da data de renovação. Os termos e condições da apólice e a Tabela de Benefícios existentes na data da renovação serão aplicáveis ao novo ano de vigência do seguro. À renovação da sua filiação, podemos alterar o valor do prêmio, os benefícios e regras que se aplicam à sua apólice, inclusive a maneira como calculamos/determinamos o valor do prêmio e/ou o método ou frequência de pagamento. Essas alterações serão aplicáveis somente a partir da data de renovação do seu seguro, independentemente da data em que foram realizadas. Não adicionaremos nenhuma restrição ou exclusão de natureza pessoal à cobertura do segurado em relação a condições médicas que surgiram depois da data de início da apólice, contanto que a pessoa tenha fornecido as informações requisitadas antes de se tornar segurada, e que não tenha solicitado um aumento em seu nível de cobertura.

Em casos como estes você será notificado por escrito. Caso não esteja de acordo com essas alterações, você pode escolher terminar a sua filiação. Essas alterações não entrarão em vigor se você terminar seu contrato 30 dias após a data na qual tais mudanças entrariam em efeito, ou até 30 dias a partir da data em que foi informado a respeito de tais alterações, prevalecendo a data mais tardia.

Seu direito de cancelamento

Você pode cancelar o contrato relativo a todas as pessoas seguradas, ou a apenas um ou mais dependentes, por meio de uma notificação por escrito, no prazo de 30 dias do recebimento de seus termos e condições, ou a partir da data de início/renovação da sua apólice, prevalecendo a data mais tardia. Não podemos retrodatar o cancelamento da sua filiação.

Caso decida cancelar a sua apólice, basta preencher o formulário "Seu direito de mudar de ideia", incluso em seu pacote de boas-vindas/pacote de renovação. Envie o formulário via e-mail para:

@ underwriting@allianzworldwidecare.com

Você também pode enviar esse formulário pelo correio para a nossa Equipe de Atendimento ao Cliente. O endereço está na contracapa deste guia.

Se você cancelar o seu contrato dentro desse prazo de 30 dias, você terá o direito a receber o reembolso total dos prêmios de todos os membros cancelados que tenham sigo pagos no último ano de vigência do seguro, contanto que nenhum pedido de reembolso tenha sido solicitado. Ainda dentro desse prazo de 30 dias, caso você tenha decidido não cancelar (nem alterar) sua apólice, o contrato do seguro estará vinculado a ambas as partes, e o vencimento do valor total do prêmio devido, referente ao ano de vigência do seguro selecionado, será estabelecido de acordo com a frequência de pagamento selecionada por você.

Término da filiação

Lembre-se que sua filiação (e a de todas as pessoas listadas no Certificado de Seguro) terminará:

- Se o pagamento de um de seus prêmios não for pago em dia, ou antes da data de vencimento. No entanto, poderemos permitir que seu contrato continue em vigor sem que você precise preencher um novo Formulário de Solicitação, caso efetue o pagamento do(s) prêmio(s) devido(s) em até 30 dias.
- Caso não pague em dia o valor de algum dos impostos, IPS, tributos ou encargos destinados a você no seu acordo conosco.
- Caso o titular da apólice venha a falecer. Consulte a seção "Morte do titular da apólice ou de um dependente" para obter mais detalhes.
- Se houver evidência razoável de que o titular da apólice ou qualquer dependente nos enganou ou tentou nos enganar, como ao fornecer informações falsas, omitir dados necessários ou associar-se a terceiros para nos fornecer informações falsas, seja de maneira intencional ou não. Todos esses fatores influenciarão nossa decisão sobre a aprovação de sua adesão ao plano, os prêmios que devem ser pagos por você, e o seu direito a receber qualquer reembolso. Consulte a seção "Termos adicionais" para obter mais informações.
- Você pode cancelar sua apólice por meio de uma notificação por escrito no prazo de 30 dias do recebimento de seus termos e condições, ou a partir da data de início/renovação da sua apólice, permanecendo a data mais tardia. Consulte a seção "Seu direito de cancelamento" (páginas xx) para obter mais informações.

Caso seu contrato seja terminado por qualquer outra razão que não seja fraude ou omissão de informações, nós reembolsaremos todos os prêmios pagos relacionados ao período posterior ao término do contrato. Este valor estará sujeito à dedução de qualquer quantia que você dever à nós.

É importante notar que, quando a sua filiação termina, a cobertura dos seus dependentes também chega ao fim.

Expiração da apólice

Observe que, quando a cobertura do seu seguro expirar, o seu direito a reembolsos também chegará ao fim. Todas as despesas cobertas pela apólice do seguro e incorridas durante o período da cobertura serão reembolsadas em até seis meses após a data de expiração da apólice. No entanto, os tratamentos continuados ou necessários após a data de expiração da apólice não serão mais cobertos.

TERMOS ADICIONAIS

Seguem alguns termos adicionais importantes que se aplicam à sua apólice conosco:

1. **Lei aplicável:**

- Se você mora no Espaço Econônimo Europeu: a sua apólice é regida pelas leis e tribunais do país de residência, a menos que seja requerido de outra forma pelas leis obrigatórias.
- Se você mora fora do Espaço Econômico Europeu: a sua apólice é regida pelas leis e tribunais da Irlanda, a menos que seja requerido de outra forma pelas leis obrigatórias.

2. **Sanções econômicas:** Esta apólice não fornece cobertura ou benefício para qualquer negócio ou atividade caso a cobertura, o benefício, a atividade ou negócio subjacente viole quaisquer leis de sanções ou regulamentações aplicáveis das Nações Unidas, da União Européia, ou qualquer outra lei ou regulamentação econômica ou comercial aplicável.

3. **Responsabilidade:** Nossa responsabilidade para com o segurado está limitada aos valores indicados na Tabela de Benefícios e a quaisquer endossos subsequentes à apólice. Em nenhum caso, o valor do reembolso, quer nos termos desta apólice, do esquema público de saúde ou de qualquer outro seguro, excederá o valor da fatura.

4. **Terceiros:** Nenhuma outra pessoa (a não ser um representante nomeado) poderá fazer ou confirmar quaisquer alterações à sua cobertura em nosso nome, nem decidir não exercer qualquer dos nossos direitos. Nenhuma alteração à sua filiação será válida a menos que nós confirmemos por escrito.

5. **Responsabilidade de terceiros:** Caso você ou algum de seus dependentes tenha o direito de solicitar benefícios por meio de um esquema público de seguro-saúde, de qualquer outra apólice de seguro ou de qualquer outra terceira parte, relativos a um pedido de reembolso que nos for apresentado, nós nos reservaremos o direito de declinar o pagamento dos benefícios. Você deverá nos informar e fornecer todos os dados necessários, se e quando estiver habilitado a solicitar reembolso por meio de um esquema público de seguro-saúde, de qualquer outra apólice de seguro ou de qualquer outra terceira parte. O segurado e o terceiro não podem chegar a um acerto final, nem renunciar nosso direito de recuperar gastos, sem o nosso acordo prévio por escrito. Caso contrário, estamos habilitados a recuperar os valores pagos do segurado e a cancelar a apólice. Temos plenos direitos de sub-rogação e podemos abrir processos em seu nome para recuperar, em nosso benefício, o valor de qualquer pagamento realizado ou a ser realizado por um esquema público de seguro-saúde, por qualquer outra apólice de seguro ou por qualquer outra terceira parte. Não faremos qualquer contribuição, total ou em parte, a qualquer seguradora terceirizada caso qualquer pedido de reembolso sob este seguro também for coberto, total ou em parte, por qualquer outro seguro, exceto em respeito a qualquer excesso além do valor que teria sido coberto por este outro seguro, caso o seguro não tivesse sido afetado.

6. **Força maior:** Nós não seremos responsáveis por qualquer falha ou atraso no cumprimento de nossas obrigações nos termos desta apólice, causados por, ou resultantes de força maior, o que inclui, mas não está limitado a, eventos que são imprevisíveis ou inevitáveis, como clima extremamente severo, inundações, deslizamentos, terremotos, tempestades, raios, incêndios, subsidência do solo, epidemias, atos de terrorismo, hostilidades militares (quer uma guerra tenha sido declarada ou não), motins, explosões, greves ou outro tipo de manifestações empregatícias, distúrbios civis, sabotagem, expropriação por parte das autoridades governamentais e qualquer outro ato ou evento que estiver fora do nosso controle.

7. **Fraude:**

a) Informações incorretas ou a omissão de qualquer fato material sobre você ou seus dependentes e que podem afetar nossa avaliação de risco, incluindo, mas não se limitando, aos fatos materiais declarados no formulário relevante, resultarão na anulação do contrato a partir de sua data de início, a menos que confirmemos o contrário por escrito. As doenças que possam surgir entre o preenchimento do formulário de solicitação relevante e a data de início da apólice serão consideradas preexistentes, e caso não sejam declaradas, não estarão cobertas. Caso não tenha certeza se uma determinada informação é relevante, você tem a obrigação de nos informar. Se seu contrato for anulado devido ao fornecimento de informações incorretas ou à omissão de qualquer fato material, nós reembolsaremos todos os prêmios pagos, deduzindo o valor de qualquer pedido de reembolso já pago. Caso o valor do reembolso seja superior ao valor do prêmio, o titular da apólice terá que pagar o valor da diferença à nós.

b) Se qualquer pedido de reembolso for falso, fraudulento ou intencionalmente exagerado, ou se você, seus dependentes ou terceiros que ajam em seu nome utilizarem meios ou dispositivos fraudulentos para obter benefícios sob esta apólice, não pagaremos nenhum benefício relativo a tal pedido de reembolso. O valor de qualquer reembolso feito a você antes da descoberta de tal ação ou omissão fraudulenta nos será imediatamente revertido e devido. Se o contrato for cancelado devido a pedidos de reembolso falsos, fraudulentos, intencionalmente exagerados ou pela utilização de meios ou dispositivos fraudulentos, o pagamento do prêmio não será reembolsado em total ou em parte, e quaisquer pedidos de reembolso pendentes serão rejeitados. Se você nos enviar pedidos de reembolso fraudulentos, o contrato será cancelado a partir da data de descoberta de tais eventos fraudulentos.

