



Guia de Benefícios para Funcionários

Summit - Planos Internacionais de Saúde

Válido a partir de 1° de agosto de 2023

Bem-vindo (a)

Você e sua família podem agora contar conosco como sua seguradora internacional de saúde para ter acesso ao melhor atendimento médico possível.

Este guia possui duas partes: a seção “Como usar a sua cobertura” contém um resumo de todas as informações importantes que você provavelmente irá usar com frequência. 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 junto com o seu Certificado de Seguro e com a Tabela de Benefícios.

Como usar a sua cobertura

| | |
|---|----|
| Serviços de suporte | 5 |
| Entenda como sua cobertura funciona | 12 |
| Precisa de tratamento? | 16 |
| Informações adicionais sobre pedidos de reembolso | 22 |

Termos e condições de sua cobertura

| | |
|---|----|
| Termos e condições | 26 |
| Administração de sua apólice | 27 |
| Pagamento de prêmios | 32 |
| Os seguintes termos também se aplicam à sua cobertura | 34 |
| Proteção de dados | 37 |
| Sugestões e reclamações | 38 |
| Definições | 39 |
| Exclusões | 53 |

Este documento é uma tradução 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 original inglesa, informamos que a versão inglesa já é legalmente vinculada 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: 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 de suporte

Desejamos fornecer o alto nível de serviço que você merece. Nas próximas páginas descrevemos a gama completa de serviços que oferecemos. Siga lendo para saber o que está disponível para você.

Fale conosco, adoramos ajudar!

A nossa Central de Atendimento multilíngue 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 uma emergência.

Central de Atendimento

 **+353 1 645 4040**

Para consultar a lista completa de nossos números gratuitos, acesse:

www.allianzcare.com/pt/pages/toll-free-numbers.html

 **client.services@e.allianz.com**

Você sabia...

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

Serviços digitais MyHealth

Através do aplicativo ou portal MyHealth, você tem acesso fácil e conveniente à sua cobertura, seja onde você estiver ou qual dispositivo você usar.

Funcionalidades do aplicativo e do portal on-line MyHealth



Minha apólice

Acesso a documentos da apólice e à Carteira do Segurado em qualquer lugar.



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 multilíngue, disponível 24 horas. Chat ao vivo também está disponível (apenas no portal on-line e em inglês).



Verificador de sintomas

Para uma avaliação rápida e fácil de seus sintomas.



Buscador de provedores médicos

Encontre provedores médicos perto de você.



Assistente de farmácia

Pesquise os nomes de medicamentos locais equivalentes aos medicamentos de marca.



Tradutor de termos médicos

Traduza os nomes de doenças comuns em 17 idiomas.



Contato de emergência

Acesse números locais de emergência no mundo todo.

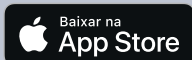
Recursos úteis adicionais

- Atualize seus dados on-line (e-mail, número de telefone, senha, endereço (se for o mesmo país que o endereço anterior), preferências de marketing, etc.).
- Visualize o saldo disponível sob cada benefício incluído em sua Tabela de Benefícios.
- Pague seu prêmio on-line e confira os pagamentos recebidos.
- Adicione ou altere dados de cartão de crédito (se você for responsável pelo pagamento de seu prêmio, ao invés de sua empresa).

Todos os dados pessoais dentro dos Serviços Digitais MyHealth são criptografados para proteção de dados.

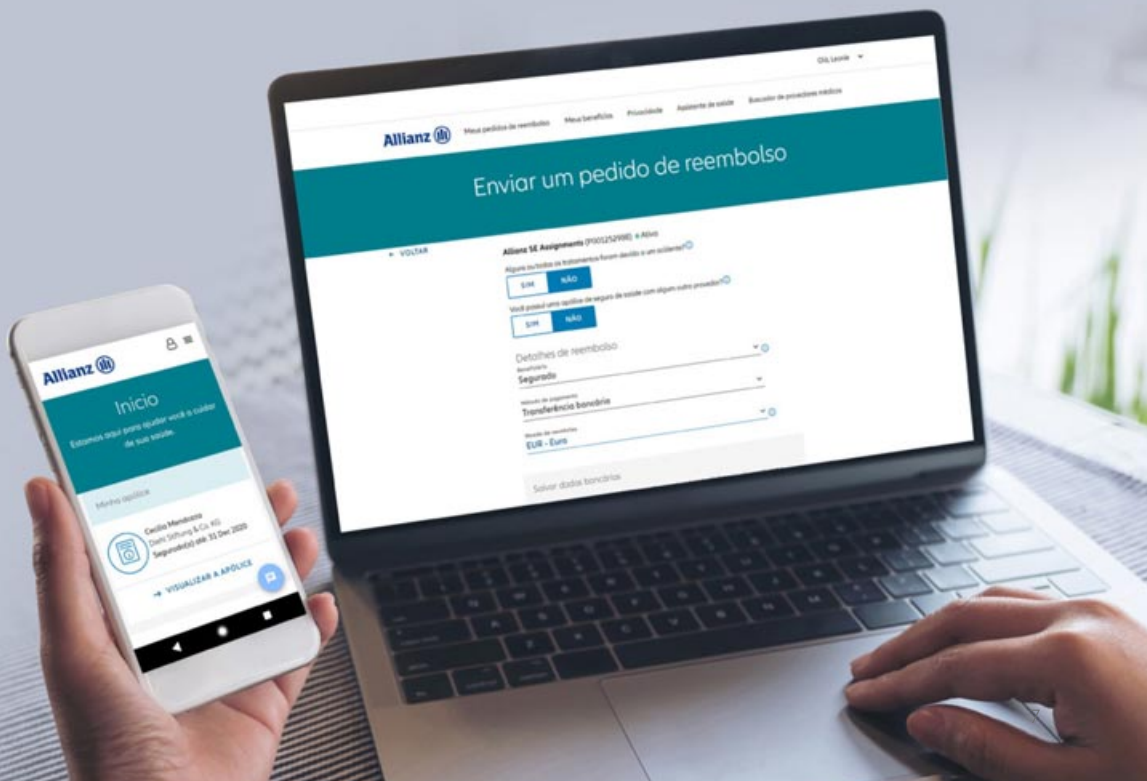
Informações de acesso:

1. Faça o login no MyHealth On-line para registrar-se. Acesse my.allianzcare.com/myhealth, clique em "Registre-se aqui" no final da página e siga as instruções que aparecem na tela. Esteja com o número de sua apólice em mãos. Você pode encontrá-lo no Certificado de Seguro.
2. Ou, se preferir, você pode se registrar usando o aplicativo MyHealth. Para baixá-lo, procure "Allianz MyHealth" na App Store da Apple ou no Google Play para Android.



3. Após a configuração, você pode usar o e-mail (nome de usuário) e senha fornecidos durante o processo de registro no portal on-line ou aplicativo MyHealth. Os mesmos detalhes de login são usados para ambos e, no futuro, se você alterar os detalhes de login de um, ele será automaticamente aplicado ao outro. Você não precisa alterar em ambos os serviços. Também oferecemos uma opção de login biométrico no aplicativo, por exemplo com validação da face (Face ID) ou leitura de impressão digital (Touch ID), quando compatível com seu dispositivo.

Para mais informações, visite www.allianzcare.com/pt/myhealth.html



Serviços on-line para segurados

Em www.allianzcare.com/members você pode:

- pesquisar por provedores médicos (você não está restrito a usar os provedores médicos listados em nosso diretório);
- baixar formulários;
- acessar nossos Guias de Saúde;
- acessar o “My Expat Life” (apenas em inglês), um portal com tudo sobre a mudança para o exterior desde o planejamento da viagem até como se adaptar ao seu novo país de residência.

Segunda opinião médica**

Como seu parceiro de saúde, nosso objetivo é proporcionar-lhe paz de espírito. Você foi diagnosticado com uma doença grave ou aconselhado a fazer uma cirurgia? Você precisa de ajuda especializada sobre as melhores opções de tratamento disponíveis e onde obter o tratamento mais adequado? Como parte de sua cobertura, você tem acesso ao nosso serviço de Segunda Opinião Médica.

Quando você acessa este serviço, atribuímos a você um gerente de caso médico exclusivo, ou seja, um profissional de saúde de nossa própria equipe médica para orientá-lo e auxiliá-lo. O seu gerente de caso médico pedirá que você forneça todas as informações necessárias sobre o seu caso médico. Assim que ele obtiver todos os detalhes sobre o seu caso, ele o ajudará a encontrar um hospital, médico ou especialista para a Segunda Opinião Médica e fornecerá a opinião para você.

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

 **+353 1 645 4040**

 **medical.smo@e.allianz.com**

...e solicite o serviço de Segunda Opinião Médica. Você deverá fornecer o seu número de apólice para identificação.



Serviços ao segurado inclusos na sua cobertura

Sua apólice não cobre apenas suas despesas médicas. Também inclui uma variedade de serviços gratuitos para membros. Consulte a sua Tabela de Benefícios para confirmar quais dos benefícios abaixo estão incluídos na sua cobertura.



Olive — nosso programa de saúde e bem-estar

Desenvolvido para motivar e guiar você para uma vida mais saudável. Ele inclui acesso a:

- **Portal de Saúde e Bem-Estar**, que oferece avaliações de saúde online, webinários sobre bem-estar apresentados por especialistas, artigos sobre assuntos como sono e nutrição, etc.
- **Nosso aplicativo de fitness**, que, ao conectar-se a smartphones, smartwatches e outros aplicativos, monitora o número de passos caminhados, as calorias queimadas, o horário de sono e muito mais. Você também pode participar de desafios com outros usuários e/ou definir suas metas e planos de bem-estar.
- **Aplicativo de coaching mental**, seu assistente virtual para falar sobre seus sentimentos. Você também pode conversar com um profissional de saúde mental quando quiser um toque mais pessoal.



Plataforma de Telessaúde — serviços de consulta por vídeo

Se o seu plano inclui cobertura para serviços de videoconsulta, você tem acesso direto a consultas médicas online. Com o Portal de Telessaúde, você pode economizar tempo consultando um médico via vídeo, do conforto da sua casa ou escritório. Oferecendo um serviço seguro e confidencial, nossa rede de médicos de telessaúde pode fornecer aconselhamento médico, recomendar tratamentos e oferecer prescrições para questões não emergenciais. As prescrições estarão disponíveis se o seu plano oferecer cobertura e se a regulamentação local permitir.



PAE — Programa de Assistência ao Empregado

Quando situações desafiadoras surgem na vida ou no trabalho, nosso PAE fornece a você e seus dependentes um apoio imediato e confidencial. O serviço inclui:

- Aconselhamento profissional confidencial por telefone, vídeo ou presencialmente sobre assuntos como estresse, equilíbrio entre vida pessoal e profissional, parentalidade, ansiedade, choque cultural, preocupações com vício, etc.
- Serviços de encaminhamento jurídico e financeiro, para, por exemplo, comprar uma casa, lidar com uma disputa jurídica ou criar um plano financeiro.




Serviços de Segurança em Viagens

Acesso 24 horas, 7 dias por semana, a informações e conselhos de segurança pessoal para suas viagens, muito necessárias na medida em que o mundo testemunha um constante aumento nas ameaças à segurança. Você pode acessar:

- **Linha de Assistência a Emergências de Segurança**, para falar com um especialista em segurança sobre quaisquer preocupações relacionadas a seu destino de viagem.
- **Serviço de inteligência**, que oferece informações de segurança e orientações sobre muitos países.
- **Atualizações diárias de notícias sobre segurança**, para receber alertas por e-mail sobre eventos de alto risco nas proximidades de sua localização, incluindo terrorismo ou riscos climáticos severos.

Para saber mais ou acessar os serviços ao segurado acima, consulte:

 www.allianzcare.com/pt/recursos/recursos-para-segurados.html

***Certos serviços que podem estar incluídos em seu plano são oferecidos por fornecedores terceirizados fora do grupo Allianz, como, por exemplo, o Programa de Assistência ao Empregado, os Serviços de Segurança em Viagens, o aplicativo de fitness e os serviços de Segunda opinião médica e telemedicina. Caso estejam incluídos em seu plano, esses serviços estarão listados na sua Tabela de Benefícios. Esses serviços são disponibilizados a você mediante sua aceitação dos termos e condições da sua apólice e dos termos e condições das terceiras partes envolvidas. Esses serviços podem estar sujeitos a restrições geográficas. O aplicativo de fitness não fornece conselhos médicos ou de saúde, e os recursos de bem-estar contidos no Olive são apenas para fins informativos. O aplicativo de fitness e os recursos de bem-estar contidos no Olive não devem ser considerados como substitutos do aconselhamento profissional (médico, físico ou psicológico). Eles também não substituem o diagnóstico, tratamento, avaliação ou cuidados que você possa precisar de seu próprio médico. Você entende e concorda que a AWP Health & Life SA - Sucursal na Irlanda e AWP Health & Life Services Limited não são responsáveis por qualquer indenização, perda ou dano como resultado direto ou indireto do uso de quaisquer dos serviços terceirizados citados acima.*



Entenda como sua cobertura funciona

O que o meu plano cobre?

