

Formulário de Solicitação

Antes de começar, tenha em mente que:

- Se você optar por preencher a versão impressa deste formulário, **PREENCHA-O EM LETRAS DE FÔRMA.**
- Você deve preencher o Formulário de Solicitação por completo e inserir todas as informações relevantes. Assim que você nos enviar sua solicitação, nossa Equipe de Subscrição Médica irá revisar os dados fornecidos.
- Caso nos informe sobre quaisquer condições médicas, podemos solicitar informações adicionais. Em seguida, avaliaremos as informações e entraremos em contato com você com a nossa decisão o mais rápido possível.
- Se você já possui um de nossos planos de saúde e está solicitando cobertura para um novo plano ou um plano mais amplo que o seu, informe-nos sobre quaisquer condições médicas para as quais você tenha solicitado o reembolso desde o início de sua cobertura conosco.
- Na página 12, para a seção "Aprovações":
 - O candidato e cada um dos dependentes nomeados com 18 anos ou mais precisam assinar esta seção.
 - Todos os adultos candidatos à cobertura devem fornecer o consentimento conforme detalhado nas seções 8 e 11.
 - De acordo com a Lei de Proteção de Dados, não poderemos processar sua solicitação sem essas assinaturas.
 - Um dos pais ou um guardião legal deve preencher essas seções para qualquer candidato à cobertura menor de 18 anos.
 - Todos os candidatos adultos que desejam indicar um corretor como o principal ponto de contato para esta apólice precisam fornecer o consentimento conforme detalhado na seção 9.

Você está preenchendo este formulário para ser adicionado a uma apólice corporativa já existente? Indique:

O nome do grupo

O número do grupo

Se você já estiver incluído na apólice da sua empresa e gostaria de adicionar um novo dependente, indique o número da apólice:

Número da apólice

Allianz Medical Expert (AME) - nossa ferramenta de subscrição automática:

Podemos usar uma ferramenta automatizada de subscrição médica para determinar se podemos fornecer cobertura para você e, em caso afirmativo, em que termos. Esta ferramenta é usada para processar informações pessoais e médicas que você nos fornece, a fim de calcular o custo de sua cobertura de saúde internacional. Sem essas informações, não podemos calcular o prêmio do seu seguro que seja relevante para as suas necessidades.

Avaliamos regularmente a forma como nossa ferramenta de subscrição automatizada funciona para garantir que continuemos a oferecer uma avaliação justa. Esta avaliação é baseada nos planos que você seleciona e nas informações pessoais e médicas que você nos fornece neste formulário.

Permissão para automatizar a decisão de subscrição

Ao assinalar este campo, você aceita e concorda que a Allianz pode usar uma ferramenta automatizada de subscrição médica para avaliar seus dados pessoais e de saúde a fim de tomar a decisão de subscrição sobre os riscos a serem segurados. Isso é realizado de acordo com as diretrizes do RGPD sobre o processamento de dados usando uma ferramenta de subscrição automatizada.

Assim que a decisão de subscrição automatizada for tomada, você tem o direito de solicitar que reconsideremos nossa decisão, o que envolverá uma revisão por nossa equipe de subscrição médica. Se você deseja solicitar este direito, entre em contato conosco em: individual.joining@e.allianz.com.

Para deixar tudo bem claro...

Como você vai ver, usamos certos termos com frequência neste formulário. Veja o que eles significam:

País de origem: País de origem é aquele para o qual você possui um passaporte ou documento de identidade válido em vigor, o país em que você nasceu ou 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 de vigência do seguro.

1. Dados pessoais do candidato à cobertura (Este será o titular da apólice)

Também usaremos seus dados de contato para informar a você aspectos importantes da sua apólice. Para garantir o recebimento de sua correspondência, qualquer alteração em seus dados de contato deverá nos ser comunicada.

Consideraremos apenas as solicitações de cobertura realizadas até o dia anterior ao 76º aniversário do candidato à cobertura. Observe que, se você desejar obter cobertura dos Planos de Saúde GlobalPass, seu país de residência deve fazer parte do Caribe ou da América Latina (com exceção do Brasil, já que os Planos de Saúde GlobalPass não estão disponíveis para residentes neste país).