8. **Cancelamento:** Nós cancelaremos a apólice caso você não pague o valor total do prêmio dentro do prazo estipulado. Informaremos você sobre o cancelamento e o contrato será considerado cancelado a partir da data de vencimento do prêmio em questão. No entanto, se o prêmio for pago dentro de 30 dias após a data de vencimento, a cobertura será restabelecida e nós cobriremos qualquer pedido de reembolso ocorrido durante este período. Caso o prêmio vencido seja pago após o prazo limite de 30 dias, você deverá preencher o Formulário de confirmação do estado de saúde para que sua apólice seja restabelecida - e esta estará sujeita à avaliação médica.

9. **Entrando em contato com dependentes:** Para administrar sua apólice de acordo com o contrato do seguro, poderá haver circunstâncias em que precisaremos obter informações adicionais sobre você e seus dependentes. Se precisarmos entrar em contato para obter mais dados sobre um dos seus dependentes na apólice (ex: se precisamos solicitar um endereço de e-mail para um dependente adulto), o titular da apólice, atuando em nome do dependente, será contatado por nós para fornecer as informações relevantes, desde que estas não sejam informações médicas sensíveis relativas a um dependente. Da mesma forma, quaisquer informações não-médicas necessárias para qualquer pessoa coberta pela apólice, para o propósito de administração dos pedidos de reembolso, serão enviadas diretamente ao titular da apólice.

10. **Uso da Medi24:** O objetivo do Serviço de Aconselhamento Médico Medi24 e o fornecimento de informações e recursos sobre saúde não é substituir o aconselhamento médico profissional, nem o atendimento que os pacientes recebem de seus médicos. A Medi24 não se destina a ser usada para diagnósticos ou tratamentos, e as informações não são fornecidas para essa finalidade. Procure sempre o conselho de seu médico antes de iniciar um tratamento ou se tiver dúvidas em relação a questões médicas. Você compreende e concorda que nós não somos responsáveis por reembolsos, perdas ou danos direta ou indiretamente resultantes do uso que você fizer deste serviço, ou das informações obtidas por meio da Medi24. As ligações para a Medi24 serão gravadas e poderão ser monitoradas por razões regulamentares e para fins de treinamento e qualidade.

LEGISLAÇÃO DE PROTEÇÃO DE DADOS E LIBERAÇÃO DOS REGISTROS MÉDICOS

Nosso Aviso de Proteção de Dados explica como protegemos sua privacidade. Este é um aviso importante que descreve como processaremos seus dados pessoais e deve ser lido antes de você enviar quaisquer dados pessoais para nós. Você pode ler nosso Aviso de Proteção de Dados em nosso site:

https://www.allianzworldwidecare.com/pt/privacidade/

Como alternativa, entre em contato conosco por telephone e solicite uma cópia impressa do Aviso de Proteção de Dados por completo.

+ 353 1 645 4040

Se você tiver alguma dúvida sobre como utilizamos seus dados pessoais, você também pode enviar um e-mail.

AP.EU1DataPrivacyOfficer@allianz.com

PROCEDIMENTO DE GESTÃO DE RECLAMAÇÕES E DISPUTAS

Fazendo uma reclamação

A nossa Central de Atendimento é sempre o primeiro número a ser contatado se você tiver sugestões ou quiser fazer uma reclamação. Caso não possamos resolver o assunto por telefone, envie um e-mail ou uma carta para:

+353 1 645 4040

client.services@allianzworldwidecare.com

Equipe de Atendimento à Reclamações, Allianz Care, 15 Joyce Way, Park West Business Campus, Nangor Road, Dublin 12, Irlanda.

Lidaremos com sua reclamação de acordo com nosso procedimento de gestão de reclamações interno, detalhado em:

www.allianzworldwidecare.com/complaints-procedure

Você também pode entrar em contato com nossa Central de Atendimento para obter uma cópia deste processo.

Mediação

a) Quaisquer diferenças a respeito das opiniões médicas, relacionadas às consequências de um acidente ou doença, nos deverão ser notificadas no prazo de nove semanas após a decisão. Essas diferenças serão resolvidas entre dois especialistas médicos designados por nós e por você, por escrito.

b) Caso tais diferenças não possam ser resolvidas de acordo com a cláusula "a" acima, as partes tentarão resolvê-las via arbitragem sob o modelo de procedimento de arbitragem do Centre for Effective Dispute Resolution (CEDR - Centro para a Resolução Eficaz de Disputas) para todo litígio, divergência ou reclamação cujo valor for igual ou inferior a €500.000, e que não puder ser resolvido de maneira amigável entre ambas as partes. As partes devem esforçar-se em concordar sobre a nomeação de um mediador. Se as partes não concordarem na indicação de um mediador em até 14 dias, cada parte, por meio de uma notificação por escrito à outra parte, deverá solicitar que o CEDR aponte um mediador.

Para iniciar a mediação, uma das partes deverá informar por escrito (Alternative Dispute Resolution (ADR) Notice) a outra parte acerca do litígio, solicitando a arbitragem. Uma cópia da solicitação deverá ser enviada ao CEDR. A mediação será iniciada em até 14 dias após a data da notificação ADR. Nenhuma parte pode dar início a um processo/arbitragem legal em relação a qualquer litígio nos termos da cláusula "b" até ter tentado resolver o litígio via medicação, e que a mediação tenha terminado ou que a outra parte tenha falhado em participar da meditação (a não ser que o direito de dar início ao processo não tenha sido prejudicado por um atraso). A mediação será realizada no país da Lei Aplicável. O acordo de mediação mencionado no modelo de procedimento será regido, interpretado e terá efeito de acordo com a legislação do país da Lei Aplicável. Os tribunais do país da Lei Aplicável terão jurisdição exclusiva para resolver qualquer pedido, disputa ou divergência que possam surgir ou estar relacionado com a mediação.

c) Qualquer litígio, divergência ou reclamação que:

- Surja em relação a esse acordo (ou violação, conclusão ou invalidação deste) cujo valor exceder €500.000, ou
- Seja referido a arbitragem de acordo com a cláusula "b", mas que não for resolvido via arbitragem no prazo de três meses da data do aviso ADR

será julgado exclusivamente pelos tribunais do país da Lei Aplicável e as partes serão submetidas a jurisdição exclusiva dessas cortes). Qualquer processo surgindo nos termos da cláusula "c" será resolvido no prazo de nove meses a partir da data de vencimento do período de três meses mencionado mais acima.

Ação Legal

Você não deve iniciar nenhum procedimento legal para recuperar qualquer valor sob a apólice até pelo menos 60 dias após o pedido de reembolso nos ter sido apresentado, e no prazo máximo de dois anos da data dessa apresentação, a menos que especificado de outra forma pelas normas legais.

DEFINIÇÕES

As definições a seguir compreendem os benefícios incluídos em nossa gama de Planos de Saúde, e também abordam termos comumente utilizados. Consulte a sua Tabela de Benefícios para conhecer os benefícios que se aplicam à sua cobertura. Se algum benefício feito à medida for aplicável a seu(s) plano(s), a definição do mesmo estará na seção "Notas" que se encontrá no fim de sua Tabela de Benefícios. Sempre que aparecerem na documentação da sua apólice, as palavras ou frases a seguir terão o sentido definido ao lado:

A

Acidente é um evento súbito, inesperado que causa danos e é resultado de uma causa fora do controle da pessoa segurada. A causa e os sintomas dos danos devem ser clínica e objetivamente definíveis, de forma a permitir um diagnóstico e requerer terapia.

Acomodação hospitalar refere-se a um quarto padrão, particular ou semi-particular, como indicado na Tabela de Benefícios. Quartos de luxo, executivos e suítes não têm cobertura. É importante observar que o benefício de acomodação hospitalar é aplicado apenas quando nenhum outro benefício incluso em seu plano cobrir o tratamento hospitalar necessário. Nesse caso, os custos de acomodação hospitalar serão cobertos sob o benefício de internação hospitalar mais específico, até o limite do benefício especificado. Psiquiatria e psicoterapia, transplante de órgãos, oncologia, rotinas de maternidade, atendimento paliativo e tratamento de longo prazo são exemplos de benefícios hospitalares que incluem cobertura para custos de acomodação hospitalar, quando inclusos em seu plano.

Agudo(a) se refere à uma manifestação repentina.

Ambulância local é o transporte de ambulância necessário para uma emergência ou por necessidade médica, até o hospital ou centro médico licenciado disponível mais próximo e apropriado.

Ano de vigência do seguro aplica-se a partir da data de vigência do seguro, como indicado no Certificado de Seguro, e termina exatamente um ano mais tarde.

Aparelhos e materiais cirúrgicos são aqueles necessários em uma cirurgia. Isto inclui órteses, próteses e materiais especiais de substituição de função de parte do corpo, como os materiais especiais para cirurgias ósseas, placas e parafusos cirúrgicos, aparelhos para a substituição de válvulas cardíacas, stents cardiovasculares, desfibriladores e marca-passos implantados.

Atendimento paliativo refere-se ao tratamento continuado para aliviar o sofrimento físico/psicológico provocado por doenças progressivas e incuráveis, e manter a qualidade de vida do paciente. O atendimento paliativo inclui tratamento hospitalar, ambulatorial ou em centro de cuidados diários após a confirmação de que a condição médica é terminal e que o tratamento não resultará na cura de tal condição. Esse benefício inclui despesas com cuidados físicos e psicológicos, assim como acomodação hospitalar ou em casa de repouso, cuidados de enfermagem e medicamentos prescritos.

Atendimento pré-natal inclui os exames de rotina e os testes de acompanhamento requeridos durante a gravidez. Para mulheres com idade igual ou superior a 35 anos, também estão inclusos os testes Triplo ou de Bart, o teste Quádruplo ou Espinha Bífida, amniocentese e análise de DNA, quando diretamente vinculada a uma amniocentese elegível.