Você e seus dependentes estão cobertos para tratamentos médicos, assim como custos, serviços e materiais relacionados que considerarmos medicamente necessários, tal como indicado em sua Tabela de Benefícios. Os benefícios estão sujeitos a:

- Definições da apólice e exclusões (disponíveis neste guia)
- Para apólices com subscrição médica total: Quaisquer condições especiais indicadas em seu Certificado de Seguro (e no Formulário de Condições Especiais emitido antes do início da apólice, quando relevante)
- Custos razoáveis e costumeiros são aqueles considerados habituais no país onde o tratamento é realizado. Apenas reembolsaremos provedores médicos cujos custos estejam de acordo com os procedimentos médicos padrão e geralmente aceitos. Quando o pedido de reembolso for julgado inapropriado, nós nos reservaremos o direito de declinar ou reduzir o valor a ser pago.

Nós geralmente cobrimos condições preexistentes (incluindo condições crônicas preexistentes) a não ser que estiver indicado o contrário em seus documentos da apólice. Em caso de dúvidas, consulte sua Tabela de Benefícios para confirmar se doenças preexistentes estão cobertas.

Se você tiver dúvidas quanto à cobertura do seu tratamento médico planejado, entre em contato com nossa Central de Atendimento.

Onde posso receber tratamento?

Você pode receber tratamento em qualquer país dentro de sua área geográfica de cobertura, tal como descrito no seu Certificado de Seguro.

Se o tratamento médico necessário estiver disponível localmente, 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, exceto suas despesas de viagem.

Se o tratamento elegível não estiver disponível no local, e sua cobertura incluir o benefício apropriado de "Evacuação médica", as despesas de viagem para o centro de excelência médica mais próximo também serão cobertas. Para solicitar o reembolso de despesas médicas e de viagem, você deverá preencher o Formulário de Pré-autorização e enviar-nos antes de viajar.

Você está coberto para as despesas incorridas no seu país de origem, desde que este esteja localizado na sua área geográfica de cobertura.

Quais são os limites dos benefícios?

A sua cobertura pode estar sujeita a um limite máximo do plano. Esse é o valor máximo que pagaremos no total para todos os benefícios incluídos no plano por membro, por ano de vigência do seguro.

Se a sua cobertura tem um limite máximo de plano, ele será aplicado mesmo quando:

- O termo "Reembolso total" aparece próximo ao benefício.
- Um limite de benefício específico se aplica, ou seja, quando o benefício está limitado a uma quantia (por exemplo, € 10,000).

Os limites de benefício poderão ser fornecidos "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, além do limite do benefício, pagaremos uma porcentagem dos custos relativos ao benefício específico, como por exemplo, "80%".

Benefícios relacionados à maternidade

Os benefícios "Rotinas de maternidade" e "Complicações na gravidez e no parto" são reembolsados "por gravidez" ou "por ano de vigência do seguro". Sua Tabela de Benefícios confirmará o que está coberto.

Se os seus benefícios de maternidade são pagos "por gravidez"

Quando uma gravidez abrange dois anos de seguro e as mudanças de limite de benefício na renovação da apólice, aplicam-se as seguintes regras:

- No primeiro ano: os limites dos benefícios se aplicam a todos os gastos elegíveis.
- No segundo ano: os limites atualizados se aplicam a todas as despesas elegíveis incorridas no segundo ano, menos o valor total do benefício já reembolsado no primeiro ano.
- Se o limite do benefício diminuir no segundo ano e já tivermos pago até ou além desse novo valor para os custos elegíveis incorridos no primeiro ano, não pagaremos nenhum benefício adicional no segundo ano.

Limite para bebês nascidos de partos múltiplos resultantes de reprodução assistida, nascidos de mãe substituta, adotados ou tutelados

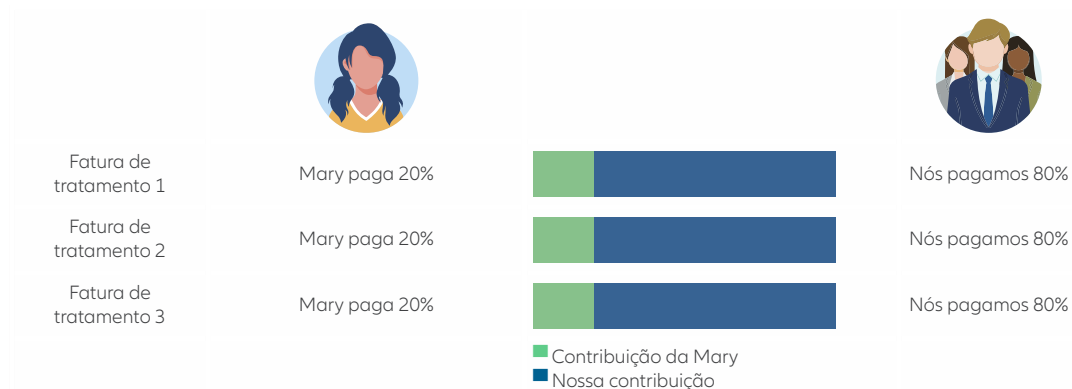
Há um limite para o tratamento hospitalar para os três primeiros meses após o nascimento se o bebê:

- nasceu de uma mãe substituta.
- é adotado.
- é tutelado.
- nasceu de parto múltiplo resultante de reprodução assistida.

O limite é de £ 24,900/€ 30,000/US\$ 40,500 por criança e será aplicado antes de qualquer outro benefício de seu plano. Tratamentos ambulatoriais serão pagos sob os termos do Plano Ambulatorial.

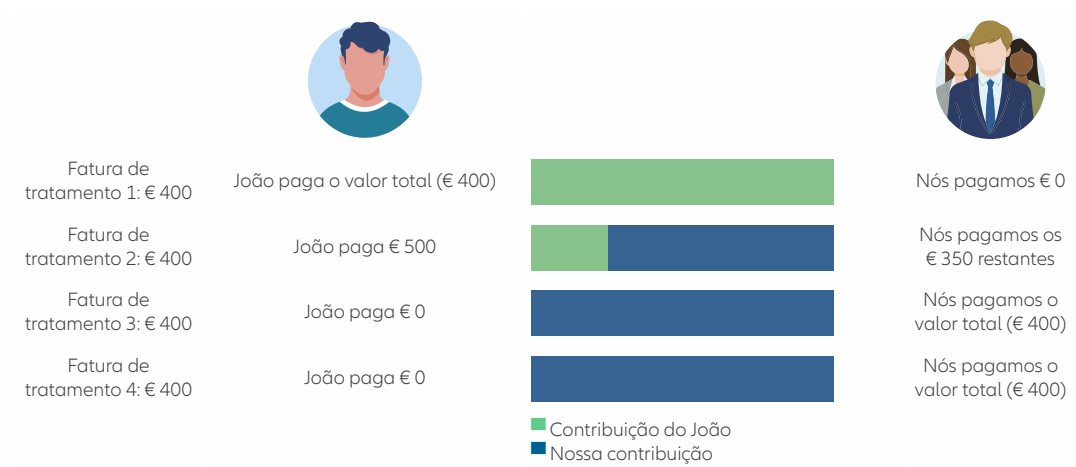
O que são copagamentos?

Um copagamento é quando você paga uma porcentagem das despesas médicas. Sua Tabela de Benefícios mostrará se isto se aplica ao seu plano. No exemplo a seguir, Mary precisa de diversos tratamentos odontológicos ao longo do ano. Seu benefício de tratamento odontológico possui um copagamento de 20%, o que significa que pagaremos 80% dos custos de cada tratamento qualificável. O total do valor reembolsável pode estar sujeito ao um limite máximo do plano.



O que são franquias?

Uma franquia, também conhecida no jargão de plano de saúde como “dedutível” ou “excesso”, é um valor fixo que você deve pagar pelos seus gastos médicos por período de cobertura antes de começarmos a reembolsar seus pedidos de reembolso. Sua Tabela de Benefícios mostrará se isto se aplica ao seu plano. No exemplo a seguir, João precisa receber tratamento médico ao longo do ano. O plano dele inclui uma franquia de € 450.



Precisa de tratamento?

Sabemos que procurar tratamento pode ser estressante. Siga os passos abaixo para que possamos cuidar dos detalhes – enquanto você se concentra em ficar bem.

Verifique o seu nível de cobertura

Primeiramente, verifique se o seu plano oferece cobertura para o tratamento que você precisa receber. Sua Tabela de Benefícios confirmará o que está coberto. Porém, você pode entrar em contato com a nossa Central de Atendimento sempre que tiver dúvidas.

Certos tratamentos exigem pré-autorização

Confira na Tabela de Benefícios quais tratamentos requerem nossa pré-autorização (por meio de um formulário de Pré-autorização). Estes são principalmente tratamentos hospitalares e de alto custo. Esse processo de pré-autorização nos ajuda a avaliar cada caso, a organizar tudo com o hospital antes da sua chegada e a facilitar o pagamento direto de sua conta hospitalar, quando possível.

Salvo acordo em contrário entre nós e a sua empresa, se a Pré-autorização não for obtida serão aplicadas as seguintes condições:

- Se for provado posteriormente que o tratamento era clinicamente necessário, **nós nos reservamos o direito de declinar o seu pedido de reembolso.**
- Se for provado posteriormente que o tratamento era clinicamente necessário, pagaremos apenas **80%** para benefícios de assistência hospitalar e **50%** para os outros benefícios.

Como receber tratamento hospitalar (é necessária autorização prévia)



Baixe o formulário de Pré-autorização em nosso site:
www.allianzcare.com/pt/recursos/recursos-para-segurados.html



Envie o formulário preenchido para nós pelo menos cinco dias úteis antes do início do tratamento.

Você pode enviá-lo por e-mail ou correio para o endereço indicado no formulário.



Contataremos o hospital diretamente para organizar o pagamento de suas faturas, quando possível.



Em casos de emergência:

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

Se você for hospitalizado, 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. Podemos receber informações referentes ao Formulário de Pré-autorização por telefone quando você nos ligar.

Se o tratamento estiver programado para começar em 72 horas, também poderemos receber informações referentes ao Formulário de Pré-autorização por telefone. É importante notar que podemos declinar seu pedido de reembolso caso a pré-autorização não seja obtida.



Solicitando o reembolso de gastos ambulatoriais, odontológicos e outras despesas

Se seu tratamento não requer nossa pré-autorização, você pode simplesmente pagar a fatura e solicitar o reembolso de suas despesas conosco. Neste caso, siga estes passos:



Receba o tratamento médico e pague ao provedor médico.



Obtenha uma fatura de seu provedor médico. Certifique-se de que na fatura constem claramente seu nome, data(s) do tratamento, o diagnóstico ou o quadro clínico tratado, a data de início dos sintomas, a natureza do tratamento e o valor total cobrado.



Solicite o reembolso dos custos elegíveis pelo nosso aplicativo MyHealth ou no portal on-line (www.allianzcare.com/pt/myhealth.html).

Basta fornecer alguns detalhes importantes, fotografar a sua fatura médica e clicar em "enviar".

Serviços de Evacuação e Repatriação

Ao primeiro sinal de que você precisa de uma evacuação ou repatriação médica, por favor ligue para a nossa Central de Atendimento 24 horas e nós cuidaremos disso. Dada a urgência, recomendamos que você ligue, se possível. No entanto, você também pode contatar-nos por e-mail: Se enviar um e-mail, por favor escreva "Urgente - Evacuação/Repatriação" no assunto da mensagem.

Entre em contato conosco antes de falar com quaisquer provedores, mesmo se eles contatarem você diretamente, para evitar custos excessivos ou atrasos desnecessários na 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@e.allianz.com



Buscando tratamento nos EUA

Se você conta com cobertura Mundial, oferecemos acesso prático a atendimento médico nos EUA, por meio de nosso parceiro terceirizado, para ajudar você a entrar em contato com provedores médicos no país.

Para ter acesso a tratamentos nos EUA, basta mostrar sua carteirinha de segurado ao seu provedor médico, o qual entrará em contato com nosso parceiro terceirizado para resolver qualquer papelada relacionada ao seu tratamento. Nós pagaremos o custo de seu tratamento elegível diretamente ao provedor médico, quando aplicável. Você será informado pelo provedor médico caso tenha de pagar uma parte dos custos.

Em caso de dúvidas ou solicitações de assistência relacionadas a tratamento nos EUA, veja as informações de contato no verso da sua carteirinha de segurado.

Para uma prescrição:

Se o seu plano inclui acesso à rede de farmácias Caremark, você pode obter certos medicamentos e produtos de farmácia nessas drogarias nos EUA com pagamento direto feito por nós. Todas as informações que você precisa para acessar a rede de farmácias Caremark estão na sua carteirinha de segurado ou em um cartão separado da Caremark.

Basta mostrar sua carteirinha de segurado ou o cartão da Caremark na farmácia da rede. O farmacêutico irá avisar se você precisar pagar uma parte dos custos, como no caso de um copagamento, por exemplo. Certifique-se de que a prescrição inclua a data de nascimento da pessoa para a qual o medicamento se refere.