Dados pessoais do candidato à cobertura

Sr.	Sra.	Srta.	Outros
Nome			
Sobrenome			
Data de nascimento (DD/MM/AAAA)	/	/	Sexo no nascimento: Masculino Feminino
País de origem	Nacionalidade		
País principal de residência			
Endereço completo no país principal de residência (obrigatório)			

Telefone principal	Código do país	Código de área
Telefone alternativo	Código do país	Código de área
E-mail (obrigatório; use letra de fôrma)		
Profissão (obrigatório; indique se for estudante)		

Detalhes do plano de saúde atual – nacional ou internacional

Nome da seguradora		
Número da apólice	Data de início da cobertura (DD/MM/AAAA)	/ /

Indique o idioma em que deseja receber a documentação da apólice:

Inglês	Espanhol	Português
--------	----------	-----------

2. Dados de seu(s) dependente(s)

Você pode incluir dependentes em sua apólice. Os dependentes podem ser o seu cônjuge/parceiro e todos os filhos financeiramente dependentes de você até o dia anterior ao 18º aniversário ou até o dia anterior ao 26º aniversário, caso sejam estudantes em tempo integral. Para incluir um filho com idade entre 18 e 25 anos que seja estudante em tempo integral, é necessário anexar uma carta da faculdade/universidade que confirme a sua condição de estudante ou uma cópia de sua carteirinha de estudante. **Consideraremos somente as solicitações de cobertura para adultos realizadas até o dia anterior ao seu 76º aniversário.** Se não houver espaço suficiente para todos os dependentes, utilize outro Formulário de Solicitação e certifique-se de que todos os Consentimentos e Declarações pertinentes sejam assinados e datados.

	Dependente 1		Dependente 2		Dependente 3	
Grau de parentesco com o candidato à cobertura	Cônjuge/Parceiro(a) Filho(a)		Cônjuge/Parceiro(a) Filho(a)		Cônjuge/Parceiro(a) Filho(a)	
Nome						
Sobrenome						
Data de nascimento (DD/MM/AAAA)	/	/	/	/	/	/
Sexo no nascimento	Masculino	Feminino	Masculino	Feminino	Masculino	Feminino
Profissão (obrigatório; indique se for estudante)						
E-mail (obrigatório para dependentes maiores de 18 anos)						
País de origem						
País principal de residência						
Nacionalidade						

Dependente 1

Dependente 2

Dependente 3

Detalhes do plano de saúde atual - nacional ou internacional

Nome da seguradora atual
(se aplicável)

Número da apólice atual
(se aplicável)

3. Data de início da sua cobertura

A partir de qual data você precisa de cobertura?

Data de início (DD/MM/AAAA) / /

Confirmaremos que sua solicitação de cobertura foi aceita ao emitirmos seu Certificado de Seguro. Sua cobertura é válida a partir da data de início indicada no Certificado.

4. Detalhes do plano

(Esta seção não precisa ser preenchida se você estiver solicitando adesão a um plano corporativo)

Escolha a área de cobertura de sua preferência:

A área de cobertura é sujeita aos termos e condições completos como indicado no Guia de Benefícios.

Mundial	Somente América Latina e Caribe	Mundial, exceto EUA, Hong Kong, China, Canadá, Cingapura, Suíça, Reino Unido e Brasil
---------	---------------------------------	---

Selecione seu plano

Consulte o Guia de Benefícios e a Tabela de Benefícios para detalhes dos vários planos listados abaixo.

GlobalPass Individual Choice 1 com o Plano Odontológico	GlobalPass Individual Choice 1 sem o Plano Odontológico	GlobalPass Individual Connect com o Plano Odontológico	GlobalPass Individual Connect sem o Plano Odontológico	GlobalPass Individual Choice 2
---	---	--	--	--------------------------------

Selecione a franquia de seu Plano

Franquia para o titular da apólice com no máximo um dependente (as franquias são aplicadas por pessoa, por ano de vigência do contrato)

US\$ 1.000 US\$ 2.000

US\$ 5.000 US\$ 10.000

US\$ 20.000 US\$ 50.000

Famílias com 3 membros ou mais (as franquias são aplicadas por família e por ano de vigência do seguro)

US\$ 1.500 US\$ 3.000

US\$ 6.000 US\$ 9.000

US\$ 15.000 US\$ 50.000

Se seu plano não estiver listado nas seções acima, indique o Plano selecionado:

5. Termos de subscrição médica disponíveis

Subscrição médica total

Isso significa que avaliamos seu histórico de saúde ao considerar sua solicitação de seguro e os possíveis termos de cobertura. Se você tem uma doença preexistente (conforme definido abaixo), você deve declará-la de forma precisa, honesta e completa, certificando-se de responder a todas as perguntas feitas na seção "Sua saúde" para todos os candidatos.

Doenças preexistentes

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 doença sobre a qual possamos concluir que você ou seus dependentes pudessem estar cientes.

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.