B

Benefício pago em dinheiro ao paciente internado é o valor pago quando o tratamento e a acomodação estão cobertos pelo plano, mas são recebidos em um hospital em que as despesas não são cobradas. A cobertura está limitada ao valor e ao número máximo de noites, ambos especificados na Tabela de Benefícios, e é paga no momento da alta do hospital.

C

Casos entre parentes mais próximos referem-se a pais, avós, irmãos ou filhos que já foram diagnosticados com a condição medica em questão.

Casos na família referem-se a pais, avós, irmãos, filhos e tios que já foram diagnosticados com a condição médica em questão.

Certificado de Seguro é o documento emitido por nós que delineia os detalhes de sua cobertura. Esse documento confirma a existência de um vínculo contratual entre você e nós.

Cirurgia ambulatorial é o procedimento cirúrgico executado em uma clínica, hospital ou consultório médico que não requer a estada noturna do paciente por necessidade médica.

Cirurgia dentária inclui extrações cirúrgicas de dentes, assim como outras cirurgias relacionadas a área odontológica como apicectomia e medicamentos odontológicos prescritos. Todos os procedimentos de investigação necessários para estabelecer a necessidade de cirurgia dentária, tais como testes de laboratório, raios-X, tomografia computadorizada e ressonância magnética estão incluídos sob este benefício. A cirurgia dentária não cobre nenhum tratamento cirúrgico relacionado a implantes dentários.

Cirurgia preventiva se refere à mastectomia profilática ou ooforectomia profilática. Cobriremos as despesas relacionadas a cirurgia preventiva quando:

- Existir na família do segurado casos de câncer hereditário entre parentes mais próximos, como câncer de mama ou de ovário, e
- Um teste genético estabelecer a presença de síndrome de câncer hereditário.

Complicações na gravidez referem-se à saúde da mãe. Referem-se somente ao surgimento das seguintes complicações no período pré-natal da gravidez: gravidez

ectópica, diabetes gestacional, pré-eclâmpsia, aborto natural, ameaças de aborto, natimorto e mola hidatiforme.

Complications of childbirth refer only to the following conditions that arise during childbirth and that require a recognised obstetric procedure: post-partum haemorrhage and retained placental membrane. Where the insured's plan also includes a routine maternity benefit, complications of childbirth shall also refer to medically necessary caesarean sections.

Co-pagamento é a porcentagem dos custos que o segurado deve pagar. Essa porcentagem é aplicada por segurado, por ano de vigência do seguro, a não ser que seja indicado de outra maneira na Tabela de Benefícios. Alguns planos podem incluir um co-pagamento máximo, que é aplicado por segurado, por ano de vigência do seguro. Nesse caso, o limite máximo que deverá ser pago por você estará indicado na sua Tabela de Benefícios. Co-pagamentos e franquias podem ser aplicados separadamente aos Planos Principais, Ambulatoriais, Odontológicos, de Maternidade ou de Repatriação, como também ao conjunto desses planos.

Cuidados de enfermagem domiciliar ou em clínica de convalescença referem-se aos cuidados de enfermagem recebidos imediatamente após o tratamento hospitalar ou ambulatorial, ou em substituição a esses tratamentos. Somente pagaremos o benefício listado na Tabela de Benefícios em casos indicados pelo médico (e autorizados pelo nosso diretor médico) confirmando que é medicamente necessário que o segurado permaneça em uma casa de convalescença ou receba o atendimento de um enfermeiro a domicílio. Não oferecemos cobertura para spas, centros de cura e resorts de saúde ou em relação a atendimento paliativo ou tratamento de longo prazo (veja as definições de tratamento paliativo e tratamento de longo prazo).

Cuidados de recém-nascido incluem os exames de rotina requeridos para avaliar a integridade e funções básicas dos órgãos da criança e sua estrutura óssea. Esses exames essenciais são feitos imediatamente após o parto. Procedimentos adicionais de diagnóstico preventivo, como coleta de amostras para exames de rotina, classificação do tipo sanguíneo e testes de audição, não estão cobertos. Todas as pesquisas de acompanhamento e tratamento medicamente necessárias são cobertas pela apólice do recém-nascido. Note também que o tratamento hospitalar para bebês nascidos de partos múltiplos resultantes de reprodução assistida será coberto até £24.900/€30.000/US$40.500/CHF 39.000, por criança, para os primeiros três meses que se seguirem ao nascimento. Tratamentos ambulatoriais serão pagos nos termos do Plano Ambulatorial.

Cuidados pós-natal referem-se aos cuidados médicos de rotina recebidos pela mãe após o parto, até seis semanas após o nascimento da criança.

Custos de viagem é um benefício coberto apenas no Plano das Ilhas do Canal. Caso você precise de tratamento hospitalar com ou sem internação, ou consultas ambulatoriais pós-cirurgia (todos cobertos pelo seu plano), e mediante confirmação por escrito de seu médico de que seja necessário que você viaje para alguma outra Ilha do Canal, Reino Unido ou França para receber tais tratamentos, nós pagaremos os custos de ida e volta das passagens até o valor indicado na sua Tabela de Benefícios. Você também precisará obter uma confirmação por escrito do Departamento de Saúde, indicando que você não tem direito a receber uma quantia referente às despesas de viagem e de acompanhamento. Nós pagaremos apenas os seguintes custos de viagem dentro deste benefício:

- Tarifa aérea padrão de uma das Ilhas do Canal até outra Ilha do Canal, para o Reino Unido ou pra a França.
- Tarifa padrão para trem, metrô e ônibus.
- Uma quantia máxima de £25/€30 por corrida de taxi.
- Custos de viagem para um dos pais acompanhando um filho menor de 18 anos, até o valor estabelecido na sua Tabela de Benefícios.
- Se for medicamente necessário, também pagaremos uma contribuição de até £125/€150 por viagem para os custos de cuidados de enfermagem necessários durante a viagem.

D

Dependente é o cônjuge ou parceiro (inclusive parceiro do mesmo sexo) e/ou filhos não casados (inclusive enteados, tutelados ou adotivos) financeiramente dependentes do titular da apólice, até o dia que antecede o seu décimo oitavo aniversário; ou até o dia que antecede o seu vigésimo quarto aniversário, quando se dedicam em tempo integral à sua educação e também estão nomeados no Certificado de Seguro como seus dependentes.

Despesas de acomodação hospitalar para um dos pais acompanhando um dependente menor referem-se aos custos de acomodação hospitalar para um dos pais pelo tempo de internação do menor segurado para tratamento elegível. Caso um leito não esteja disponível no hospital, nós contribuiremos com o equivalente a uma diária de hotel três estrelas para quaisquer despesas incorridas em hotel. No entanto, não cobriremos despesas diversas, como refeições, chamadas telefônicas ou jornais. Consulte sua Tabela de Benefícios para confirmar se há um limite de idade aplicável aos seus filhos.

Despesas de um acompanhante do paciente evacuado/repatriado referem-se ao custo de uma pessoa viajando com o paciente evacuado ou repatriado. Se não for possível que ambos sigam no mesmo veículo, cobriremos os custos de transporte em classe econômica. Após o término do tratamento, cobriremos também os custos da viagem de retorno, em classe econômica, para que o acompanhante retorne ao país onde a evacuação/repatriação começou. A cobertura não inclui hospedagem em hotel ou outras despesas relacionadas.

Despesas de viagem de segurados acompanhando um membro da família em sua evacuação/repatriação referem-se aos custos de transporte para todos os membros segurados da família do segurado evacuado ou repatriado, incluindo menores de idade que, ao contrário, ficariam sem a supervisão de um adulto. Se não for possível que todos viajem pelo mesmo meio de transporte, será providenciado o transporte de ida e volta na tarifa econômica disponível. Nos casos da repatriação de um segurado, os custos de transporte para acompanhantes do segurado repatriado serão cobertos apenas se o Plano de Repatriação estiver incluso sob a sua cobertura. A cobertura não inclui hospedagem em hotel ou outras despesas relacionadas.

Despesas de viagem dos segurados no caso de falecimento ou de perigo de morte de um dos membros de sua família referem-se aos custos razoáveis de transporte (até o valor indicado na sua Tabela de Benefícios) para que os segurados possam viajar até o local onde um parente de primeiro grau tenha falecido ou esteja em perigo de morte. Parentes de primeiro grau incluem o cônjuge, pai, mãe, irmãos ou filhos, incluindo filhos adotivos ou enteados. Os pedidos de reembolso devem ser enviados juntamente com a certidão de óbito ou uma declaração médica que justifique a razão da viagem, assim como cópias das passagens aéreas. A cobertura deste benefício será limitada a um pedido de reembolso ao longo de toda a vida. A cobertura não inclui hospedagem em hotel ou outras despesas relacionadas.

Despesas de viagem para acompanhantes no caso de repatriação dos restos mortais de segurados referem-se aos custos razoáveis de transporte de qualquer segurado que more no exterior com o segurado falecido, para que este possa retornar ao país de origem ou país do sepultamento. A cobertura não inclui hospedagem em hotel ou outras despesas relacionadas.

Doenças preexistentes são aquelas doenças ou qualquer condição relativa às mesmas cujos sintomas tenham sido apresentados nos cinco anos anteriores ao início da cobertura, independentemente de já terem sido tratadas ou não. Qualquer doença ou condição a essa relacionada de que você ou seus dependentes estão, estivessem ou pudessem estar cientes será considerada preexistente. Doenças preexistentes não declaradas no formulário de solicitação relevante não terão cobertura. Além disso, doenças que possam surgir entre o preenchimento do formulário de solicitação relevante e a data de início da apólice também serão consideradas preexistentes. Doenças preexistentes estarão sujeitas à avaliação médica e, se não nos forem declaradas, não serão cobertas. Consulte a seção de "Notas" na sua Tabela de Benefícios para confirmar se doenças preexistentes estão cobertas dentro dos limites do seu plano.