Informações adicionais sobre pedidos de reembolso

Pedidos de reembolso

Antes de enviar um pedido de reembolso a nós, preste atenção nos pontos a seguir:

- a) **Prazo limite de envio:** Você deve enviar todos os pedidos de reembolso (através do nosso aplicativo ou portal MyHealth) em 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, você deve enviar seus pedidos de reembolso dentro do prazo máximo de seis meses após o término da cobertura. Após esse período, estaremos desobrigados de efetuar o pagamento do reembolso.
- b) **Envio dos pedidos de reembolso:** Você deve preencher um Formulário de Pedido de Reembolso distinto para cada pessoa e para cada quadro clínico que esteja motivando tal pedido.
- c) **Documentos de apoio:** Quando você nos envia cópias de documentos de apoio (p. Ex. faturas médicas), certifique-se de manter cópias originais. Temos 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 podemos solicitar comprovantes de pagamentos feitos por você das despesas médicas incorridas (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) **Franquia:** Se o valor do pedido de reembolso for inferior ao da franquia de seu plano, você pode:
 - Guardar todos os recibos de tratamento ambulatorial até que o valor total exceda aquele da franquia do seu plano.
 - Enviar cada pedido de reembolso após receber o tratamento. Quando você atingir o valor da franquia, iniciaremos o reembolso.Anexe todos os recibos e/ou faturas ao seu pedido de reembolso.
- e) **Moeda:** Especifique a moeda em que você gostaria de ser reembolsado. Em raras ocasiões, certas regulamentações bancárias internacionais não nos permitem realizar o pagamento na moeda solicitada. Caso isso aconteça, identificaremos uma 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 na data em que pagamos o seu pedido de reembolso.
Observe que nos reservamos o direito de escolher a taxa de câmbio aplicável.

- f) **Reembolso:** Reembolsaremos apenas os custos incorridos como resultado de tratamentos elegíveis dentro dos limites da sua apólice, após levarmos em consideração a necessidade de pré-autorização. Também analisaremos quaisquer franquias ou copagamentos indicados na Tabela de Benefícios ao calcular a quantia a ser reembolsada.
- g) **Custos razoáveis e costumeiros:** Reembolsaremos apenas custos que sejam razoáveis e costumeiros, e que vão de acordo com os procedimentos médicos padrão e geralmente aceitos. Se considerarmos um pedido de reembolso inadequado, nos reservamos o direito de declinar seu pedido ou reduzir o valor a ser pago.
- h) **Depósitos:** Caso você tenha que pagar um depósito antes do início de qualquer tratamento médico, reembolsaremos os gastos somente após o final do tratamento.
- i) **Envio de informações:** Você e seus dependentes concordam em nos ajudar a obter todas as informações que precisamos para processar 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 nossos médicos. Todas as informações terão caráter confidencial. Nos reservamos o direito de não oferecer cobertura para seus benefícios caso você ou seus dependentes não colaborem na obtenção da informação que precisamos.

Reembolso por morte acidental

Caso seu plano inclua o benefício de “Morte por acidente”, o pedido de indenização deve nos ser notificado dentro de 90 dias úteis após a data da morte do segurado.

Por favor, nos envie o seguinte:

- 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 (por exemplo, se são casados ou tem filhos).
- Para os beneficiários, um documento de identidade e também um documento que comprove o relacionamento com a pessoa segurada.

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

- O cônjuge ou parceiro do segurado, a não ser que este esteja separado legalmente.
- Na ausência de um cônjuge ou parceiro, os filhos vivos do segurado (incluindo enteados e filhos adotivos) e filhos nascidos até 300 dias após a 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, caso um deles já tiver falecido.
- 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 caso o segurado e um ou todos os beneficiários falecerem no mesmo incidente, 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 com a maior brevidade possível quando estiver solicitando tratamento que você necessita como resultado da falha de alguma outra pessoa – por exemplo, se você precisar de tratamento após um acidente de trânsito em que você foi vítima. Tome todas as providências cabíveis que solicitarmos para obter dados sobre o seguro da pessoa que causou o incidente. Podemos então recuperar da outra seguradora o custo do tratamento pago por nós. Se você conseguir recuperar diretamente o custo de qualquer tratamento pelo qual tenhamos pago, você precisará repassar o montante (e quaisquer juros relacionados) a nós.

Termos e condições de sua cobertura



Termos e condições

Esta seção descreve os benefícios e as regras referentes à sua apólice de seguro-saúde. Leia este guia junto com o seu Certificado de Seguro e com a Tabela de Benefícios.

- O **Certificado de Seguro** detalha o(s) plano(s) e área geográfica que sua empresa escolheu para você e seus dependentes (se aplicável). Ele também especifica a data de início e de renovação da sua cobertura. Para apólices com subscrição médica total, este documento apresentará quaisquer termos especiais que se aplicam a sua cobertura. Observe que enviaremos um novo Certificado de Seguro se precisarmos registrar quaisquer alterações em sua apólice. Essas podem ser alterações que sua empresa solicite ou alterações que temos o direito de fazer. Elas também podem ser alterações que você solicite (como a adição de um dependente) - desde que sua empresa aprove e nós aceitemos.
- Sua **Tabela de Benefícios** detalha o(s) plano(s) selecionados por sua empresa, e os benefícios disponíveis a você. Essa tabela também especifica quaisquer benefícios/tratamentos que requerem que você envie o Formulário de Pré-autorização. O documento confirma se limites específicos de benefícios, períodos de carência, franquias e/ou copagamentos são aplicáveis ao seu plano. A sua Tabela de Benefícios será emitida na moeda estabelecida por sua empresa (ou por você, caso seja o responsável pelo pagamento do prêmio do seguro).

Para obter maiores detalhes sobre o seu contrato de seguro, informe-se com o administrador da conta corporativa da sua empresa. Observe que os termos e condições de sua cobertura poderá mudar de tempo em tempo, conforme acordado com a empresa.

Administração de sua apólice

Quando a cobertura começa para você e seus dependentes

Sua cobertura é válida a partir da data de início indicada no Certificado de Seguro, e continuará em vigor até a data de renovação do grupo (também especificada no Certificado de Seguro). Geralmente, o contrato tem a duração de um ano de vigência do seguro, salvo acordo em contrário entre sua empresa e nós, ou caso você se torne nosso segurado durante o ano do contrato. Ao final desse período, sua empresa poderá renovar o contrato com base nos termos e condições aplicáveis naquele momento. Você estará obrigado ao cumprimento dessas cláusulas.

A cobertura para dependentes (se aplicável) é válida a partir da data de início indicada no seu Certificado de Seguro mais recente, e que apresenta essas pessoas como seus dependentes. A cobertura dos seus dependentes poderá continuar enquanto você fizer parte do esquema de grupo e, para filhos, até eles atingirem a idade limite. Seus filhos dependentes estarão cobertos pela apólice até o dia anterior ao completarem 18 anos, ou 26 anos, se estiverem estudando em tempo integral. Após atingirem a idade máxima para dependentes, estes poderão solicitar sua própria cobertura sob um de nossos Planos de Saúde para Indivíduos e Famílias.

Inclusão de dependentes

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

Você pode solicitar a inclusão de qualquer membro de sua família ao seu plano como dependente, desde que esteja autorizado a fazê-lo nos termos do acordo entre sua empresa e nós. O processo é diferente para apólices com subscrição médica total, com moratória e sem subscrição médica, conforme detalhado abaixo. Consulte seu Certificado de Seguro para confirmar quais termos de subscrição médica se aplicam a sua apólice. Além disso, caso o dependente que você deseja adicionar seja um recém-nascido, consulte o parágrafo sobre “Limites de tratamento hospitalar para dependentes recém-nascidos” abaixo.

Apólices com subscrição médica total

Para solicitar a inclusão de qualquer membro da sua família, basta preencher o formulário de solicitação relevante. Seus dependentes passarão por uma avaliação e, se aceitos, a cobertura começará a partir da data de aceitação.

No entanto, caso o dependente que você deseja adicionar seja um recém-nascido, siga as orientações abaixo.

Como posso adicionar um recém-nascido à minha apólice?

Envie um e-mail, com o certificado de nascimento em anexo, dentro de quatro semanas após o nascimento para underwriting@e.allianz.com. Com exceção de bebês nascidos de partos múltiplos, aceitaremos o bebê sem subscrição médica 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 no mínimo oito meses consecutivos. A cobertura começará a partir do nascimento.

O que acontece se eu não enviar a notificação do nascimento dentro de quatro semanas?

A criança será submetida a uma avaliação e, se aceita, a cobertura começará a partir da data de aceitação.

E se eu estiver adicionando vários bebês (como gêmeos, trigêmeos, etc.)?

Bebês nascidos de partos múltiplos serão submetidos a uma avaliação médica e, se aceitos, a cobertura começará a partir da data de aceitação.

Apólices com moratória

Para solicitar a inclusão de qualquer membro da sua família, basta preencher o formulário de solicitação relevante. Se aceito, será aplicada uma nova moratória para esse dependente e a cobertura terá início a partir da data em que fomos notificados ou a partir de uma data posterior, caso seja solicitado dessa forma.

No entanto, caso o novo dependente seja um recém-nascido com menos de quatro semanas de vida, mas cujos pais não tenham sido nossos segurados por um período contínuo de pelo menos oito meses corridos, será preciso preencher o Formulário de Solicitação. Vamos analisar o Formulário de Solicitação e confirmar a data em que concordamos adicionar o recém-nascido à apólice. Uma nova moratória será aplicada ao novo dependente.

Apólices sem subscrição médica

Para adicionar um membro da família como dependente em sua apólice, simplesmente avise a empresa e eles organizarão o processo conosco.

No entanto, caso o dependente que você deseja adicionar seja um recém-nascido, siga as orientações abaixo.

Como posso adicionar um recém-nascido à minha apólice?

Bebês recém-nascidos (incluindo bebês de parto múltiplo, bebês nascidos de uma mãe substituta, crianças adotadas e tuteladas) serão aceitos para cobertura desde o nascimento, desde que sejamos notificados dentro de quatro semanas da data de nascimento. Para adicionar um recém-nascido à sua apólice, você deve solicitar à sua empresa que submeta um pedido por escrito, incluindo uma cópia da certidão de nascimento, para a pessoa de contato habitual para alterações na lista de filiação.

O que acontece se eu não notificar minha empresa dentro de quatro semanas?

Se formos notificados quatro semanas ou mais após o nascimento, os recém-nascidos receberão cobertura a partir da data de notificação.

Limites para o tratamento hospitalar para dependentes recém-nascidos

Há um limite para tratamento hospitalar durante os três primeiros de vida do bebê quando ele:

- nasceu de uma mãe substituta.
- é adotado.
- é tutelado.
- nasceu de parto múltiplo resultante de reprodução assistida.

O limite é de £ 24,900/€ 30,000/US\$ 40,500 por criança e será aplicado antes de qualquer outro benefício de seu plano. Tratamentos ambulatoriais serão pagos sob os termos do Plano Ambulatorial.

Mudando de país de residência

É importante que você entre em contato com a nossa Central de Atendimento e avise seu administrador da conta corporativa caso mude de país de residência. Isto pode afetar sua cobertura ou prêmio, mesmo se você se mudar para um país dentro de sua área geográfica de cobertura, já que o seu plano atual pode não ser válido lá. Observe que a cobertura em alguns países está sujeita a restrições locais impostas às seguradoras de saúde, principalmente para residentes nesses países. É sua responsabilidade garantir que sua cobertura médica esteja de acordo com as exigências legais. Em caso de dúvida, nós recomendamos que você busque assessoria jurídica sobre o assunto, já que nossa cobertura pode não ser válida em seu novo país de residência. Nossa cobertura não substitui o seguro-saúde obrigatório local.

Alterações em seu endereço postal ou e-mail

Toda correspondência será enviada para os endereços de contato que temos em nossos registros, a menos que solicitado de outra forma. Você deverá nos informar por escrito o quanto antes sobre qualquer possível alteração em seu endereço residencial, profissional ou e-mail.

Correspondência

Quando você escrever para nós, envie por e-mail ou correio (com a postagem paga). Em geral, não devolvemos documentos originais, a menos que você nos solicite.

Renovação da cobertura

Se a sua empresa for responsável pelo pagamento do seu prêmio, a renovação da sua cobertura (e de seus dependentes, quando aplicável) é decisão de sua empresa.

Se você for responsável pelo pagamento de seu prêmio e sua empresa renovar sua cobertura (e de seus dependentes, quando aplicável), sua apólice será automaticamente renovada para o próximo ano de vigência do seguro, desde que:

- possamos continuar a fornecer cobertura em seu país de residência;
- todos os prêmios devidos a nós houverem sido pagos;
- 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.

Término de sua cobertura

Sua empresa pode terminar sua cobertura ou a de qualquer um de seus dependentes mediante notificação por escrito. Não podemos retrodatar o cancelamento da sua cobertura. A cobertura terminará automaticamente:

- ao final do ano de vigência do seguro, se o acordo entre nós e a sua empresa for rescindido.
- se sua empresa decidir terminar a cobertura ou não renovar sua cobertura.
- se sua empresa não pagar os prêmios ou não fizer qualquer outro pagamento devido nos termos do Acordo da Empresa.
- se você for o responsável pelo pagamento dos prêmios e não efetuar tais pagamentos ou qualquer outro pagamento devido nos termos do Acordo da Empresa conosco.

- quando você parar de trabalhar para a empresa.
- caso o funcionário segurado venha a falecer.