Observe que você/seus dependentes devem fornecer qualquer informação adicional que possamos solicitar. O preenchimento completo e preciso deste Formulário de Solicitação e o fornecimento de todas as informações relevantes são requisitos para a cobertura. Todos os fatos materiais (quaisquer fatos que possam influenciar nossa avaliação e aprovação desta solicitação) devem ser declarados. Caso esses fatos não sejam declarados, sua apólice será invalidada. Se tiver dúvidas sobre a materialidade de um fato, este deve ser declarado. Se alguma doença preexistente não for informada, não será coberta.

6. Sua saúde

Responda às seguintes questões com base no seu histórico médico completo e no de seu(s) dependente(s). Todos os fatos materiais (quaisquer fatos que possam influenciar a avaliação e aceitação desta solicitação pela seguradora) devem ser declarados. Se você tiver dúvidas sobre a materialidade de um fato, este deve ser declarado. Caso você não os declare, a apólice poderá ser invalidada.

Esta declaração de saúde terá a validade de dois meses a partir da data de preenchimento e de assinatura do formulário.

	Candidato à cobertura		Dependente 1		Dependente 2		Dependente 3	
Altura	cm		cm		cm		cm	
Peso	kg		kg		kg		kg	
Você consumiu qualquer forma de tabaco no último ano?	Sim	Não	Sim	Não	Sim	Não	Sim	Não
Se a resposta for afirmativa, indique a quantidade diária de consumo.								
1 cigarro = 1 unidade, 1 charuto médio = 2 unidades, 1 grama de tabaco de enrolar = 2 unidades, 1 tabaco para cachimbo = 2,5 unidades, 10 mg de nicotina de cigarro eletrônico = 1 unidade, se nenhum indicar NÃO	/dia		/dia		/dia		/dia	

	Candidato à cobertura		Dependente 1		Dependente 2		Dependente 3	
	Sim	Não	Sim	Não	Sim	Não	Sim	Não
Você consome bebidas alcoólicas?								
Se a resposta for afirmativa, informe a quantidade de bebidas alcoólicas que você consome por semana:		/semana		/semana		/semana		/semana
1 dose = 1 unidade, 250ml de cerveja = 1 unidade, 1 taça de vinho = 1 unidade. Indique "NÃO" se não consumir bebidas alcoólicas								

Alguma das pessoas que estejam solicitando cobertura por meio deste formulário já sofreu de, foi hospitalizada devido a, ou se submeteu a testes, investigações ou tratamento de qualquer tipo, para as seguintes condições?

a)	Alguma doença ou distúrbio cardíaco ou circulatório, tais como, mas não se limitando, a ataque cardíaco, doença arterial coronariana, doença vascular, batimento cardíaco irregular, sopro, dor no peito, coágulos, distúrbios sanguíneos, problemas de pressão ou colesterol alto.	Sim	Não
b)	Alguma doença ou distúrbio dermatológico, tais como, mas não se limitando a psoríase, dermatite, eczema, alergia ou acne.	Sim	Não
c)	Alguma doença ou distúrbio endocrinológico, tais como, mas não se limitando a diabetes, pancreatite, problemas de peso, problemas de gota ou da tireoide ou outros desequilíbrios hormonais.	Sim	Não
d)	Alguma doença ou distúrbio dos olhos, ouvido, nariz e garganta, tais como, mas não se limitando a catarata, glaucoma, descolamento de retina, perda auditiva, infecções de ouvido, problemas de sinusite, amigdalite e adenoidite ou miopia com níveis maiores que -6.	Sim	Não
e)	Alguma doença ou distúrbio gastrointestinal, tais como, mas não se limitando a problemas de estômago, hérnia, hemorroidas, pedras na vesícula, pólipos do cólon, doença de Crohn, colite ou problemas no fígado.	Sim	Não
f)	Alguma doença ou distúrbio viral ou infeccioso, tais como, mas não se limitando a hepatite A/B/C, herpes, HIV, SARS-CoV-2/COVID-19, malária, meningite, infecções sanguíneas ou doenças sexualmente transmissíveis.	Sim	Não
g)	Alguma doença ou distúrbio musculoesquelético, tais como, mas não se limitando a dor nas costas, pescoço ou articulações, artrite, fibromialgia, substituição da articulação, qualquer problema de cartilagem e/ou ligamento ou síndrome do túnel do carpo.	Sim	Não
h)	Alguma doença ou distúrbio neurológico, tais como, mas não se limitando a acidente vascular cerebral (AVC), esclerose múltipla, epilepsia, doenças neurodegenerativas, paralisia, convulsões, enxaqueca, Alzheimer ou outra forma de demência.	Sim	Não
i)	Alguma doença ou distúrbio oncológico, tais como, mas não se limitando a qualquer tipo de câncer, leucemia, linfomas, tumores, lesões cutâneas, nódulo, cisto, verruga, pólipos ou nevo.	Sim	Não
j)	Algum transtorno psiquiátrico ou psicológico, tais como, mas não se limitando a transtorno de déficit de atenção e hiperatividade (TDAH), transtornos do espectro do autismo, depressão, ansiedade, síndrome de fadiga crônica, distúrbios alimentares, transtornos obsessivo-compulsivos, transtornos fóbicos, problemas de alcoolismo ou drogas.	Sim	Não
k)	Alguma doença ou distúrbio respiratório ou pulmonar, tais como, mas não se limitando a doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC), sarcoidose, asma, bronquite, sinusite, falta de ar ou alergia.	Sim	Não