E

Emergência constitui o aparecimento de uma condição médica repentina e imprevista que requer assistência médica urgente. Cobriremos apenas o tratamento que se iniciar dentro de 24 horas do evento da emergência.

Equipamentos médicos prescritos referem-se a qualquer aparato médico prescrito e medicamente necessário para permitir que o segurado mantenha habilidades condizentes com atividades da vida diária, sempre que possível. Inclui-se:

- Instrumentos de bioquímica como bombas de insulina, glicosímetro e máquinas de diálise peritoneal.
- Aparelhos para a locomoção como muletas, cadeiras de rodas, suportes/aparelhos ortopédicos, membros artificiais e próteses.
- Aparelhos de suporte a audição e a fala, como laringe eletrônica.
- Meias elásticas médicas de compressão graduadas.
- Auxílio para curativos de feridas de longo prazo como ataduras e acessórios para ostomias.

A cobertura não inclui os custos relacionados a equipamentos médicos que fazem parte do atendimento paliativo ou de longo prazo (veja as definições de tratamento paliativo e tratamento de longo prazo).

Especialista é um médico qualificado e licenciado que possui as qualificações adicionais e perícia necessárias para exercer sua função como especialista reconhecido em técnicas de diagnóstico, tratamento e prevenção em um campo particular da medicina. Este benefício não cobre custos relativos à psiquiatra ou psicoterapia. Quando esses tratamentos forem cobertos, um benefício separado para psiquiatra e psicoterapia constará na Tabela de Benefícios.

Evacuação médica aplica-se quando o tratamento necessário para o qual o segurado tem cobertura não estiver disponível localmente ou se não houver disponibilidade de sangue que tenha passado por triagem no ato da emergência. Nós transportaremos o segurado para o centro médico apropriado mais próximo (que pode ou não estar localizado no país de origem do segurado) por ambulância, helicóptero ou avião. A evacuação médica, que deve ser solicitada pelo seu médico, será realizada da maneira mais econômica, levando-se em consideração o quadro médico. Em seguida ao término do tratamento, também cobriremos os custos da viagem de retorno, em tarifa econômica, para o segurado evacuado retornar ao seu país principal de residência.

Se o membro segurado for impedido por necessidade médica de submeter-se ao transporte ou evacuação em seguida à alta de um episódio de internação hospitalar, nós cobriremos os custos razoáveis de acomodação em hotel até o máximo de sete dias para instalações de quarto particular com banheiro. Não cobriremos os custos para suítes de hotel, acomodação em hotel de quatro ou cinco estrelas, nem acomodação para acompanhantes.

Nos casos de membros segurados transportados para o centro médico mais próximo para tratamento continuado, nós também cobriremos os custos razoáveis de acomodação de hotel de um quarto particular com banheiro. O custo da

hospedagem deverá ser mais econômico do que o custo de transporte sucessivo entre o centro médico apropriado mais próximo e o país principal de residência do segurado. A cobertura da hospedagem em hotel não inclui acompanhantes.

Caso não exista no local sangue que tenha passado pelo processo de triagem, nós, quando apropriado, nos comprometemos em localizar e transportar sangue previamente testado, assim como equipamento esterilizado para a transfusão, quando isso for aconselhado pelo médico que está realizando o tratamento. Nós nos empenharemos em fazer o mesmo quando os nossos especialistas assim aconselharem. Nós e nossos agentes não assumimos responsabilidade no caso de nossos esforços falharem ou se a autoridade clínica utilizar sangue ou equipamentos contaminados.

Os segurados devem entrar em contato conosco ao primeiro sinal de que uma evacuação médica seja necessária. Desse ponto em diante, nós organizaremos e coordenaremos todas as etapas da evacuação médica, até que o segurado seja atendido no centro médico selecionado. Caso os serviços de evacuação médica não sejam organizados por nós, nós nos reservaremos o direito de declinar o reembolso de todos os custos incorridos.

Exames de rotina e bem-estar, incluindo exames para a detecção de doenças em sua fase inicial , são testes ou exames realizados a um intervalo de tempo apropriado, sem que haja a presença de sintomas clínicos. Tais exames são limitados a:

- Exame físico.
- Exames de sangue (contagem completa do sangue, exame bioquímico, perfil lipídico, provas de função tireoideana, provas de função hepática, provas de função renal).
- Exames cardiovasculares (exame físico, eletrocardiograma, pressão arterial).
- Exame neurológico (exame físico).
- Exames para a detecção de câncer:
  - Preventivo anual (Papanicolau).
  - Mamografia (a cada dois anos para mulheres com idade igual ou superior a 45 anos, ou mais cedo quando houver casos de câncer de mama na família).
  - Exame da próstata (anual, para homens com idade igual ou superior a 50 anos, ou mais cedo quando houver casos de câncer de próstata na família).
  - Colonoscopia (a cada cinco anos para segurados com idade igual ou superior a 50 anos, ou idade igual ou superior a 40 anos quando houver casos de câncer de intestino na família).
  - Exame anual de sangue oculto nas fezes.
- Densitometria óssea (a cada cinco anos para mulheres com idade igual ou superior a 50 anos).
- Exames pediátricos de rotina (para crianças até seis anos, até um máximo de 15 consultas nesse período de vida).
- Exame genético BRCA1 e BRCA2 (quando houver casos de câncer entre parentes mais próximos, e quando estiver presente em sua Tabela de Benefícios

Exames para diagnósticos são exames como raio X ou testes sanguíneos realizados para determinar a causa dos sintomas apresentados.

F

Fisioterapia não-prescrita refere-se ao tratamento oferecido por um fisioterapeuta registrado, sem encaminhamento de um clínico geral antes do tratamento ser iniciado. Caso esse benefício faça parte de sua cobertura, será limitado ao número de consultas indicado na sua Tabela de Benefícios. Consultas adicionais necessárias além desse limite devem ser prescritas para que a cobertura continue, e tais consultas estarão sujeitas ao limite do benefício de fisioterapia prescrita. A fisioterapia (prescrita, ou em tratamento combinado de consultas prescritas e não-prescritas) é inicialmente restrita a 12 consultas por quadro clínico. Ao final das sessões, o médico que encaminhou o tratamento deverá fazer uma reavaliação médica do paciente. Caso sejam necessárias mais sessões, um relatório de evolução e detalhes da necessidade da continuação do tratamento deverá nos ser encaminhado. A fisioterapia não inclui terapias como Rolfing, massagem, Pilates, Fango e Milta.

Fisioterapia prescrita refere-se ao tratamento realizado por um fisioterapeuta registrado, quando encaminhado por um médico. A fisioterapia é inicialmente restrita a 12 sessões por quadro clínico. Ao final das sessões, o médico que encaminhou o tratamento deverá fazer uma reavaliação médica do paciente. Caso sejam necessárias mais sessões, um novo relatório de evolução, indicando a necessidade médica da continuidade do tratamento, deverá nos ser encaminhado após cada 12 sessões. A fisioterapia não inclui terapias como Rolfing, massagem, Pilates, Fango e Milta.

Fonoaudiologia refere-se a tratamentos realizados por um fonoaudiólogo qualificado para o tratamento de incapacidades físicas diagnosticadas, incluindo, mas não se limitando a, obstrução nasal, transtornos neurogênicos (ex: paralisia lingual, lesão cerebral) ou desordens de articulação envolvendo a estrutura oral (ex: paladar fendido).

Franquia é a parte do custo que você deve pagar e que é deduzida da quantia reembolsável. Quando aplicáveis, as franquias devem ser pagas por segurado, por ano de vigência do seguro, a menos que seja indicado de outra maneira na sua Tabela de Benefícios. Franquias podem ser aplicadas separadamente aos Planos Principais, Ambulatoriais, Odontológicos, de Maternidade ou de Repatriação, como também ao conjunto desses planos.

G

Gravidez refere-se ao período de tempo que vai da data do primeiro diagnóstico ao parto.

H

Honorários de enfermeiro(a) obstetra referem-se aos honorários cobrados por um(a) enfermeiro(a) obstetra ou assistente de parto que recebeu a formação necessária e submeteu-se aos exames necessários de acordo com as leis do país onde o tratamento é realizado.

Honorários de especialista referem-se ao tratamento não-cirúrgico executado ou ministrado por um especialista.

Honorários de médicos referem-se ao tratamento não-cirúrgico executado ou ministrado por um médico..

Honorários de nutricionista referem-se aos custos do aconselhamento relacionado à nutrição ou dieta, fornecido por um profissional de saúde registrado e qualificado para exercer sua profissão no país onde o tratamento é aplicado. Se este benefício for coberto pelo seu plano, será fornecido apenas para quadros médicos diagnosticados elegíveis.

Hospital é um estabelecimento licenciado como centro médico ou cirúrgico no país onde opera, e onde o paciente é permanentemente supervisionado por um médico. Os seguintes estabelecimentos não são considerados hospitais: casas de repouso e enfermagem, spas, centros de cura e resorts para o cuidado de saúde.

M

Medicamente necessário refere-se a tratamentos, serviços ou materiais médicos considerados clinicamente necessários e apropriados. Eles devem ser:

a) Essenciais para identificar ou tratar as condições, doença ou lesão do paciente.
b) Coerentes com os sintomas, diagnóstico e tratamento da condição do paciente.
c) Estar de acordo com a prática e os padrões profissionais de atendimento médico em vigência junto à comunidade médica. Isto não se aplica a métodos de tratamentos complementares, caso estes façam parte de sua cobertura.
d) Ser requeridos por outros motivos além do conforto ou conveniência do paciente ou de seu médico.
e) Ter valor médico provado e demonstrado. Isto não se aplica a métodos de tratamentos complementares, caso estes façam parte de sua cobertura.
f) Ser considerados como serviços ou materiais médicos do tipo e nível mais apropriados.
g) Ser fornecidos em um estabelecimento apropriado, com instrumental apropriado e com o nível de cuidados apropriado para o tratamento das condições médicas do paciente.
h) Ser fornecidos somente por um período apropriado.