Podemos encerrar sua cobertura e a de seus dependentes se houver evidências razoáveis de que você ou seus dependentes tenham nos enganado ou tentado nos enganar. Por exemplo, nos fornecendo informações falsas, omitindo informações necessárias ou associando terceiros para nos fornecer informações falsas, intencional ou inadvertidamente a fim de influenciar nossa decisão sobre:

- a aprovação de sua adesão ao plano (ou a deles).
- os prêmios que sua empresa tem a pagar.
- o direito a receber qualquer reembolso.

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.

É sua responsabilidade garantir que qualquer carteirinha de segurado fornecida a você ou seus dependentes seja destruída imediatamente quando sua filiação terminar. Caso você ou seus dependentes obtenham tratamento após o término da filiação, nós nos reservamos o direito de reaver o valor total de quaisquer despesas de tratamentos de você e/ou da empresa.

Solicitação de cobertura se a filiação ao grupo terminar

Se a sua cobertura sob os termos do Acordo da Empresa chegar ao fim, você poderá solicitar sua transferência para um de nossos Planos de Saúde Privados. Basta enviar um e-mail para nós (detalhes abaixo). A solicitação deverá ser enviada no prazo de um mês após você deixar a conta corporativa. Porém, observe que a sua apólice pode estar sujeita a uma avaliação médica. Se aceitarmos a sua solicitação, a cobertura iniciará um dia após a sua saída da apólice de grupo.

© individual.sales@allianzworldwidecare.com

Pagamento de prêmios

Se sua empresa paga o prêmio do seu seguro

Na maioria dos casos, sua empresa é responsável pelo pagamento dos prêmios da sua apólice e de seus dependentes, caso estejam cobertos sob o Acordo da Empresa. Sua empresa também pode pagar outros impostos e taxas associados à sua cobertura (como o Imposto sobre o prêmio do seguro). Entretanto, você pode ser o responsável pelo pagamento dos impostos relacionados aos prêmios pagos pela sua empresa. Para obter mais informações, consulte sua empresa.

Se você paga o prêmio do seu seguro

Se você for o responsável pelo pagamento de seus prêmios, você deve nos pagar antecipadamente pelo período de sua cobertura. Seu Certificado de Seguro mostra o valor que sua empresa concordou conosco e a frequência de pagamento selecionada. Você precisa pagar o **prêmio inicial**, ou a primeira parcela do prêmio, imediatamente após aceitarmos sua filiação. Quando você receber sua fatura, verifique se o prêmio corresponde ao valor indicado na cotação acordada e, se houver alguma diferença, entre em contato imediatamente. Não somos responsáveis pelos pagamentos feitos por meio de terceiros. Os **prêmios subsequentes** terão como vencimento o primeiro dia do período escolhido para pagamento.

Quando aplicável, você também deverá nos pagar os seguintes impostos além do valor do seu prêmio:

- Imposto do Prêmio do Seguro (IPS)
- Imposto sobre o valor acrescentado (IVA)
- Outros impostos, arrecadações ou encargos relacionados à sua cobertura que legalmente tenhamos que pagar ou cobrar de você

Tais cobranças podem já estar em vigor no momento da aceitação de sua filiação, ou podem ser introduzidas (ou alteradas) futuramente. Sua fatura mostrará esses impostos. Se essas cobranças mudarem ou novos impostos forem introduzidos, escreveremos para informá-lo. Caso você não esteja de acordo com essas alterações, pode escolher terminar a sua cobertura. 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 da data depois de ser informado a respeito de tais alterações (prevalecendo a data mais tardia).

Em alguns países, você também pode ser obrigado a aplicar imposto retido na fonte. Neste caso, será sua responsabilidade calcular e pagar essa quantia às autoridades relevantes além de nos pagar o valor total do prêmio.

Todo ano, na ocasião da renovação da sua apólice, poderemos alterar a forma de calcular o seu prêmio e impostos, o valor a ser pago e/ou a forma de pagamento. No entanto, você será informado a respeito dessas alterações, e estas devem entrar em vigor apenas a partir da data de renovação. Se você desejar, você pode alterar a forma de pagamento na renovação da apólice. Para tanto, por favor envie-nos sua solicitação com pelo menos 30 dias de antecedência da data de renovação da apólice.

Caso você, por qualquer motivo, não possa pagar seu prêmio, por favor entre em contato conosco para que possamos discutir a respeito, já que se não pagar na data estabelecida você pode perder sua cobertura.

Os seguintes termos também se aplicam à sua cobertura

Lei aplicável: A sua apólice será regida pelas leis e tribunais do país indicado no Acordo da Empresa, a menos que seja requerido de outra forma pelas leis obrigatórias.

Cláusula de suspensão de sanções: Quaisquer pagamentos de benefícios, coberturas e reembolsos serão suspensos se qualquer elemento da cobertura, benefício, atividade, negócio ou negócio subjacente nos expor a:

- qualquer sanção, proibição ou restrição aplicável nos termos das resoluções das Nações Unidas; ou
- sanções comerciais ou econômicas, leis ou regulamentos da União Europeia, do Reino Unido ou dos Estados Unidos da América.

A suspensão acima continuará até que não estejamos mais expostos a qualquer sanção, proibição ou restrição.

Quem está coberto: Somente os funcionários e seus dependentes, como descrito no Acordo da Empresa, são elegíveis para cobertura.

Os valores que pagaremos: Nossa responsabilidade para com o segurado está limitada aos valores indicados na Tabela de Benefícios e a qualquer endosso da apólice. O valor do reembolso, quer nos termos desta apólice, do esquema público de saúde ou de qualquer outro seguro, não excederá o valor da fatura.

Quem pode fazer alterações em sua apólice: Ninguém, exceto um representante nomeado ou administrador da conta corporativa, poderá fazer alterações em sua apólice em seu nome. As alterações são válidas somente quando acordado por sua empresa e por nós.

Quando a cobertura for fornecida por outra instituição: Podemos rejeitar um pedido de reembolso se você ou algum de seus dependentes tiver o direito de solicitar benefícios por meio de:

- um esquema público de seguro-saúde;
- qualquer outra apólice de seguro;
- qualquer outro terceiro.

Se este for o caso, você precisará nos informar e fornecer todas as informações necessárias. 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 de você os valores pagos por nós e a cancelar a apólice.

Temos o direito de reclamar de terceiros qualquer quantia que pagamos por um pedido de reembolso, se os custos forem devidos ou também cobertos por eles. Podemos iniciar procedimentos legais em seu nome, às nossas custas, para conseguir isso. Isto se chama sub-rogação.

Não faremos qualquer contribuição, total ou em parte, a qualquer seguradora terceirizada se os custos forem total ou parcialmente cobertos por essa seguradora. Entretanto, se nosso plano cobrir um valor superior ao da outra seguradora, nós pagaremos o valor não pago por ela.

Circunstâncias fora do nosso controle (força maior): Sempre faremos o possível por você, mas não nos responsabilizamos por atrasos ou falhas em nossas obrigações causadas por coisas que estão fora do nosso controle razoável. Exemplos são 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 e expropriação por parte das autoridades governamentais.

Cancelamento e fraude:

a) **Para apólices com subscrição médica total** (sujeitas a avaliação), as informações que você e seus dependentes nos fornecem (por exemplo, no Formulário de Solicitação ou em documentos de apoio) devem ser precisas e completas. Informações incorretas ou a omissão de qualquer fato que possa afetar nossa avaliação de risco, podem resultar na anulação da apólice a partir de sua data de início. Você também deve nos informar sobre quaisquer condições médicas que possam surgir entre o preenchimento do formulário de solicitação e a data de início da apólice.

As condições médicas sobre as quais você não nos informa provavelmente não serão cobertas. Caso não tenha certeza se uma determinada informação é relevante, entre em contato conosco para que possamos esclarecer sua dúvida.

b) **Para apólices com moratória**, a cobertura da moratória será aplicada mesmo que você revele possíveis doenças preexistentes. Poderemos aplicar novos termos ao plano, anulá-lo ou cancelá-lo e/ou reduzir ou rejeitar quaisquer pedidos de reembolso com base em seus novos fatos materiais.

c) Não pagaremos quaisquer benefícios para um pedido de reembolso se:

- O pedido de reembolso for falso, fraudulento ou intencionalmente exagerado.
- Você ou seus dependentes ou qualquer outra pessoa agindo em seu nome utilizarem meios fraudulentos para obter benefícios sob esta apólice.

O valor de qualquer reembolso feito a você antes da descoberta de tal ação ou omissão fraudulenta nos será imediatamente revertido. Nós nos reservamos o direito de informar a sua empresa sobre qualquer atividade fraudulenta.

Entrando em contato com dependentes: Para que possamos administrar a sua apólice, podemos solicitar informações adicionais. Se precisarmos perguntar sobre um de seus dependentes (por exemplo, quando precisarmos coletar um endereço de e-mail para um dependente adulto), poderemos entrar em contato com você, como a pessoa que atua em nome do dependente, e solicitar as informações relevantes, desde que não sejam confidenciais. Da mesma forma, para o propósito de administração dos pedidos de reembolso, podemos enviar a você informações não sensíveis relacionadas a um membro da família.

Proteção de dados

O nosso Aviso de Proteção de Dados explica como protegemos a sua privacidade e processamos seus dados pessoais. Você deve ler este aviso antes de enviar-nos quaisquer dados pessoais. Para ler nosso Aviso de Proteção de Dados, visite:

 www.allianzcare.com/pt/privacidade/

Como alternativa, entre em contato conosco por telefone e solicite uma cópia impressa.


 + 353 1 645 4040

Se você tiver alguma dúvida sobre como utilizamos seus dados pessoais, envie um e-mail para:

 AP.EU1DataPrivacyOfficer@allianz.com

Sugestões e reclamações

A nossa Central de Atendimento é sempre o primeiro número a ser contactado 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@e.allianz.com

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

Lidaremos com sua reclamação de acordo com nosso procedimento interno de gestão de reclamações.

Para mais informações, visite:

 www.allianzcare.com/pt/procedimento-de-gestao-de-reclamacoes.html

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

Definições

As definições a seguir serão aplicadas em nossos Planos de Saúde. Consulte sua Tabela de Benefícios para conhecer os benefícios que se aplicam à sua cobertura. Se algum benefício específico for aplicável a seu plano, a definição do mesmo estará na seção “Notas”, ao final da sua Tabela de Benefícios. Sempre que aparecerem na documentação da sua apólice, as palavras ou frases a seguir terão o sentido definido a seguir:

A

Acidente

É um evento súbito e inesperado que causa lesões 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 semiparticular, como indicado na Tabela de Benefícios - quartos de luxo, executivos e suítes não têm cobertura. O benefício de acomodação hospitalar é aplicado apenas quando nenhum outro benefício hospitalar incluso em seu plano cobrir o tratamento hospitalar necessário. Por exemplo, se um segurado for hospitalizado para tratamento de câncer, a acomodação hospitalar será coberta sob o benefício de oncologia, ao invés de pelo benefício de acomodação hospitalar. Exemplos de benefícios que já incluem acomodação hospitalar (quando inclusos em seu plano) são: Psiquiatria e psicoterapia, transplante de órgãos, oncologia, rotinas de maternidade, atendimento paliativo e tratamento de longo prazo.

Aconselhamento médico

É qualquer opinião médica, recomendação médica ou informação dada por um profissional médico.

Acordo da empresa

O acordo que temos com o seu empregador, o qual permite que você e seus dependentes sejam nossos segurados. O acordo estabelece quem pode receber cobertura, quando a cobertura tem início, como ela é renovada e como os prêmios são pagos.

Administrador da conta corporativa

O representante designado da sua empresa atuando como o principal ponto de contato entre a empresa e a seguradora em assuntos relacionados à administração do plano, como participação no benefício, coleta de prêmios e renovação.

Agudo

É o surgimento repentino de sintomas ou de uma condição médica.

Ambulância local

É o transporte de ambulância necessário para uma emergência ou por necessidade médica até o hospital ou estabelecimento médico licenciado mais próximo, disponível 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 na data de expiração do Acordo da Empresa. O próximo ano de vigência do seguro coincide com o ano definido no Acordo da Empresa.

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.

Apneia do sono

Um distúrbio do sono caracterizado por pausas na respiração ou períodos de respiração superficial durante o sono. Se esse benefício estiver incluso em sua Tabela de Benefícios, forneceremos cobertura para o tratamento médico necessário e procedimentos diagnósticos relacionados a um diagnóstico confirmado ou suspeito de apneia do sono. Os custos cobertos por este benefício incluem honorários profissionais, um estudo do sono medicamente necessário, outros testes diagnósticos necessários, equipamentos médicos e medicamentos, até os limites indicados em sua Tabela de Benefícios. Observe que é necessária a comprovação da necessidade médica.

Atendimento paliativo

Refere-se ao tratamento continuado para aliviar o sofrimento físico/psicológico provocado por doenças progressivas e incuráveis, e para manter a qualidade de vida. O atendimento paliativo inclui tratamento hospitalar, ambulatorial ou em centro de cuidados diários após a confirmação de que a condição médica é terminal. 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 pós-natal

Refere-se ao atendimento médico rotineiro pós-parto recebido pela mãe, até seis semanas após o parto.

Atendimento pré-natal

São os exames comuns e os testes de acompanhamento necessários durante gravidez. Para mulheres com idade igual ou superior a 35 anos, estão incluídos testes triplo/de Bart, quádruplo ou espinha bifida, amniocentese e análise de DNA, quando diretamente vinculada a uma amniocentese qualificável.

B

Benefício pago em dinheiro ao paciente internado

Valor pago quando você recebe tratamento hospitalar gratuito para uma condição médica que seria coberta por seu plano, mas que é gratuito no país onde você foi tratado. Isso acontece quando o custo total da sua internação e tratamento hospitalar é financiado pelo serviço nacional de saúde. Como você não recebe nenhuma fatura, nem precisa pagar quantia alguma ao provedor médico, você não pode pedir reembolso a nós ou outra seguradora, já que não precisou gastar nada. Nesse caso, você pode pedir o pagamento do benefício pago em dinheiro ao paciente internado, limitado ao valor especificado na Tabela de Benefícios e que é pago após a alta do hospital.

C

Casos entre parentes mais próximos

Referem-se a pais, avós, irmãos ou filhos que já foram diagnosticados com a condição médica em questão.

Certificado de Seguro

É o documento emitido por nós que descreve os detalhes de sua cobertura. Ele confirma que você tem uma apólice de seguro de grupo conosco.

Circuncisão eletiva para meninos recém-nascidos

Custos de uma cirurgia para circuncisão eletiva realizada em meninos recém-nascidos dentro de 30 dias desde a data de nascimento, assim como quaisquer consultas de revisão relacionadas.

Cirurgia ambulatorial

É o procedimento cirúrgico executado em uma clínica, hospital ou consultório médico que não requer a sua estada noturna por necessidade médica.

Cirurgia de reconstrução

Custos de tratamento para recuperar a função ou aparência natural após um acidente que provocou desfiguramento ou após uma cirurgia realizada em decorrência de câncer. O benefício é fornecido apenas se o acidente ou cirurgia inicial acontecer durante seu período de cobertura.

Cirurgia odontológica

Inclui extrações cirúrgicas de dentes, assim como outras cirurgias - relacionadas a área odontológica como apicectomia e medicamentos odontológicos prescritos. Todos os procedimentos de investigação que estabelecem 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 tratamento cirúrgico relacionado a implantes dentários.

Cirurgia preventiva

Refere-se à mastectomia profilática ou ooforectomia profilática. Cobriremos os custos de uma cirurgia preventiva quando:

- Houver casos de câncer hereditário entre parentes mais próximos, como câncer de mama ou de ovário, na família do segurado 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: diabetes gestacional, pré-eclâmpsia, natimorto e mola hidatiforme. Observe que, em caso de gravidez ectópica, aborto natural ou ameaça de aborto, a cobertura será fornecida sob os benefícios de saúde da seguradora que não estão relacionadas à gravidez.

Complicações no parto

Apenas cesarianas medicamente necessárias, hemorragia pós-parto e retenção placentária.

Concepção assistida

Gravidez concebida após tratamento contra a infertilidade, incluindo gravidez concebida por meio de inseminação intrauterina, fertilização in vitro (FIV) ou por meio de qualquer outra tecnologia de reprodução assistida, assim como gravidez concebida dentro de um mês de uso de medicamento para fertilidade.

Condição médica aguda

É uma doença de duração breve, com um final definido e que, na nossa opinião razoável, baseada em aconselhamento ou conselho geral, pode ser curada.

Condições congênicas

Qualquer anormalidade, deformidade, doença, transtorno, distúrbio, malformação, defeito, anomalia ou lesão que seja hereditária ou tenha sido adquirida antes ou durante o parto. Uma condição congênita pode ser diagnosticada no nascimento ou mais tarde.

Condições médicas relacionadas

Qualquer lesão, doença ou condição médica que, com base em aconselhamento médico ou conselho geral, seja classificada por nós como resultante de uma ou mais condições médicas.

Conselho geral

É qualquer opinião ou recomendação médica proveniente de um corpo profissional credenciado relevante em relação a uma condição médica ou tratamento médico que confirma, de acordo com nossa opinião, uma prática ou opinião médica estabelecida.

Copagamento

É a porcentagem dos custos que você deve pagar. Por exemplo, se um benefício tem um reembolso de 80%, isso significa que se aplica um copagamento de 20%. Portanto, pagaremos 80% dos custos de cada tratamento elegível por segurado, por ano de seguro.

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. Cobriremos o benefício listado na Tabela de Benefícios se o médico decidir que é medicamente necessário que você permaneça em uma clínica de convalescença ou receba o atendimento de um enfermeiro em domicílio. A cobertura também deve ser aprovada pelo nosso diretor médico. Este benefício não cobre spas, centros de cura, resorts de saúde, atendimento paliativo ou tratamento de longo prazo.

Cuidados de recém-nascido

Os seguintes exames, procedimentos de diagnóstico e tratamentos essenciais, conforme necessário após o parto:

- exames costumeiros necessários para avaliar a integridade e funções básicas dos órgãos e estrutura óssea da criança;
- um exame auditivo;
- exames diagnósticos para fenilcetonúria (PKU), hipotireoidismo congênito e deficiência de G6PD;
- vacinas de vitamina K, BCG e contra hepatite B.

A cobertura não inclui procedimentos adicionais de diagnóstico preventivo, como coleta de amostras para exames de rotina ou classificação do tipo sanguíneo. No entanto, todas as pesquisas de acompanhamento e tratamento medicamente necessárias serão cobertas pela

apólice do recém-nascido (se este tiver sido adicionado como um dependente). O tratamento hospitalar para bebês nascidos de partos múltiplos resultante da reprodução assistida e para todos os bebês nascidos de uma mãe substituta, adotados ou tutelados, está limitado a £ 24,900/€ 30,000/US\$ 40,500 por criança para os primeiros três meses que se seguirem ao nascimento. Esse limite é aplicado antes de qualquer outro benefício sob seu plano. Tratamentos ambulatoriais serão pagos nos termos do Plano Ambulatorial.

Custos razoáveis e costumeiros

Refere-se ao custo padrão do tratamento no país de tratamento. Reembolsaremos apenas provedores médicos cujos custos sejam razoáveis e costumeiros, e que vão de acordo com os procedimentos médicos padrão e geralmente aceitos.



Data de início

Data em que você se inscreveu, ou em que se inscreveu novamente em caso de interrupção na sua cobertura.

Data de início de vigência

O primeiro dia de cobertura sob o plano durante o Ano de Seguro, conforme consta no seu Certificado de Seguro.

Dente natural

Refere-se a qualquer dente original, que não seja um implante ou substituto artificial.

Dentista

O profissional que:

- possui diploma primário em odontologia e/ou cirurgia odontológica de uma instituição de educação de medicina e/ou odontologia reconhecida por um corpo profissional credenciado relevante, e
- que seja licenciado pela autoridade relevante a praticar a odontologia e/ou cirurgia odontológica no país onde o tratamento é realizado.

Dependente

É o cônjuge ou parceiro e filhos não casados nomeados no Certificado de Seguro como seus dependentes. Filhos são cobertos até o dia anterior ao 18º aniversário deles; ou até o dia anterior ao 26º aniversário deles, se forem estudantes em tempo integral.

Despesas de acomodação 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 para tratamento elegível. Caso um leito não esteja disponível no hospital, nós contribuiremos com o equivalente à tarifa de uma diária em hotel três estrelas para quaisquer despesas

incorridas em acomodação 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 aos custos de transporte de uma pessoa acompanhando o segurado evacuado/repatriado. Se eles não puderem viajar no mesmo veículo, pagaremos por uma forma alternativa de transporte em tarifa econômica. Finalizado o tratamento, oferecemos cobertura também para a viagem de volta, em classe econômica, para o país desde onde a evacuação ou repatriação começou. A cobertura não inclui hospedagem em hotel ou outras despesas relacionadas.

Despesas de viagem de segurados acompanhando um membro de sua família em sua evacuação/repatriação

Referem-se aos custos de transporte padrão 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 todos os membros da família não puderem viajar no mesmo veículo com a pessoa evacuada/repatriada, pagaremos pelo transporte de ida e volta em tarifa econômica.

O benefício “Despesas de viagem de segurados acompanhando um membro de sua família em caso de repatriação” é coberto se você tiver um plano de repatriação. 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 parente próximo

Custos razoáveis de transporte de familiares segurados para estarem com um parente de primeiro grau que esteja em perigo de morte ou que tenha falecido (até o valor especificado em sua Tabela de Benefícios). A cobertura inclui uma viagem de ida e volta por segurado por Ano de Vigência do Seguro. No caso de um parente próximo falecido, a viagem deve começar dentro de seis semanas da data de sua morte.

Parentes próximos ou de primeiro grau incluem o cônjuge ou parceiro(a), pais (incluindo pais adotivos), padrastos, guardião legal, sogros, irmãos (incluindo irmãos adotivos, cunhados e cunhadas), filhos (incluindo filhos adotivos, tutelados ou enteados), genros, noras, avós ou netos.

Custos de transporte razoáveis são considerados custos de transporte de ida e volta nas tarifas econômicas. Ao solicitar o reembolso, inclua cópias dos bilhetes de viagem e da certidão de óbito ou um atestado médico que comprove o motivo da viagem. A cobertura não inclui hospedagem em hotel ou outras despesas relacionadas.

Despesas de viagem para acompanhantes em casos 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. Custos de transporte razoáveis são considerados custos de transporte de ida e volta nas tarifas econômicas. A cobertura não inclui hospedagem em hotel ou outras despesas relacionadas.

Despesas relacionadas ao enterro

O custo de enterro ou cremação ocorridos fora do país de origem ou principal país de residência. Não inclui custos cerimoniais relacionados, como comida e bebida, viagens, acomodação, flores e cartões de simpatia.

Disforia de gênero

A angústia que uma pessoa sente devido à incompatibilidade entre sua identidade de gênero e o sexo atribuído no nascimento.

Doenças preexistentes

São condições médicas cujos sintomas tenham sido apresentados em algum ponto durante a sua vida ou a de seus dependentes. Isto se aplica independentemente de você ou seus dependentes já terem recebido aconselhamento médico ou tratamento. Consideraremos preexistente qualquer condição que podemos razoavelmente assumir que você ou seus dependentes pudessem estar cientes.

Os termos sobre doenças preexistentes a seguir se aplicarão caso seu Certificado de Seguro confirme que seus termos de subscrição médica são subscrição médica completa ou EMPC/TTC, anteriormente conhecido como SMT:

Sua apólice cobrirá doenças preexistentes, a não ser que lhe informamos o contrário por escrito.

Também consideraremos preexistentes quaisquer doenças que possam surgir entre a data de preenchimento do Formulário de Solicitação e o último dos seguintes:

- A data de emissão do Certificado de Seguro ou
- A data de início de sua apólice

Doenças preexistentes estarão sujeitas à subscrição 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.

Os termos sobre doenças preexistentes a seguir se aplicarão caso seu Certificado de Seguro confirme que seus termos de subscrição médica são moratória ou EMPC/TTC, anteriormente conhecido como MORA:

Seu pedido de reembolso não será pago se for relacionado a uma doença preexistente caso uma ou mais das condições a seguir se apliquem durante o período de 24 meses antes da data de início (ou da data especificada no seu Certificado de Seguro):

- Era razoavelmente previsível que a condição médica ocorreria após a data de início.
- A condição médica podia ser constatada claramente.
- Você apresentou sinais ou sintomas da condição médica.
- Você pediu aconselhamento sobre a condição médica.
- Você recebeu tratamento para a condição médica, ou
- Você tinha conhecimento de que sofria da condição médica.

Depois de completar um período contínuo de 24 meses após a data de início, sua condição médica preexistente pode ser coberta, desde que você não tenha apresentado sintomas, não tenha necessitado ou recebido tratamento, medicação, dieta ou aconselhamento especial ou tenha quaisquer outras indicações da condição.

E

Emergência

É 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.

EMPC/TTC

Significam Exclusões Médicas Pessoais Contínuas e Termos de Transferência Contínuos. Essas siglas se referem à continuação dos mesmos termos de avaliação, incluindo quaisquer exclusões especiais e/ou sobretaxas aplicadas pela sua seguradora anterior. Você não estará sujeito a nenhum novo termo de subscrição pessoal. A cobertura ainda será regida pelos benefícios, termos e condições de seu plano conosco. Os termos de subscrição conosco podem ser EMPC/TTC, anteriormente conhecidos como Avaliação com Moratória (MORA), ou EMPC/TTC, anteriormente conhecidos como Subscrição Médica Total (SMT). Veja as definições de EMPC/TTC, anteriormente MORA, e EMPC/TTC, anteriormente SMT, para obter mais informações.

EMPC/TTC, anteriormente MORA

É a continuação da data de início da sua moratória se você tinha termos de subscrição médica com moratória com sua seguradora anterior. A cobertura ainda será regida pelos benefícios, termos e condições de seu plano conosco.

EMPC/TTC, anteriormente SMT

Refere-se à continuação dos seus termos de subscrição médica total que você tinha com sua seguradora anterior. A cobertura ainda será regida pelos benefícios, termos e condições de seu plano conosco.