Nesta definição, o termo "apropriado" significa levar em consideração tanto a segurança do paciente quanto a eficácia do custo. Quando especificamente aplicado ao tratamento hospitalar, "medicamente necessário" também significa que não é possível estabelecer um diagnóstico, nem fornecer tratamento de maneira segura e eficaz na forma ambulatorial.

Medicamentos odontológicos prescritos são aqueles prescritos por um dentista para o tratamento de uma inflamação ou infecção dentária. A eficácia dos medicamentos prescritos deve ser comprovada no tratamento da condição médica e reconhecida pelo órgão farmacêutico regulamentador do país. A cobertura não inclui antissépticos bucais, produtos de flúor, géis antissépticos e pasta de dentes.

Medicamentos prescritos referem-se a produtos como insulina, agulhas hipodérmicas ou seringas, que requerem prescrição para o tratamento de uma condição médica ou diagnóstico confirmados, ou para compensar substâncias vitais do organismo. A eficácia dos medicamentos prescritos deve ser clinicamente comprovada no tratamento da condição médica e reconhecida pelo órgão farmacêutico regulamentador do país.

Medicamentos prescritos referem-se a produtos como insulina, agulhas hipodérmicas ou seringas, que requerem prescrição para o tratamento de uma condição médica ou diagnóstico confirmados, ou para compensar substâncias vitais do organismo. A eficácia dos medicamentos prescritos deve ser clinicamente comprovada no tratamento da condição médica e reconhecida pelo órgão farmacêutico regulamentador do país.

Médico é a pessoa habilitada pela legislação do país onde o tratamento é fornecido a exercer a medicina, dentro dos limites de sua habilitação.

N

Nós/Nosso refere-se à Allianz Care.

O

Obesidade é a condição diagnosticada quando o indivíduo apresenta um Índice de Massa Corporal (IMC) maior ou igual a 30. (A calculadora de IMC está disponível em nosso site: www.allianzworldwidecare.com).

Óbito acidental se refere ao valor indicado na sua Tabela de Benefícios que será pago caso o segurado (com idade entre 18 e 70 anos) venha a falecer durante o período do seguro como resultado de um acidente (incluindo lesão industrial).

Óculos e lentes de contato prescritos, incluindo exame oftalmológico referem-se à cobertura de um exame oftalmológico de rotina realizado por um optometrista ou oftalmologista (limitado a um exame por ano de vigência do seguro), e também de lentes ou óculos para corrigir a visão.

Oncologia refere-se a honorários de especialista, exames para diagnóstico, radioterapia, quimioterapia e custos hospitalares incorridos em relação ao planejamento e à execução de tratamento de câncer, desde o diagnóstico. Também cobriremos os custos de uma prótese externa para fins cosméticos, como por exemplo uma peruca caso o segurado perca seu cabelo ou um sutiã prostético devido ao tratamento do câncer.

Ortodontia é o uso de aparelhos para corrigir a maloclusão e restabelecer a função e o alinhamento correto dos dentes. Tratamento ortodôntico é apenas coberto em casos de necessidade médica. Por essa razão, quando você solicitar o reembolso solicitaremos informações de suporte que determinem a necessidade médica de seu tratamento e, portanto, a elegibilidade da cobertura. A informação de suporte requerida (dependendo do seu caso) pode incluir, mas não se limita, aos seguintes documentos:

- Relatório médico emitido por um especialista, indicando o diagnóstico (tipo de má oclusão) e uma descrição dos sintomas do paciente causados pelo problema ortodôntico.
- Plano de tratamento indicando uma estimativa de duração do tratamento, estimativa de custos e tipo/material do aparelho usado.
- O pagamento acordado com o provedor médico.
- Comprovante de pagamento relativo ao tratamento ortodôntico.
- Fotografias de ambos maxilares mostrando claramente a dentição antes do tratamento.
- Fotografias clínicas dos maxilares em oclusão central de visão frontal e lateral.
- Ortopantomografia (radiografia panorâmica).
- Radiografia cefalométrica (radiografia de perfil).

Apenas cobriremos o tratamento ortodôntico quando um aparelho padrão fixo (metálico) e/ou um aparelho padrão móvel forem utilizados. Aparelhos cosméticos como aparelho lingual e alinhadores invisíveis têm cobertura até o valor de um aparelho padrão (metálico), sujeito ao limite do benefício "Tratamento ortodôntico e próteses dentárias".

P

País de origem é aquele para o qual o segurado possui um passaporte válido em vigor ou é o seu país principal de residência.

País principal de residência é o país em que o segurado e seus dependentes (se relevante) moram por mais de seis meses do ano.

Período de carência refere-se ao período a partir da data de início de sua apólice (ou data efetiva, se você for um dependente), durante o qual não oferecemos cobertura para certos benefícios. Consulte a sua Tabela de Benefícios para confirmar quais benefícios estão sujeitos a períodos de carência.

Periodontia refere-se ao tratamento de doenças gengivais.

Podologia refere-se a tratamentos medicamente necessários realizados por um podólogo registrado pelo governo.

Procedimentos cirúrgicos orais e maxilofaciais referem-se a tratamentos cirúrgicos ministrados por um cirurgião oral e maxilofacial em um hospital para tratamento de: patologia bucal, distúrbios da articulação temporomandibular, fraturas faciais, deformações congênitas da mandíbula, doenças das glândulas salivares e tumores. Observe que procedimentos cirúrgicos para a remoção do dente do siso impactado, remoção cirúrgica de cistos e cirurgia ortognática não estão cobertos, mesmo quando realizados por um cirurgião-dentista ou cirurgião maxilofacial, a menos que um Plano Odontológico tenha sido selecionado.

Próteses dentárias incluem coroas, blocos, incrustações, reconstruções/restaurações internas e externas e adesivas, pontes, dentaduras e implantes, bem como todos os tratamentos auxiliares necessários.

Psiquiatria e psicoterapia referem-se ao tratamento de transtornos mentais, realizado por um psiquiatra ou psicólogo clínico. A condição médica deve ser clinicamente significativa e não desencadeada por um evento em particular, como luto, problemas acadêmicos ou de relacionamento, aculturação ou pressão no trabalho. Todas as internações em centros de cuidados diários ou hospitais devem incluir medicamentos prescritos relacionados à condição médica. O tratamento psicoterapêutico, em regime hospitalar ou ambulatorial, só tem cobertura se você ou seus dependentes receberam o diagnóstico inicialmente de um médico psiquiatra e foram encaminhados a um psicólogo clínico para tratamento. Quando coberto, o tratamento ambulatorial de psicoterapia é inicialmente limitado a 10 sessões por quadro. Posteriormente, o tratamento deverá ser reavaliado pelo psiquiatra clínico que fez o encaminhamento. Caso sejam necessárias mais sessões, um relatório de evolução e detalhes da necessidade da continuação do tratamento deverá nos ser encaminhado.

Q

Quadros crônicos são definidos como doenças, enfermidades ou lesões que duram mais do que seis meses ou requerem atenção médica (revisão de rotina ou tratamento) pelo menos uma vez ao ano. Também possui uma ou mais das seguintes características:

- É de natureza recorrente.
- Não tem uma cura conhecida e geralmente aceita.
- De maneira geral, não responde bem ao tratamento.
- Requer tratamento paliativo.
- Requer supervisão ou monitoramento prolongado.
- Leva à deficiência permanente.

Consulte a seção de "Notas" na sua Tabela de Benefícios para confirmar se quadros crônicos são cobertos pelo seu plano.

R

Reabilitação é o tratamento que combina uma série de terapias, como terapia física, terapia ocupacional e fonoaudiologia, e visa à recuperação de uma forma e/ou função normal após uma doença aguda, lesão ou cirurgia. O benefício para o tratamento de reabilitação é coberto apenas quando o tratamento começa dentro de 14 dias após a alta, depois da conclusão do tratamento médico agudo e/ou cirúrgico, e quando é realizado em um centro de reabilitação licenciado.

Remuneração para maternidade/paternidade é um benefício que se aplica apenas aos Planos das Ilhas do Canal. Caso esteja incluído em seu plano, uma quantia será paga para cada um dos pais segurados, seguindo o nascimento de uma criança segurada. Este benefício será pago somente onde o tratamento for recebido gratuitamente, e o valor a ser pago estará indicado na sua Tabela de Benefícios. Para receber a Remuneração para maternidade/paternidade, você deve nos enviar uma cópia da certidão de nascimento da criança até três meses depois de seu nascimento. Para receber este benefício, os pais devem estar cobertos pelo Plano de Saúde para as Ilhas do Canal por no mínimo 10 meses contínuos antes do nascimento da criança.

Repatriação de restos mortais é o transporte dos restos mortais do segurado do país principal de residência para o país onde deve ser realizado o enterro. São exemplos das despesas cobertas: embalsamamento, um recipiente legalmente apropriado para o transporte, custos de envio e das autorizações governamentais pertinentes. Custos de cremação serão cobertos apenas quando legalmente necessário. Custos relacionados a acompanhantes não serão cobertos, a menos que sua Tabela de Benefícios apresente um benefício específico para esse tipo de cobertura.

Repatriação médica é um nível opcional de cobertura e, quando fornecida, estará indicada da Tabela de Benefícios. Esse benefício estabelece que, caso o tratamento necessário - e incluído em sua cobertura - não esteja disponível no local, você terá o direito de retornar ao seu país de origem para tratamento, em vez de ser encaminhado ao centro médico apropriado mais próximo. O benefício é aplicável somente quando o seu país de origem estiver localizado em sua área de cobertura. Finalizado o tratamento, ofereceremos cobertura também para a viagem de volta, em transporte de classe econômica, para o seu país principal de residência. A viagem de volta deverá ser realizada no prazo de um mês após o término do tratamento.

Os segurados devem entrar em contato conosco ao primeiro sinal de que uma repatriação médica seja necessária. Desse ponto em diante, nós organizaremos e coordenaremos todas as etapas da repatriação médica, até que o segurado seja atendido no centro médico selecionado. Caso os serviços de repatriação médica não sejam organizados por nós, nos reservaremos o direito de declinar o reembolso de todos os custos incorridos.