Empresa

O seu empregador, cujo nome é mencionado no Acordo da Empresa.

Equipamentos médicos prescritos

Qualquer instrumento, aparelho ou dispositivo medicamente necessário para permitir que você mantenha habilidades condizentes com atividades da vida diária. Os exemplos incluem:

- 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.

Não cobriremos os custos de equipamentos médicos quando relacionados ao atendimento paliativo ou tratamento de longo prazo.

Especialista

É um médico 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.

Evacuação médica

Aplica-se aos seguintes cenários:

- se o tratamento necessário para o qual você tem cobertura não estiver disponível localmente.
- se não houver disponibilidade de sangue que tenha passado por triagem no ato da emergência.

Nós lhe transportaremos para o centro médico apropriado mais próximo (que pode ou não estar no seu país de origem) por ambulância, helicóptero ou avião. A evacuação médica deve ser solicitada pelo seu médico e será realizada da maneira mais econômica e que é apropriada para o seu quadro médico. Finalizado o tratamento, ofereceremos cobertura também para a viagem de volta, em transporte de classe econômica, para o seu país principal de residência.

Se você estava internado e não for autorizado por seu médico a viajar ou ser submetido à evacuação médica após a alta, 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.

Se você for transportado 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 seu país principal de residência. 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, tentaremos localizar e transportar sangue previamente testado e equipamento esterilizado para a transfusão, quando isso for aconselhado pelo médico que está realizando o tratamento e nossos especialistas médicos. Nós e nossos agentes não assumimos nenhuma responsabilidade se não obtivermos êxito ou se sangue ou equipamento contaminado for usado pela autoridade responsável pelo tratamento.

Você deve nos contatar ao primeiro sinal de que uma evacuação médica seja necessária. A partir deste momento, organizaremos e coordenaremos a evacuação até você chegar com segurança ao seu destino de atendimento. Se os serviços de evacuação não forem organizados por nós, nós nos reservamos o direito de recusar todos os custos incorridos.

Observe que você pode estar coberto também para "Evacuação médica não emergencial", caso este benefício esteja incluído na sua Tabela de Benefícios.

Exame auditivo anual

Exames ou consultas realizados por um especialista e sem que nenhum sintoma clínico esteja presente. Caso esse benefício esteja disponível no seu plano, cobriremos um exame por Ano de Vigência do Seguro. O benefício cobre os serviços a seguir:

- Consulta
- Exame de audiometria de tom puro
- Timpanometria

Exames de rotina e bem-estar, incluindo exames para a detecção de doenças em sua fase inicial

Testes ou exames realizados a um intervalo de tempo apropriado, sem que haja a presença de sintomas clínicos. Para que a cobertura seja válida, você precisa fazer esses exames de rotina e bem-estar em uma instituição médica licenciada, ou uma instituição de exames médicos licenciada que siga as diretrizes de práticas clínicas internacionais e seja aceita por nós.

Exames para a detecção de câncer

Exames de saúde, testes e consultas para a detecção da doença em sua fase inicial, realizados a um intervalo de tempo apropriado, sem que haja a presença de sintomas clínicos. A cobertura será válida se você fizer o exame para detecção de câncer em uma instituição médica licenciada ou uma instituição de exames médicos licenciada que siga as diretrizes de práticas clínicas internacionais e seja aceita por nós.

Exames para diagnóstico

São exames como raio X ou testes sanguíneos, realizados para fins de diagnóstico. Esses testes são cobertos quando você já está exibindo sintomas ou quando necessário após os resultados de outros exames médicos. Este benefício não cobre revisões anuais ou exames de rotina.

Exames pré-operatórios

Referem-se a exames ambulatoriais antes da cirurgia, realizados até 72 horas antes do tratamento hospitalar ou tratamento hospitalar sem internação coberto sob seu plano.

F

Fisioterapia pós-internação

Tratamento ambulatorial necessário dentro de 90 dias após a alta de um tratamento hospitalar ou em centro de cuidados diários com menos de 3 dias de duração.

Fisioterapia prescrita

Refere-se ao tratamento fornecido por um fisioterapeuta registrado, quando encaminhado por um médico. 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 tratamento deve ser revisto pelo médico que o encaminhou. Se precisar de mais sessões, você deverá nos enviar um novo relatório médico após cada 12 sessões, indicando a necessidade médica da continuidade do tratamento. 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. Isto inclui condições como obstrução nasal, transtornos neurogênicos (ex: paralisia lingual, lesão cerebral) ou desordens de articulação envolvendo a estrutura oral (ex: paladar fendido).

Franquia

Também conhecida no jargão de plano de saúde como "dedutível" ou "excesso", é a parte do custo que você deve pagar e que nós deduzimos da quantia que pagamos.

Quando franquias são aplicadas, estas devem ser pagas por pessoa e por ano do seguro, a menos que sua tabela de benefícios indique o contrário.

G

Gravidez

Refere-se ao período de tempo quando você está esperando um bebê, a partir da data do primeiro diagnóstico até o parto.

Grupos com subscrição médica completa

são grupos sujeitos à avaliação do histórico médico dos segurados.

Grupos não subscritos

Grupos que não estão sujeitos à avaliação dos dados de saúde dos segurados.

H

Histórico familiar

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

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. Esse benefício não inclui cobertura para honorários de psiquiatras, psicólogos ou qualquer tratamento que já seja coberto por outro benefício em sua Tabela de Benefícios. Não cobrimos tratamentos de especialistas que estejam excluídos sob a sua apólice.

Honorários de nutricionista

Refere-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.

Honorários médicos

Referem-se aos custos relacionados ao tratamento não-cirúrgico executado ou ministrado por um médico.

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.

I

Implantes de dentes

Próteses que interagem com o osso da mandíbula ou do crânio para suportar uma prótese dentária, como uma coroa, ponte ou dentadura. A cobertura será oferecida somente quando seu plano incluir um benefício específico para “Implantes de dentes”.

L

Limite ao longo de toda a vida

A quantia total que pagaremos para quaisquer custos elegíveis incorridos por você a qualquer momento durante o seu período de cobertura sob um ou mais planos com os mesmos benefícios ou equivalentes, mesmo que haja um intervalo na sua cobertura.

M

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 e curativos

Medicamentos quando prescritos por um médico para:

- O tratamento de uma condição médica ou diagnóstico confirmados
- Compensar substâncias vitais do organismo

A eficácia dos medicamentos prescritos deve ser clinicamente comprovada no tratamento da condição médica. Eles também devem ser reconhecidos pelo órgão farmacêutico regulamentador do país onde você usa a prescrição. Mesmo se, legalmente, for possível comprar um medicamento sem receita médica nesse país; você deve obter uma receita para que esses custos sejam cobertos. Você pode solicitar o reembolso de um suprimento de até 3 meses a partir da data da prescrição, sujeito ao período de tempo restante na apólice.

Médico

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

Moratória (MORA)

É um período de carência de 24 meses que começa na sua data de início ou na data especificada na seção de termos especiais no seu Certificado de Seguro, e que deve chegar ao fim antes que pedidos de reembolso para quaisquer condições médicas preexistentes se tornem elegíveis sob o plano. O termo Moratória inclui o termo de subscrição médica EMPCC/TTC, conhecido anteriormente como MORA. Depois de completar um período contínuo de 24 meses após a data de início, sua condição médica preexistente pode ser coberta, desde que você não tenha apresentado sintomas, não tenha necessitado ou recebido tratamento, medicação, dieta ou aconselhamento especial ou tenha quaisquer outras indicações da condição.

N

Necessidade médica

Refere-se a tratamentos, serviços ou materiais médicos que:

- são essenciais para identificar ou tratar sua condição, doença ou lesão.
- são coerentes com os sintomas, diagnóstico e tratamento de sua condição.
- estão de acordo com a prática médica geralmente aceita e os padrões profissionais de atendimento na comunidade médica atual (isto não se aplica a métodos de tratamentos complementares, caso estes façam parte de sua cobertura).
- são requeridos por outros motivos além do seu conforto ou conveniência ou de seu médico.
- têm valor médico comprovado e demonstrado (isto não se aplica a métodos de tratamentos complementares, caso estes façam parte de sua cobertura).
- são considerados como serviços ou suprimentos de tipo ou nível mais apropriados.
- são fornecidos em um estabelecimento apropriado, com instrumental apropriado e com o nível de cuidados apropriado para o tratamento das suas condições médicas.
- são 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. Em relação 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.

Nós/Nosso

AWP Health & Life.



Obesidade

É a condição diagnosticada quando a pessoa apresenta um Índice de Massa Corporal (IMC) maior que 30 (consulte a calculadora de IMC em: my.allianzcare.com/bmi-calc).

Óbito acidental

É um benefício, cujo o valor está indicado na sua Tabela de Benefícios, que será pago caso o membro 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), além de lentes e óculos para corrigir a visão.

Oncologia

Refere-se aos honorários de especialistas, exames para diagnósticos, radioterapia, quimioterapia e custos hospitalares incorridos em relação ao planejamento e à realização do tratamento do câncer, desde o diagnóstico. Também cobrimos os custos de uma prótese externa para fins cosméticos, como por exemplo uma peruca para perda de cabelo ou um sutiã protético devido ao tratamento do câncer.

Ortodontia

É o uso de aparelhos para corrigir a maloclusão (o desalinhamento dos dentes e mordida). Você conta com cobertura apenas para o tratamento ortodôntico que atenda aos critérios medicamente necessários descritos abaixo. Como os critérios são bastante técnicos, entre em contato conosco antes de começar o tratamento para que possamos confirmar que o procedimento atende a essas especificações.

Crítérios de necessidade médica:

- Aumento da superposição para acima de 6mm, mas menor ou igual a 9mm.
- Superposição reversa maior do que 3,5mm, sem nenhuma dificuldade de mastigação ou fala.
- Mordidas cruzadas anterior e posterior com uma discrepância maior que 2mm entre as posições de contato retroverso e a intercúspides.
- Deslocamentos graves de dentes: mais de 4.
- Mordidas abertas extremas laterais ou anteriores, maiores do que 4 mm.
- Sobremordida completa e aumentada com trauma gengival ou palatal.

- g) Hipodontia menos extensa, necessitando de ortodontia pré-restauradora ou ortodôntica para fechamento de espaço para evitar a necessidade de prótese.
- h) Mordida cruzada lingual posterior sem contato oclusal funcional em um ou ambos os segmentos bucais.
- i) Superposição reversa maior que 1mm, mas menor que 3,5mm, com dificuldade de mastigação e fala.
- j) Dentes parcialmente erupcionados, inclinados e impactos contra os adjacentes.
- k) Presença de número excedente de dentes.

Você vai precisar mais informações de apoio para mostrar que o tratamento é medicamente necessário e, portanto, coberto pelo seu plano. A informação de suporte requerida pode incluir, mas não se limita a:

- Um relatório médico emitido por um especialista em que conste o diagnóstico (tipo de má oclusão) e uma descrição dos seus sintomas causados pelo problema ortodôntico.
- Um plano de tratamento com estimativa de duração e custo do tratamento e tipo/material do aparelho usado.
- O pagamento acordado com o provedor médico.
- Comprovante de pagamento para 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)
- Qualquer outro documento que possa ser solicitado para a avaliação do pedido de reembolso.

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".

P

Pagamento direto

Acontece quando fazemos o pagamento dos serviços ou tratamento diretamente ao provedor médico da nossa rede de provedores médicos.

País de origem

É aquele para o qual você possui um passaporte válido em vigor ou é o seu país principal de residência.

País principal de residência

O país onde você e seus dependentes (se aplicável) moram por mais de seis meses durante o ano.

Parceiro

Refere-se à pessoa com quem você vive em uma relação conjugal por um período contínuo de 12 meses.

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. A sua Tabela de Benefícios mostra quais benefícios estão sujeitos a períodos de carência.

Periodontia

Refere-se ao tratamento de doenças gengivais.

Previsível

Condição médica que, de acordo com nossa opinião, pode ser razoavelmente antecipada.

Procedimentos cirúrgicos orais e maxilofaciais

Referem-se a tratamentos cirúrgicos na boca, mandíbulas, rosto ou pescoço 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.

A menos que você possua um Plano Odontológico, não cobriremos os seguintes procedimentos mesmo se forem realizados por um cirurgião oral e maxilofacial:

- Remoção cirúrgica de dente impactado
- Remoção cirúrgica de cistos
- Cirurgia ortognática para a correção de maloclusão

Profissionais médicos

São médicos habilitados pela legislação do país onde o tratamento é fornecido a exercer a medicina dentro dos limites de sua habilitação.

Profissional de saúde mental

É um profissional que trabalha na área de saúde, aconselhamento ou serviços sociais que oferece serviços com a finalidade de tratar problemas de saúde mental.

Prótese dentária

Coroas, blocos, incrustações, reconstruções/restaurações internas e externas e adesivas, pontes e dentaduras, bem como todos os tratamentos auxiliares necessários. Implantes de dentes não são cobertos sob o benefício "prótese dentária", mas podem estar incluídos na sua cobertura sob um benefício separado "Implantes de dentes".