Rotinas de maternidade referem-se aos custos medicamente necessários incorridos durante a gravidez e o parto, incluindo custos hospitalares, honorários de especialistas, cuidados pré- e pós-natal para a mãe, honorários de enfermeiro(a) obstetra (somente durante o parto) e cuidados do recém-nascido. Os custos relacionados a complicações na gravidez ou complicações no parto não são pagos nos termos das rotinas de maternidade. Qualquer cesárea, mesmo que não seja clinicamente necessária - ou seja, realizada por opção - terá sua cobertura até o valor de um parto normal no mesmo hospital e estará sujeita aos limites dos benefícios em vigor. Se o benefício para "parto domiciliar" estiver incluído em seu plano, cobriremos um valor fixo, especificado na Tabela de Benefícios em casos de partos em domicílio. Note também que o tratamento hospitalar para bebês nascidos de partos múltiplos resultantes de reprodução assistida será coberto até £24.900/€30.000/US$40.500/CHF 39.000, por criança, para os primeiros três meses que se seguirem ao nascimento. Tratamentos ambulatoriais serão pagos nos termos do Plano Ambulatorial.

S

Segurado refere-se a você e a seus dependentes, conforme declarado no seu Certificado de Seguro.

T

Terapeuta é um quiropraxista, osteopata, herbalista chinês, homeopata, acupunturista, fisioterapeuta, fonoaudiólogo, terapeuta ocupacional ou terapeuta do sistema oculomotor, que seja qualificado e habilitado pela legislação do país no qual o tratamento está sendo ministrado.

Terapia oculomotora é um tipo especial de terapia ocupacional que visa a sincronizar o movimento dos olhos nos casos em que há falta de coordenação entre os músculos dos olhos.

Terapia ocupacional refere-se ao tratamento voltado para o desenvolvimento de habilidades motoras finas e elementares, integração sensorial, coordenação, equilíbrio e outras habilidades e atividades da vida diária (como vestir-se, alimentar-se, asseio etc.) com o objetivo de ajudar o paciente em seu dia-a-dia e em suas interações com o mundo físico e social. Um relatório médico é necessário após 20 consultas.

Transplante de órgãos é o procedimento cirúrgico para transplantar os seguintes órgãos e/ou tecidos: coração, coração/válvula, coração/pulmão, fígado, pâncreas, pâncreas/rim, rim, medula óssea, paratireoide, muscular/esquelético e transplante de córnea. As despesas incorridas na aquisição de órgãos não são reembolsáveis.

Tratamento refere-se ao procedimento médico necessário para curar ou aliviar uma doença ou lesão.

Tratamento ambulatorial refere-se ao tratamento fornecido no consultório de um médico, terapeuta ou especialista que não requer que o paciente dê entrada no hospital.

Tratamento ambulatorial de emergência é o tratamento recebido em um pronto-socorro/sala de emergência dentro de 24 horas do evento de um acidente ou doença súbita, durante o qual o segurado não é obrigado por necessidade médica a ocupar o leito de um hospital. Caso um Plano Ambulatorial tenha sido selecionado, você contará com cobertura para tratamento ambulatorial além do limite do benefício de tratamento ambulatorial de emergência, oferecido pelo Plano Principal.

Tratamento ambulatorial odontológico de emergência é o tratamento recebido em consultório de cirurgião dentista/emergência hospitalar para o alívio imediato da dor causada por um acidente ou lesão em um dente natural sadio, incluindo a pulpotomia ou a pulpectomia e obturações temporárias subsequentes, limitadas a três obturações por ano de vigência do seguro. O tratamento deve ser recebido dentro de 24 horas do evento da emergência. Esse benefício não inclui nenhuma forma de prótese dentária, restaurações permanentes ou a continuidade de tratamentos de canais. Caso um Plano Odontológico tenha sido selecionado, você contará com a cobertura para tratamento odontológico além do limite do benefício de tratamento ambulatorial odontológico de emergência, oferecido pelo Plano Principal.

Tratamento complementar refere-se ao diagnóstico e tratamento terapêutico existente fora de instituições em que a medicina convencional ocidental é ensinada. Refira-se à sua Tabela de Benefícios para confirmar se os seguintes métodos de tratamento complementar estão cobertos em seu plano: tratamento quiroprático, osteopatia, medicina herbal chinesa, homeopatia, acupuntura e podologia praticados por terapeutas habilitados.

Tratamento contra a infertilidade refere-se ao tratamento para ambos os sexos que inclui todos os procedimentos de pesquisa invasivos necessários para se estabelecer a causa da infertilidade, como histerossalpingografia, laparoscopia ou histeroscopia. Se a sua Tabela de Benefícios não incluir um benefício específico para tratamento contra a infertilidade, a cobertura estará limitada a pesquisas não-invasivas sobre a causa da infertilidade, dentro dos limites do seu Plano Ambulatorial (caso este tenha sido selecionado). Essa condição não se aplica a segurados dos planos para as Ilhas do Canal, para os quais a pesquisa da causa da infertilidade está excluída.. Entretanto, se houver um benefício específico para tratamento contra a infertilidade, os custos do tratamento serão cobertos apenas para o segurado que recebe o tratamento, até o limite máximo indicado na Tabela de Benefícios. Quaisquer custos que excedam o limite do benefício não poderão ser recuperados utilizando a cobertura do cônjuge ou parceiro (quando incluído na apólice). No caso de fertilização in vitro (FIV), a cobertura é limitada ao valor indicado na Tabela de Benefícios. Note também que o tratamento hospitalar para bebês nascidos de partos múltiplos resultantes de reprodução assistida será coberto até £24.900/€30.000/US$40.500/CHF 39.000, por criança, para os primeiros três meses que se seguirem ao nascimento. Tratamentos ambulatoriais serão pagos nos termos do Plano Ambulatorial.

Tratamento de emergência fora da área de cobertura é o tratamento para emergências médicas ocorridas durante viagens de negócios ou lazer fora da sua área de cobertura. A cobertura é fornecida para um período máximo de seis semanas por viagem, dentro do limite máximo do benefício, e inclui tratamentos necessários em caso de acidente, ou devido ao surgimento súbito ou agravamento de um quadro médico que represente uma ameaça imediata à sua saúde. O tratamento realizado por um clínico geral, médico ou especialista deve começar dentro de 24 horas do evento da emergência. A cobertura não se aplica a quaisquer tratamentos curativos ou de acompanhamento que não sejam considerados emergenciais, mesmo que você não tenha condições de viajar para um país dentro de sua área de cobertura. Custos referentes à maternidade, gravidez, parto e complicações na gravidez ou no parto também não estão inclusos nesse benefício. Caso você tenha que se deslocar da sua área de cobertura por mais de seis semanas, entre em contato conosco.

Tratamento de longo prazo refere-se ao cuidado recebido por um período prolongado, após o término do tratamento para uma condição médica aguda. Geralmente, o tratamento de longo prazo é necessário para um quadro crônico ou invalidez que requer atendimento periódico, intermitente ou contínuo. O tratamento de longo prazo pode ser fornecido em domicílio, em um hospital ou em uma clínica de convalescença.

Tratamento hospitalar refere-se ao tratamento recebido em hospital e em que a estadia noturna é medicamente necessária.

Tratamento hospitalar sem internação é o tratamento planejado recebido em hospital ou unidade de atendimento durante o dia, incluindo acomodação hospitalar e cuidados de enfermagem, que não requer medicamente a permanência noturna do paciente, e para o qual que se emite uma notificação de alta.

Tratamento odontológico inclui uma avaliação anual, obturações simples relacionadas a cáries ou desgaste, tratamento de canal e medicamentos odontológicos prescritos.

Tratamento odontológico hospitalar de emergência refere-se ao tratamento de casos agudos que requeiram atendimento odontológico de emergência devido a acidentes graves, sendo necessária a hospitalização. O tratamento deve ser recebido dentro de 24 horas do evento da emergência. Observe que a cobertura deste benefício não se estende a tratamento odontológico de acompanhamento, cirurgia dentária, próteses dentárias, ortodontia ou periodontia. Caso você tenha cobertura para esses benefícios, esta estará indicada na sua Tabela de Benefícios separadamente.

Tratamento ortomolecular refere-se ao tratamento que visa a restabelecer o ambiente ecológico ótimo para as células do organismo, corrigindo deficiências no nível molecular com base na bioquímica do indivíduo. A medicina ortomolecular utiliza substâncias naturais como vitaminas, minerais, enzimas, hormônios etc.

Tratamento para a correção visual a laser refere-se à cirurgia que tem como objetivo melhorar a qualidade da refração da córnea usando tecnologia a laser, incluindo investigações necessárias antes da cirurgia.

Tratamento preventivo refere-se ao tratamento feito sem a apresentação de sintomas clínicos no momento do tratamento. Um exemplo desse tratamento é a remoção de um nódulo pré-cancerígeno.

V

Vacinações referem-se a todas as imunizações básicas e injeções de apoio obrigatórias pela regulamentação do país em que o tratamento está sendo recebido, a qualquer vacinação necessária para viagens, e à profilaxia da malária. Cobrimos os custos da consulta para a aplicação da vacina, assim como o custo do medicamento.

Você/Seu refere-se ao indivíduo elegível indicado no Certificado de Seguro.

EXCLUSÕES

Apesar de oferecermos cobertura para a maioria dos tratamentos médicos, as despesas decorrentes dos tratamentos, quadros médicos, procedimentos, comportamentos ou acidentes listados a seguir não são cobertos sob a sua apólice, a não ser que a cobertura seja confirmada na Tabela de Benefícios ou em qualquer endosso contratual, enviado por escrito.

As exclusões a seguir aplicam-se a todos os nossos planos, a menos que esteja indicado em outra forma:

Aquisição de um órgão
Despesas para a aquisição de um órgão, incluindo, mas não se limitando a, custos com a busca do doador, tipificação, transporte e administração.

Atraso no desenvolvimento
Atraso no desenvolvimento, a menos que a criança não tenha atingido os marcos de desenvolvimento esperados para uma criança da mesma idade, no desenvolvimento cognitivo ou físico. Não cobrimos situações em que uma criança esteja ligeiramente ou temporariamente atrasada em seu desenvolvimento. O atraso no desenvolvimento deve ser medido quantitativamente por pessoal qualificado e documentado como um atraso de 12 meses no desenvolvimento cognitivo ou físico.

Aulas pré- e pós-natal
Aulas pré- e pós-natal.

Cirurgia plástica
Qualquer tratamento realizado por um cirurgião plástico, ainda que por razões médicas/psicológicas, assim como tratamentos cosméticos ou estéticos com o objetivo de melhorar a sua aparência, mesmo quando prescritos por um médico. A única exceção são as cirurgias reparadoras para restaurar a função física ou a aparência após um acidente que tenha desfigurado o paciente, ou como resultado de uma cirurgia relacionada ao tratamento do câncer. Note que sua apólice deve estar em vigor no momento do acidente ou cirurgia.

Complicações causadas por condições não for cobertas pelo seu plano
Despesas incorridas em função de complicações provocadas diretamente por uma doença, lesão ou tratamento para o qual a cobertura seja excluída ou limitada nos termos do seu plano.

Consultas realizadas por você ou por um membro de sua família
Consultas realizadas e qualquer medicamento ou tratamento prescrito por você, seu cônjuge, pais ou filhos.

Contaminação química e radioatividade
Tratamento de qualquer quadro médico decorrente direta ou indiretamente de contaminação química, radioatividade ou qualquer material nuclear, inclusive a combustão de combustível nuclear.

Dependência de drogas ou alcoolismo
Atendimento e/ou tratamento de dependência de drogas ou alcoolismo (incluindo programas de desintoxicação e tratamentos para parar de fumar), situações envolvendo drogas ou álcool que resultem em morte, ou o tratamento de qualquer condição médica que segundo nossa opinião razoável está relacionada a, ou é consequência direta de, alcoolismo e dependência de drogas (por exemplo, falha dos órgãos ou demência).

Doenças causadas intencionalmente ou lesões auto-infligidas
Atendimento e/ou tratamento de doenças causadas intencionalmente ou lesões auto-infligidas, inclusive tentativas de suicídio.

Embarcação no mar
Evacuação/repatriação médica originada em uma embarcação no mar para centro médico em terra.

Erro médico
Tratamento necessário como resultado de erro médico.

Estadias em centro de cura
Estadias em centros de cura, balneários, spas, resorts para tratamento de saúde e centros de recuperação, mesmo que a estadia seja medicamente prescrita.

Esterilização, disfunção sexual e contracepção
Quaisquer despesas com pesquisas para descobrir causas, tratamento e complicações decorrentes de esterilização, disfunção sexual (a não ser que a condição médica seja decorrente de prostatectomia radical após cirurgia para o tratamento do câncer) e contracepção, inclusive inserção e remoção de aparelhos contraceptivos e todos os outros contraceptivos, mesmo quando prescritos por razões médicas. A única exceção para a cobertura de custos relacionados à contracepção são anticoncepcionais para o tratamento da acne, quando prescritos por um dermatologista. (Esta exclusão é aplicável ao **tratamento contra infertilidade** para o **Plano das Ilhas do Canal**).

Exame marcador tumoral
Exame marcador tumoral, a não ser que você tenha sido previamente diagnosticado com o tipo específico de câncer em questão. Nesse caso, a cobertura será fornecida sob o benefício "Oncologia".

Facetas odontológicas
Facetas odontológicas e procedimentos relacionados às mesmas, a não ser que medicamente necessários.

Falha em procurar ou seguir a orientação médica
Tratamento necessário como resultado de falha em procurar ou seguir a orientação médica.

Honorários para o preenchimento do Formulário de Pedido de Reembolso
Honorários pagos para o preenchimento do Formulário de Pedido de Reembolso, ou outros encargos administrativos.

Interrupção da gravidez
Interrupção da gravidez, exceto no evento de perigo de vida para a mulher grávida.

Lesões decorrentes do envolvimento em esportes profissionais
Tratamento ou procedimentos de diagnóstico de lesões decorrentes do envolvimento em esportes profissionais.

Maternidade por substituição
Tratamento diretamente relacionado à maternidade por substituição, seja a segurada a mãe substituta ou a mãe final.

Mudança de sexo
Cirurgias de mudança de sexo e tratamentos relacionados.

Participação em guerra ou atos criminosos
Quaisquer despesas relacionadas ao tratamento de quaisquer doenças ou lesões, assim como situações que resultem em morte, decorrentes de participação ativa em guerra, levantes populares, perturbações da ordem pública, terrorismo ou atos contra qualquer força beligerante estrangeira, quer a guerra tenha sido declarada ou não.

Produtos comprados sem receita médica
Produtos que podem ser comprados sem receita médica, a não ser que esses custos sejam cobertos por um benefício específico presente na Tabela de Benefícios.

Queda de cabelo e qualquer substituto para o cabelo
Pesquisa e tratamento para queda de cabelo e qualquer substituto para o cabelo, a menos que a perda de cabelo seja devido ao tratamento de câncer.

Terapia familiar
Custos relacionados a terapeutas ou consultores familiares para tratamento psicoterapêutico ambulatorial.

Testes Triplo ou de Bart, Quádruplo ou Espinha Bífida
Testes Triplo ou de Bart, Quádruplo ou Espinha Bífida, exceto para mulheres com idade igual ou superior a 35 anos.

Testes genéticos
Quaisquer despesas relacionadas a testes genéticos, exceto a) caso exames genéticos específicos estejam inclusos em seu plano; b) no caso de testes de DNA diretamente vinculados a uma

amniocentese qualificável, como no caso de mulheres com idade igual ou superior a 35 anos; c) para pesquisas de receptores genéticos tumorais.

Transtornos de conduta e de personalidade
Não cobrimos o tratamento de quadros como transtorno de conduta, transtorno do déficit de atenção e hiperatividade, transtorno do espectro do autismo, transtorno desafiador e de oposição, comportamento antissocial, transtorno obsessivo-compulsivo, distúrbios fóbicos, transtornos de apego, transtornos de adaptação, disfunções alimentares, ou transtornos de personalidade, bem como todos os tratamentos que estimulem relações sócio-emocionais positivas, como terapia familiar, a não ser que seja indicado o contrário em sua Tabela de Benefícios.

Tratamento complementar
Tratamento complementar, com exceção dos tratamentos indicados na Tabela de Benefícios.

Tratamento contra a infertilidade
Tratamento contra a infertilidade, incluindo reprodução medicamente assistida ou quaisquer consequências adversas desta, a menos que você conte com um benefício específico para tratamento contra a infertilidade, ou que tenha selecionado um Plano Ambulatorial; neste caso, você terá cobertura para pesquisas não-invasivas da causa da infertilidade, dentro dos limites do seu Plano Ambulatorial). Essas exceções não se aplicam aos segurados pelo Plano da Ilhas do Canal, para os quais a pesquisa da infertilidade é excluída.

Tratamento contra a obesidade
Pesquisa e tratamento da obesidade.

Tratamento de transtornos do sono
Tratamento de transtornos do sono, inclusive insônia, apneia obstrutiva do sono, narcolepsia, ronco e bruxismo.

Tratamento experimental ou não comprovado ou terapia com medicamentos
Qualquer forma de terapia ou tratamento com medicamentos que, em nossa opinião razoável, seja considerado experimental ou não comprovado com base na prática médica normalmente aceita.

Tratamento fora da área geográfica de cobertura
Tratamento fora da área geográfica de cobertura, a não ser em casos de emergência ou autorizados por nós.

Tratamentos nos EUA
Não haverá cobertura para tratamento nos EUA se descobrirmos ou suspeitarmos que esta tenha sido adquirida com o intuito de viajar para os EUA a fim de obter tratamento para um quadro clínico, sendo que os sintomas deste quadro já eram evidentes para o segurado antes da aquisição da cobertura. Se algum pedido de reembolso for pago por nós nessas circunstâncias, nós nos reservaremos o direito de reaver a quantia paga do segurado, em relação aos custos pagos a tal pedido de reembolso.

Tratamento ortomolecular
Para tratamento ortomolecular, consulte a definição de Tratamento ortomolecular.

Visitas médicas em domicílio
Visitas médicas em domicílio, a menos que sejam necessárias em seguida a uma emergência que impeça o segurado de ir a seu médico, clínico ou terapeuta.

Vitaminas e minerais
Produtos classificados como vitaminas ou minerais (exceto durante a gravidez ou no tratamento de síndromes clinicamente diagnosticadas e significativas de deficiência de vitaminas) e suplementos incluindo, mas não limitados a, comida especial para bebê e produtos cosméticos, mesmo que medicamente recomendados ou prescritos ou de efeito terapêutico reconhecido. Custos incorridos como resultado de consultas relacionadas à nutrição ou dieta não serão cobertos, a não ser que um benefício específico esteja incluído em sua Tabela de Benefícios. (Esta exclusão também se aplica ao período de gravidez para segurados cobertos pelo Plano das Ilhas do Canal).

Tratamentos que não estão indicados em sua Tabela de Benefícios
Os tratamentos, quadros médicos ou procedimentos a seguir, ou quaisquer consequências adversas deles, a não ser que estejam indicados na sua Tabela de Benefícios:

- Complicações na gravidez.
- Tratamento odontológico, cirurgia dentária, periodontia, tratamento ortodôntico e próteses dentárias, com exceção dos procedimentos cirúrgicos orais e maxilofaciais, que têm cobertura dentro do limite total máximo de seu Plano Principal.
- Honorários de nutricionista.
- Tratamento odontológico de emergência.
- Despesas de um acompanhante do paciente evacuado/repatriado.
- Exames de rotina e bem-estar, incluindo exames para a detecção de doenças em sua fase inicial.
- Parto domiciliar.
- Tratamento contra a infertilidade.
- Psiquiatria e psicoterapia hospitalar.
- Tratamento para a correção da visão a laser.
- Repatriação médica.
- Transplante de órgãos.
- Psiquiatria e psicoterapia ambulatorial.
- Tratamento ambulatorial.
- Óculos e lentes de contato prescritos, incluindo exame oftamológico.
- Equipamentos médicos prescritos.
- Tratamento preventivo.
- Tratamento de reabilitação.
- Rotinas de maternidade e complicações no parto.
- Despesas de viagem de segurados acompanhando um membro de sua família em sua evacuação/repatriação.
- Despesas de viagem para acompanhantes em casos de repatriação de restos mortais de segurados.