Psiquiatria e psicoterapia

Referem-se ao tratamento de transtornos mentais, comportamentais e de personalidade, incluindo transtorno do espectro do autismo e disfunções alimentares. O tratamento deve ser realizado por um psiquiatra, psicólogo clínico ou psicoterapeuta licenciado. A condição médica deve ser clinicamente significativa e o tratamento deve ser medicamente necessário.

Todas as internações em centros de cuidados diários ou hospitais devem incluir medicamentos prescritos relacionados à condição médica. Quando coberto, o tratamento ambulatorial de psicoterapia deve ser encaminhado por um médico e é inicialmente limitado a 10 sessões por quadro. A cada 10 sessões, o tratamento deverá ser reavaliado por um psiquiatra. Caso sejam necessárias mais sessões, você deverá nos enviar um relatório sobre a evolução do quadro indicando o diagnóstico e a necessidade médica da continuidade do tratamento.

Aconselhamento terapêutico está disponível por meio do Programa de Assistência ao Empregado (PAE) e refere-se a intervenções de curto prazo focadas em soluções.

Normalmente, esse tratamento lida com problemas atuais que são facilmente resolvidos no nível consciente. Isso não se destina a situações de longo prazo ou ao tratamento de distúrbios clínicos. O PAE pode ajudar você e sua família a lidar com situações desafiadoras que podem surgir na vida, como estresse, ansiedade, luto, desafios no local de trabalho, problemas de relacionamento, transição intercultural, isolamento e solidão. Para mais informações veja a seção “Programa de Assistência a Empregado (PAE)” deste guia.



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.
- leva à deficiência permanente.

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



Reabilitação

Tratamento que combina uma série de terapias, como terapia física, ocupacional e fonoaudiologia e visa à recuperação de uma forma e/ou função normal após uma doença aguda, lesão ou cirurgia. O tratamento deve ser realizado em um centro de reabilitação licenciado e começar dentro de 14 dias após a alta de tratamento médico agudo e/ou cirúrgico.

A cobertura é fornecida sob esse benefício somente se você tiver recebido tratamento hospitalar por três ou mais dias/noites consecutivas para a mesma condição médica.

Rede de provedores médicos

Todos os provedores médicos com quem temos acordos estabelecidos para fazer o pagamento direto dos custos médicos de nossos segurados.

Repatriação de restos mortais

Transporte dos restos mortais do segurado falecido para seu país de origem. Se o segurado falecer em seu país de origem, cobriremos os custos de transporte até o local do enterro ou cremação para aquele país ou para outro país de origem, caso haja mais de um. Nós cobrimos custos tais como: embalsamamento, um recipiente legalmente apropriado para o transporte, custos de envio e autorizações governamentais pertinentes. Custos de cremação serão cobertos apenas quando a cremação for legalmente necessária. Não cobrimos os custos incorridos por alguém acompanhando os restos mortais, a menos que isso esteja listado em um benefício específico em sua Tabela de Benefícios.

Repatriação médica

É um nível opcional de cobertura e, quando fornecida, estará indicada da Tabela de Benefícios. Caso o tratamento necessário - incluído em sua cobertura - não esteja disponível no local, você poderá optar por 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 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.

Você deve entrar em contato conosco ao primeiro sinal de necessidade de repatriação médica. A partir deste momento organizaremos e coordenaremos todas as etapas da repatriação até você chegar com segurança ao seu destino de atendimento. Se a repatriação não for organizada por nós, nós nos reservamos o direito de recusar todos os custos incorridos.

Rotinas de maternidade

Referem-se aos custos necessários incorridos durante a gravidez e o parto. Isto inclui despesas hospitalares, honorários de especialista, atendimento-pré natal e pós-natal da mãe, honorários de parteira (apenas durante o parto) e cuidados com o recém-nascido (veja a definição de “Cuidados com o recém-nascido” para ver os procedimentos cobertos sob esse benefício e verificar os limites de tratamento hospitalar que se aplicam a filhos adotados ou tutelados, a todos os bebês nascidos de mãe substituta e de partos múltiplos como resultado de reprodução assistida).

Observe que os exames de ultrassom 3D e 4D são cobertos apenas pelo custo de um exame 2D.

Cesarianas que não sejam clinicamente necessárias terão cobertura até o valor de um parto normal no mesmo hospital, e estarão sujeitas a quaisquer limites de benefício de “Rotinas de maternidade”. Cesarianas medicamente necessárias são pagas sob o benefício de “Complicações no parto”.

S

Segurado

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

Serviços de consulta por vídeo

Fornecem acesso direto a um médico via uma plataforma de telecomunicação. Este benefício cobre os custos de consultas por vídeo, conforme indicado em sua Tabela de Benefícios e oferece aconselhamento médico, diagnóstico e emissão de receita, se necessário, para atendimento médico não urgente. O acesso aos serviços de teleconsulta e prescrições dependerá da sua localização geográfica e dos regulamentos locais do país. Você pode marcar uma consulta para falar com um médico em inglês, sujeito à disponibilidade. Alguns provedores terceirizados podem oferecer idiomas adicionais. Os custos dos medicamentos não estão incluídos, mas a entrega de medicamentos ou prescrição podem ou não estar incluídos neste benefício, mesmo quando prescritos ou recomendados durante a consulta por vídeo.

Serviços para disforia de gênero

Qualquer um dos seguintes tratamentos medicamente necessários:

- Serviços de saúde comportamental, como aconselhamento para disforia de gênero e condições psiquiátricas relacionadas (por exemplo, ansiedade, depressão). O tratamento deve ser prescrito por um psiquiatra ou psicólogo clínico com PhD.
- Terapia hormonal.
- Exames preventivos de saúde específicos à idade e ao gênero, como exames de câncer cervical, de mama e de próstata, conforme apropriado para a anatomia biológica do indivíduo.
- Intervenção cirúrgica para mudança de sexo, se você for diagnosticado com disforia de gênero e os seguintes critérios forem atendidos:
 - Você tem pelo menos 18 anos de idade.
 - Você tem uma carta de recomendação de um profissional de saúde mental para cirurgia de mama/tórax ou duas cartas de recomendação de dois profissionais de saúde mental diferentes para cirurgia genital, incluindo um relatório detalhado. Também aceitaremos uma carta de um profissional qualificado com mestrado (refere-se a qualquer pessoa que trabalhe na área de saúde mental -

psiquiatra, enfermeiro de saúde mental ou psicólogo que tenha feito um mestrado relevante nesta área médica) se a segunda carta for de um psiquiatra ou psicólogo clínico com PhD.

A recomendação deve ser baseada em avaliações realizadas nos últimos 24 meses e deve indicar que sua decisão é atual e não devido a qualquer outra condição ou distúrbio tratável. Cada recomendação deve indicar que a cirurgia é clinicamente necessária de acordo com as diretrizes clínicas baseadas em evidências.

Subscrição médica completa

É a avaliação do risco de seguro baseado nas informações que você nos fornece quando solicita cobertura. Nossa Equipe de Subscrição Médica usa essa informação para decidir os termos de nossa oferta.

T

Terapeuta

Refere-se a quiroprático, osteopata, praticante da medicina chinesa, homeopata, acupunturista, fisioterapeuta, fonoaudiólogo, terapeuta ocupacional ou terapeuta oculomotor (optometrista), que seja qualificado e habilitado pela legislação do país no qual o tratamento é realizado.

Terapia de reposição hormonal

Refere-se ao uso de hormônios femininos para o alívio dos sintomas resultantes do declínio da função ovariana, seja por menopausa natural ou em caso de remoção cirúrgica dos ovários. A cobertura inclui honorários médicos, honorários de especialistas e custos de medicamentos prescritos.

Terapia ocupacional prescrita

É o tratamento que lhe ajuda a desenvolver habilidades necessárias em seu dia-a-dia e em suas interações com o mundo físico e social. Isto se refere a:

- Habilidades motoras finas e elementares (como você executa tarefas pequenas/precisas e movimenta o corpo inteiro).
- Integração sensorial (como o cérebro organiza respostas aos seus sentidos).
- Coordenação, equilíbrio e outras habilidades como vestir-se, alimentar-se, asseio etc.

Um relatório médico é necessário após cada 20 consultas.

Teste de alergias

Refere-se a uma visita a um médico licenciado para testar e descobrir se seus sintomas estão relacionados a uma alergia. Se estiver incluído no seu plano como um benefício específico, a cobertura estará limitada ao valor indicado na sua Tabela de Benefícios.

Transplante de órgãos

Referem-se ao transplante dos seguintes órgãos e/ou tecidos: coração, coração/válvula, coração/pulmão, fígado, pâncreas, pâncreas/rim, rim, tecidos, paratireoide, muscular/esquelético e transplante de córnea. Não reembolsamos os custos para a aquisição de órgãos.

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 você dê entrada no hospital.

Tratamento ambulatorial de emergência

Tratamento recebido em um pronto-socorro ou sala de emergência dentro de 24 horas do evento de um acidente ou doença súbita, durante o qual não há necessidade médica para você ocupar o leito de um hospital. Entretanto, se sua apólice incluir um benefícios ambulatoriais, você contará com a cobertura para tratamento ambulatorial além do limite do benefício de tratamento ambulatorial de emergência.

Tratamento ambulatorial odontológico de emergência

É o tratamento recebido em consultório de cirurgia dentista ou sala de emergência hospitalar para o alívio imediato da dor causada por um acidente ou lesão em um dente natural sadio. O tratamento pode incluir 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. Este benefício não inclui nenhuma forma de prótese dentária, restaurações permanentes ou a continuidade de tratamentos de canais. Entretanto, se a sua apólice incluir um Plano Odontológico, você contará com a cobertura para tratamento odontológico além do limite do benefício de tratamento ambulatorial odontológico de emergência. Neste caso, os termos do Plano Odontológico serão aplicados.

Tratamento complementar

Tratamento existente fora da medicina ocidental tradicional. Consulte sua Tabela de Benefícios para confirmar se os seguintes métodos de tratamento complementar estão cobertos em seu plano: tratamento quiroprático, osteopatia, medicina chinesa de ervas, homeopatia, acupuntura, podologia, Tui na, ventosaterapia (cupping), alinhamento dos ossos e tratamento Ayurvédico praticados por terapeutas aprovados. Se este benefício estiver incluso em sua cobertura, os custos da consulta também serão cobertos.

Tratamento contra a infertilidade

Todos procedimentos de pesquisa invasivos necessários para se estabelecer a causa de infertilidade, como histerossalpingografia, laparoscopia ou histeroscopia. O benefício também cobre tratamento como fertilização in

vitro (FIV) para casos diagnosticados de infertilidade. Os custos do tratamento serão cobertos 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.

Todos os procedimentos de investigação não-invasivos realizados para descobrir a causa da infertilidade serão cobertos, de acordo com os limites do Plano Ambulatorial (se você tiver um). Exemplos de benefícios que cobrem procedimentos de investigações não invasivas são 'Exames para diagnóstico', "Honorários de médicos" e "Honorários de especialistas"

O tratamento hospitalar para bebês nascidos de partos múltiplos resultante da reprodução assistida e para todos os bebês nascidos de uma mãe substituta, adotados ou tutelados, está limitado a £ 24,900/€ 30,000/US\$ 40,500 por criança para os primeiros três meses que se seguirem ao nascimento e é aplicado antes de qualquer outro benefício em seu plano. Tratamentos ambulatoriais serão pagos sob os termos do Plano Ambulatorial.

Tratamento de disfunções alimentares

Refere-se à combinação de psicoterapias, incluindo terapia cognitivo-comportamental, monitoramento médico, medicação prescrita e aconselhamento nutricional para tratar anorexia nervosa, bulimia nervosa e transtorno de compulsão alimentar periódica.

Todas as internações em centros de cuidados diários ou hospitalares devem incluir medicamentos prescritos relacionados à condição médica.

Quando coberta, a terapia ambulatorial deve ser encaminhada por um médico e é inicialmente limitada a 10 sessões por quadro. A cada 10 sessões, o tratamento deverá ser reavaliado por um psiquiatra. Caso sejam necessárias mais sessões, você deverá nos enviar um relatório sobre a evolução do quadro indicando o diagnóstico e a necessidade médica da continuidade do tratamento.

Tratamento de emergência fora da área de cobertura

Tratamento para emergências médicas ocorridas durante viagens de negócios ou lazer fora da sua área de cobertura. A cobertura é fornecida pelo período máximo de seis semanas por viagem dentro do limite máximo do benefício. Inclui o tratamento necessário devido a um acidente ou ao surgimento ou agravamento repentino de uma doença grave que representa uma ameaça imediata à sua saúde. O tratamento médico deve ser recebido 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. Também não se aplica a cobranças relacionadas à maternidade, gravidez, parto ou qualquer complicação da gravidez ou do parto. Caso você tenha que se deslocar para fora de sua área de cobertura por mais de seis semanas, é recomendável entrar em contato com o administrador da conta da sua empresa.

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 do espectro do autismo

Refere-se a uma variedade de terapias destinadas a melhorar as habilidades de uma pessoa segurada com autismo. Isso inclui tratamento médico especializado e programas comportamentais credenciados. O tratamento é coberto como parte do benefício "Psiquiatria e psicoterapia" do seu Plano Ambulatorial, se você tiver um. Consulte sua Tabela de Benefícios para quaisquer limites aplicáveis. Não cobrimos internações, estadias ou tratamento de cuidados diários em instalações educacionais especializadas.

Tratamento hospitalar

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

Tratamento hospitalar odontológico de emergência

Refere-se ao tratamento odontológico de emergência grave para o alívio de dor devido a um acidente sério e que precisa de internação no hospital. O tratamento deve ser recebido dentro de 24 horas do evento da emergência. A cobertura 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 hospitalar sem internação

É o tratamento recebido em hospital ou unidade de atendimento diário, o que inclui acomodação hospitalar e atendimento de enfermagem, que não requer medicamente a pernoite do paciente no hospital, e para o qual 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 ambulatorial

Benefício que cobre especificamente tratamento odontológico ambulatorial necessário como acompanhamento para um período de internação decorrente de danos acidentais a dentes naturais. A cobertura é fornecida quando o tratamento odontológico ambulatorial é necessário dentro de 90 dias após a alta do tratamento hospitalar relacionado. A cobertura inclui os custos de fornecimento e colocação de implantes de dentes.

Tratamento ortomolecular

Refere-se a um tratamento alternativo que visa restaurar o equilíbrio bioquímico individual através de suplementos. A medicina ortomolecular utiliza substâncias naturais como vitaminas, minerais, enzimas e hormônios.

Tratamento para a correção da visão 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 para HIV ou Aids

É um benefício que cobre consultas, investigações e tratamento hospitalar e ambulatorial relacionado ao diagnóstico do Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) ou Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS). Se estiver incluído no seu plano como um benefício específico, a cobertura estará limitada ao valor indicado na sua Tabela de Benefícios.

Tratamento pós-internação

Refere-se ao tratamento ambulatorial necessário dentro de 90 dias após a alta de um tratamento hospitalar ou em centro de cuidados diários para a mesma condição médica aguda. Esse benefício cobre honorários de médicos, honorários de especialistas, cirurgia ambulatorial, medicamentos e curativos prescritos, exames TAC, TEP e Ressonância Magnética, exames de raio-X, exames de patologia e outros exames e procedimentos diagnósticos.

Tratamento preventivo

Refere-se ao tratamento que você recebe sem a presença de sintomas clínicos no momento do tratamento, como a remoção de um nódulo pré-cancerígeno. O benefício é coberto quando o Tratamento preventivo estiver listado em sua Tabela de Benefícios.



Vacinações

- Todas as imunizações básicas e injeções de apoio obrigatórias pela regulamentação do país em que o tratamento é recebido
- Vacinação contra a Covid-19*, quando não for oferecida gratuitamente ou apenas parcialmente patrocinada pelo governo de seu país de residência.
- Vacinas de viagem medicamente necessárias
- Comprimidos de prevenção da malária.

Nós cobrimos os custos da consulta para aplicação da vacina e o custo do medicamento.

*Cobrimos qualquer vacina contra a Covid-19 quando:

- A vacina concluiu o processo de desenvolvimento clínico necessário, incluindo todos os ensaios clínicos de vacinas pré-licenciamento (fases I, II e III) que demonstram sua eficácia e segurança.
- A vacina concluiu o processo de aprovação de várias etapas para a autoridade reguladora relevante e está aprovada para uso na jurisdição onde você a requer.
- A vacina não é oferecida gratuitamente ou apenas parcialmente patrocinada pelo governo do país em que você reside.

Cobrimos o custo razoável e habitual da vacina contra a Covid-19, incluindo a administração da injeção, de acordo com as políticas de saúde pública locais relacionadas à distribuição de vacinas. Não pagamos o custo da viagem se você decidir viajar para um país diferente de onde você normalmente reside, a fim de obter a vacinação. Observe que a cobertura não se destina a oferecer acesso prioritário às vacinas.

Você/Seu

A pessoa que trabalha na empresa e quaisquer dependentes nomeados no Certificado de Seguro.

Exclusões

Apesar de oferecermos cobertura para a maioria dos tratamentos medicamente necessários, não cobrimos as seguintes despesas, a não ser que a cobertura seja confirmada na Tabela de Benefícios ou em qualquer endosso contratual.

AQUISIÇÃO DE UM ÓRGÃO

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

ATRASO NO DESENVOLVIMENTO

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

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. As únicas exceções são as cirurgias que tenham sido aprovadas devido à disforia de gênero e 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.

CUSTOS DE TRANSPORTE

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

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), morte associada com vício em drogas ou álcool, 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.

DOENÇAS PREEXISTENTES (APLICÁVEL A APÓLICES COM MORATÓRIA OU EMPC/TTC, ANTERIORMENTE CONHECIDO COMO MORA)

Doenças preexistentes caso uma ou mais das condições a seguir se apliquem durante o período de 24 meses antes da data de início (ou da data especificada no seu Certificado de Seguro):

- Era razoavelmente previsível que a condição médica ocorreria após a data de início.
- A condição médica podia ser constatada claramente.
- Você apresentou sinais ou sintomas da condição médica.
- Você pediu aconselhamento sobre a condição médica.
- Você recebeu tratamento para a condição médica.
- Você tinha conhecimento de que sofria da condição médica.

Depois de completar um período contínuo de 24 meses após a data de início, sua condição médica preexistente pode ser coberta, desde que você não tenha apresentado sintomas, não tenha necessitado ou recebido tratamento, medicação, dieta ou aconselhamento especial ou tenha quaisquer outras indicações da condição.

DOENÇAS PREEXISTENTES (APLICÁVEL A APÓLICES COM SUBSCRIÇÃO MÉDICA TOTAL OU EMPC/TTC, ANTERIORMENTE CONHECIDO COMO SMT)

Doenças preexistentes (incluindo quadros crônicos preexistentes) quando:

- Indicado no Formulário de Condições Especiais que emitimos antes do início de sua apólice.
- Condições não declaradas no formulário de solicitação
- Surgem entre o preenchimento do formulário de solicitação relevante e o mais tardar do seguinte:
 - A data de emissão do Certificado de Seguro ou
 - A data de início de sua apólice

Tais condições também estarão sujeitas à subscrição médica e, se não nos forem declaradas, não serão cobertas.

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

Pesquisas para descobrir causas, tratamento e complicações decorrentes de:

- Esterilização
- Disfunção sexual (a não ser como resultado de uma prostatectomia total após uma cirurgia de câncer)
- Contracepção (inclusive inserção e remoção de aparelhos contraceptivos e todos os outros contraceptivos, mesmo quando prescritos por razões médicas). A única exceção são anticoncepcionais para o tratamento da acne, quando prescritos por um dermatologista.

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.

FALHA EM PROCURAR OU SEGUIR A ORIENTAÇÃO MÉDICA

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

FONOAUDIOLOGIA

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

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 quando a vida da mulher grávida está em perigo.

LESÕES DECORRENTES DO ENVOLVIMENTO EM ESPORTES PROFISSIONAIS

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

MATERNIDADE POR SUBSTITUIÇÃO

O tratamento diretamente relacionado à maternidade por substituição seja você a mãe substituta ou a mãe final.

MUDANÇA DE SEXO

Cirurgias relacionadas à mudança de sexo e tratamentos relacionados tais como:

- Blefaroplastia
- Implantes de bochecha/malar
- Implantes de queixo/nariz
- Injeções de colágeno
- Lifting facial/da testa
- Redução óssea facial (osteoplastia)
- Remoção de cabelo/transplante de cabelo

- Redução da mandíbula
- Laringoplastia
- Rinoplastia
- Rejuvenescimento cutâneo (por exemplo, dermoabrasão, peelings químicos)
- Condroplastia da tireoide
- Lifting do pescoço
- Aumento de lábios
- Botox e injeções de preenchimento

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 nos eventos a seguir, quer a guerra tenha sido declarada ou não:

- Guerra
- Levantes populares
- Perturbações da ordem pública
- Terrorismo
- Atos criminais
- Atos ilegais
- Atos contra qualquer força beligerante estrangeira

PRODUTOS COMPRADOS SEM RECEITA

Produtos que podem ser comprados sem prescrição médica.

QUEDA DE CABELO E QUALQUER SUBSTITUTO PARA O CABELO

Pesquisa e tratamento de perda de cabelo e qualquer substituto do cabelo, a menos que tal perda seja devida a tratamento de câncer.

RESTOS MORTAIS

A compra de uma sepultura ou custos de um enterro, incluindo, mas não se limitando a, flores e honorários do diretor funerário.

SUBSTÂNCIAS, PRODUTOS PESSOAIS E SUPLEMENTOS PARA A ALIMENTAÇÃO

Substâncias, produtos pessoais e suplementos para a alimentação, incluindo vitaminas e sais minerais (exceto durante a gravidez para tratar síndromes de deficiência de vitaminas), enxaguante bucal, pasta de dente, pastilhas e sprays antissépticos, xampu, protetor solar, produtos cosméticos, álcool gel, luvas, máscaras, viseiras, termômetros, alimentos para crianças, produtos para bebês e fórmula infantil. Estes produtos são excluídos mesmo que medicamente recomendados, 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.

TERAPIA FAMILIAR

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

TESTES GENÉTICOS

Testes genéticos, exceto:

- a) Caso exames genéticos específicos estejam inclusos em seu plano;
- b) Quando testes de DNA estão diretamente vinculados a uma amniocentese qualificável, como no caso de mulheres com 35 anos ou acima dessa idade;
- c) Quando pesquisas de receptores genéticos tumorais estiverem cobertas.

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.

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 não ser que você conte com um benefício de tratamento contra infertilidade ou os benefícios exigidos para cobrir investigações não-invasivas da causa da infertilidade, como "Honorários médicos", "Honorários de especialista", "Exames diagnósticos" etc.

TRATAMENTO CONTRA A OBESIDADE

Pesquisa e tratamento de obesidade, incluindo cirurgia bariátrica, medicamentos e suplementos para dieta, mensalidades de academia, programas de dieta ou programas residenciais para disfunções alimentares.

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.

TRATAMENTO ORTOMOLECULAR

Consulte a definição de “Tratamento ortomolecular”.

TRATAMENTOS NOS EUA NAS SEGUINTE SITUAÇÕES

Tratamento nos EUA, se acreditarmos que a cobertura foi obtida com o objetivo de viajar para os EUA para obter tratamento para uma condição ou sintomas dos quais você estava ciente:

- antes de estar segurado conosco;
- antes de ter os EUA incluídos em sua região de cobertura.

Se pagarmos quaisquer pedidos de reembolso nessas circunstâncias, nos reservamos o direito de solicitar o reembolso de você.

VISITAS DOMICILIARES

Visitas médicas em domicílio, a menos que sejam necessárias após o surgimento súbito de uma emergência que impeça o você de ir a seu médico ou terapeuta.

BENEFÍCIOS QUE NÃO ESTÃO EM SUA TABELA DE BENEFÍCIOS

Os seguintes benefícios ou quaisquer consequências ou complicações relacionadas a eles, a não ser que estejam indicados em sua Tabela de Benefícios.

- **Complicações na gravidez e no parto**
- **Condições congênitas**
- **Tratamento odontológico, cirurgia odontológica, periodontia, ortodontia, implantes de dentes e prótese dentária. A única exceção são os procedimentos cirúrgicos orais e maxilofaciais, que são cobertos dentro do limite geral do 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**
- **Tratamento para HIV/Aids**
- **Parto domiciliar**
- **Homeopatia, medicina chinesa de ervas, Tui na, ventosaterapia (cupping), alinhamento dos ossos, acupuntura e tratamento Ayurvédico**
- **Terapia de reposição hormonal**
- **Tratamento contra a infertilidade**
- **Psiquiatria e psicoterapia hospitalar**
- **Tratamento para a correção visual a laser**
- **Evacuação médica no caso de tratamento não-emergencial**
- **Repatriação médica**
- **Psiquiatria e psicoterapia ambulatorial**
- **Tratamento ambulatorial**
- **Atendimento paliativo**
- **Óculos e lentes de contato prescritos, incluindo exame oftalmológico**
- **Equipamentos médicos prescritos**
- **Cirurgia preventiva**
- **Tratamento preventivo**
- **Repatriação de restos mortais ou despesas funerárias**
- **Rotinas de maternidade**
- **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 parente próximo ou de primeiro grau**

ÓBITO ACIDENTAL

O benefício por óbito accidental se 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 ou 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) e atividades aéreas, a menos que seja especificamente coberto no Acordo da Empresa.
- 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 mais 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 correr 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.

Fale conosco, adoramos ajudar!

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: <https://www.allianzcare.com/pt/pages/toll-free-numbers.html>

Se você não puder acessar os números gratuitos de um telefone celular, ligue para um dos números da Central de Atendimento listados 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 por ele) e o administrador da conta corporativa podem fazer alterações na apólice. Perguntas de segurança deverão ser respondidas para confirmar a sua identidade.

@ client.services@e.allianz.com

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

 www.allianzcare.com

 www.facebook.com/allianzcare

 www.x.com/AllianzCare

 www.youtube.com/user/allianzworldwide

 www.instagram.com/allianzcare/

 www.linkedin.com/company/allianz-care

Este documento é uma tradução 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 original inglesa, informamos que a versão inglesa já é legalmente vinculador 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: 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.