- Despesas de viagem dos segurados no caso de falecimento ou de perigo de morte de um dos membros de sua família.
- Vacinações.

Óbito acidental

O pagamento do benefício por óbito acidental não será realizado quando a morte do segurado for provocada direta ou indiretamente por:

- Participação ativa em guerra, levantes populares, perturbações da ordem pública, terrorismo ou atos contra qualquer força beligerante estrangeira, quer a guerra tenha sido declarada ou não.
- Doenças causadas intencionalmente ou lesões auto infligidas, inclusive tentativas de suicídio, que ocorram dentro de um ano da data de início da apólice.
- Participação ativa em atividades subterrâneas/submarinas, como mineração subterrânea ou mergulho em alto mar.
- Participação em atividades que se desempenham acima da água (tais como em uma plataforma de petróleo ou em perfurações petrolíferas) e atividades aéreas, a menos que seja especificado diferentemente.
- Contaminação química ou biológica, radioatividade ou qualquer contaminação por material nuclear, inclusive a combustão de combustível nuclear.
- Riscos passivos de guerra:
  - Estar em um país em estado de guerra, quando o governo britânico tenha recomendado que seus cidadãos o abandone, independentemente da nacionalidade do segurado e quando for desaconselhável viajar para tal país; ou
  - Viajar ou permanecer, por um período maior que 28 dias por estadia, em um país ou localidade em que o governo britânico desaconselhe viagens, exceto quando essenciais.

  A exclusão relacionada aos riscos passivos de guerra é aplicável, independentemente se o pedido de indenização tenha surgido por consequências diretas ou indiretas de guerra, levantes populares, perturbações da ordem pública, terrorismo, atos criminosos, atos ilegais ou atos contra qualquer força beligerante estrangeira, que a guerra tenha sido declarada ou não.
- Estar sobre o efeito de drogas ou álcool.
- Falecimento que venha acontecer após 365 dias da ocorrência do acidente.
- Exposição deliberada ao perigo, exceto em tentativa de salvar uma vida humana.
- Inalação intencional de gás, ingestão intencional de venenos ou de drogas proibidas pela lei.
- Voo em qualquer aeronave, incluindo helicópteros, a menos que o segurado seja passageiro e o piloto esteja legalmente licenciado ou seja um piloto militar e tenha preenchido o plano de voo programado quando exigido pelos regulamentos locais.
- Participação ativa em esportes radicais ou profissionais, incluindo, mas não se limitando a:
  - Esportes praticados em montanhas como rapel, montanhismo e corridas de qualquer natureza (exceto a pé).
  - Esportes praticados na neve como bobsleigh, luge, montanhismo, skeleton, esqui fora de pista e snowboard fora de pista.
  - Esportes equestres, tais como a caça a cavalo, salto a cavalo, polo, corrida de obstáculos com cavalos ou corridas de cavalos de qualquer espécie.
  - Esportes aquáticos, como espeleologia (explorar cavernas sozinho), mergulho em cavernas, mergulho a uma profundidade de mais de 10 metros, salto de prancha, rafting em rápidos e canyoning.
  - Esportes motorizados em carro ou moto, como andar de moto ou quadriciclo.
  - Artes marciais.
  - Esportes aéreos, como voo com ultraleve, balonismo, asa delta, parapente, parasail e, salto de paraquedas.
  - Esportes variados, como bungee jumping.

As exclusões adicionais a seguir se aplicam a todos os planos, com exceção do Plano das Ilhas do Canal (que tem suas próprias exclusões adicionais listadas abaixo e nas seguintes páginas):

Custos de transporte

Custos de transporte para ir a uma unidade médica ou dela voltar (incluindo custos de estacionamento) para tratamento elegível, com exceção de quaisquer custos cobertos pelos benefícios de ambulância local, evacuação médica e repatriação médica.

Doenças preexistentes

Doenças preexistentes (incluindo quaisquer quadros crônicos preexistentes) indicadas no Formulário de Condições Especiais emitido antes da data de início da apólice (se relevante), e doenças que não foram declaradas no formulário de solicitação relevante. As doenças que possam surgir entre o preenchimento do formulário de solicitação relevante e a data de início da apólice também serão consideradas preexistentes. Doenças preexistentes estarão sujeitas à avaliação médica e, se não nos forem declaradas, não serão cobertas.

Fonoaudiologia

Fonoaudiologia quando relacionada a atrasos no desenvolvimento, dislexia, dispraxia ou transtornos de linguagem expressiva.

As exclusões a seguir se aplicam somente ao nosso Plano das Ilhas do Canal:

Benefícios de viagem

Benefícios de viagem não estão disponíveis:

- Para quaisquer despesas de viagem com valor acima das tarifas padrão.
- Para um dos pais acompanhando um dependente com idade igual ou superior a 18 anos.
- Para os custos adicionais da viagem, como diárias de hotel ou refeições.
- Quando os custos forem cobertos por hospitais públicos.
- Quando o tratamento não for coberto pelo seu plano.
- Quando a viagem não for recomendada pelo seu médico.
- Quando todos os custos da viagem não forem aprovados por nós antecipadamente.

Cirurgia odontológica, prótese dentária, periodontia e tratamento ortodôntico

Cirurgia dentária, próteses dentárias, periodontia e tratamento ortodôntico, com a exceção de tratamento odontológico de acordo com sua definição.

Custos de transporte

Custos de viagem relacionados a consultas em regime ambulatorial não serão cobertos, com exceção de consultas pós-cirugia, caso estas não possam ser realizadas por um médico local.

Custos de viagem quando o tratamento está disponível no local

Custos de viagem para outra Ilha do Canal, Reino Unido e França em casos de internação ou tratamento em centros de cuidados diários não serão reembolsados caso o tratamento proposto ou qualquer outro tratamento alternativo esteja disponível localmente. No entanto, é importante ressaltar que os custos médicos incorridos serão reembolsados dentro dos termos de sua apólice.

Doenças preexistentes

HIV

Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV), AIDS ou qualquer condição psiquiátrica relacionada a esta.

Medicamentos prescritos e curativos

Medicamentos prescritos e curativos, a menos que sejam prescritos durante a internação hospitalar ou o tratamento em centro de cuidados diários.

Quadros crônicos

Quadros crônicos, com a exceção de tratamentos de curto prazo para episódios agudos relacionados a uma condição crônica, com o objetivo de retornar o paciente ao estado de saúde anterior ao episódio, ou que leve à recuperação completa. É altamente recomendável que você entre em contato com a nossa Central de Atendimento para estabelecer a extensão de sua cobertura em uma determinada circunstância antes de incorrer qualquer custo de tratamento.

Transplante de órgãos

Os seguintes benefícios

- Evacuação médica (ou repatriação).
- Terapia oculomotora.
- Reparo de óculos.
- Repatriação de restos mortais.
- Fonoaudiologia.

NOTAS

Fale conosco, será um prazer ajudá-lo!

Para obter mais informações, entre em contato conosco:

Central de Atendimento 24 horas para dúvidas e emergências

Português:	+353 1 645 4040
Inglês:	+353 1 630 1301
Alemão:	+353 1 630 1302
Francês:	+353 1 630 1303
Espanhol:	+353 1 630 1304
Italiano:	+353 1 630 1305

Ligações gratuitas: www.allianzworldwidecare.com/toll-free-numbers

Em certas ocasiões não será possível ligar para nossos números gratuitos pelo telefone celular. Neste caso, ligue para um dos números da Central de Atendimento indicados acima.

As ligações para a Central de Atendimento serão gravadas e poderão ser monitoradas por razões regulamentares ou para fins de treinamento e qualidade. Observe que apenas o titular da apólice (ou uma pessoa nomeada pelo mesmo) ou o administrador da conta corporativa podem fazer alterações na apólice. Nossa Central de Atendimento solicitará que certas perguntas de segurança sejam respondidas para confirmar a sua identidade.

E-mail: client.services@allianzworldwidecare.com

Fax: + 353 1 630 1306

Endereço: Allianz Care, 15 Joyce Way, Park West Business Campus, Nangor Road, Dublin 12, Irlanda.

www.allianz-care.com

www.facebook.com/allianzworldwidecare

Plus.google.com/+allianzworldwidecare

www.youtube.com/user/allianzworldwide

www.linkedin.com/company/allianz-worldwide-care

Este documento é uma tradução em português da versão original em inglês. A versão original inglesa deste documento é a versão autoritária. Em caso de existir discrepâncias entre a versão traduzida e a versão original inglesa, informamos que a versão inglesa já é legalmente vincular por si mesma.

A AWP Health & Life SA é regulada pela Autoridade Francesa de Supervisão Prudencial, localizada em 4 place de Budapest, CS 92459, 75 436 Paris Cedex 09, França.

A AWP Health & Life SA, atuando sob sua sucursal na Irlanda, é uma empresa de sociedade anônima regida pelo Código de Seguros Francês. A empresa é registrada na França sob o número: sob o número: 401 154 679 RCS Bobigny. A sucursal da Irlanda é registrada pelo órgão Irlandês "Irish Companies Registration Office" sob o número: 907619. Endereço: 15 Joyce Way, Park West Business Campus, Nangor Road, Dublin 12, Irlanda. A Allianz Care e Allianz Partners estão registradas como razões sociais da AWP Health & Life SA.

DOC-IBG-pt-BR-1218