l)	Alguma doença ou distúrbio urológico ou dos órgãos reprodutivos, tais como, mas não se limitando a problemas dos rins ou do trato urinário, problemas menstruais, problemas de fertilidade, miomas, endometriose, problemas testiculares ou da próstata.	Sim	Não
m)	Qualquer doença ou distúrbio congênito, diagnosticado durante a gestação ou no momento do parto, tais como mas não se limitando a hiperplasia adrenal, fibrose cística, síndrome de Down, hemofilia, defeitos cardíacos, doença de Huntington, síndrome de Klinefelter, síndrome de Marfan, malformações e espinha bífida. NÃO forneça resultados de testes genéticos (DNA ou RNA), pois estes não são necessários para o processo de subscrição médica.	Sim	Não
n)	Algum outro acidente, lesão, doença ou distúrbio ainda não declarado.	Sim	Não

Indique se você ou seus dependentes:

o)	Atualmente, está tomando quaisquer medicamentos prescritos ou de venda livre, comprimidos ou outro tratamento.	Sim	Não
p)	Irá se submeter a um check-up médico, foi encaminhado para outros exames/investigações, ou está aguardando resultados ou qualquer tratamento devido a acidentes, lesões, doenças ou distúrbios.	Sim	Não
q)	Foi submetido a exames ou investigações nos últimos 10 anos que resultaram no encaminhamento para aconselhamento médico ou tratamento, tais como, mas não limitado a biópsia, colonoscopia, colposcopia, tomografia computadorizada, mamografia, ressonância magnética, Teste de Papanicolau ou teste de antígeno prostático específico (PSA), ecocardiograma ou ultrassonografia. NÃO forneça resultados de testes genéticos (DNA ou RNA), pois estes não são necessários para a subscrição médica.	Sim	Não
r)	Nos últimos dois anos, apresentou, quaisquer sintomas ou problemas médicos recorrentes ou contínuos NÃO relacionados a uma condição médica já declarada, tais como, mas não se limitando a: <ul style="list-style-type: none"> • Febre (103°F/39,4°C ou acima) e/ou tosse contínua • Falta de ar • Rouquidão • Dor de cabeça severa ou persistente • Verruga ou marca na pele que tenha sangrado, mudado de aspecto ou se tornado dolorosa • Formigamento • Visão embaçada ou duplicada • Perda de peso inesperada • Sangramento retal, mudanças nos hábitos intestinais ou na frequência urinária • Perda de sensibilidade, ataques epiléticos ou perda de consciência • Sangramento anormal • Dor/rigidez nas articulações 	Sim	Não

Responda a pergunta a seguir apenas se você estiver adquirindo cobertura odontológica.

s)	Alguma das pessoas que estejam solicitando cobertura por meio deste formulário está recebendo ou foi orientada a receber tratamento odontológico, cirurgia dentária, prótese dentária, ortodontia ou periodontia?	Sim	Não
----	---	-----	-----

Informações adicionais para as respostas afirmativas

Se você respondeu Sim a qualquer uma das perguntas (a) a (s) acima, forneça detalhes na tabela abaixo. Indique se houve a recuperação completa ou se você ou seus dependentes têm qualquer condição médica ou doença relacionada ou decorrente do diagnóstico original. Recomendamos que você anexe toda a documentação de apoio atualizada (como relatório médico ou resultado de exames) sempre que possível.

	Pergunta	Diagnóstico – quando relevante, indique a área do corpo (como, por exemplo, braço esquerdo, pé direito ou dente afetado)	Data exata de início da doença	Data e frequência dos sintomas (diária, semanal, mensal, irregular)	Tratamentos realizados e em andamento, resultados de investigações, exames ou leituras de sangue (inclua o nome, a dosagem e a frequência de uso do medicamento e forneça as datas de início e frequência do tratamento e se está em curso)	Estado atual (por exemplo, em curso, recorrente, quaisquer complicações, ou se houve recuperação completa). Indique também se você consulta um dentista para um problema recorrente ou se parou de comparecer aos exames dentários de rotina recomendados.
Titular da apólice						
Dependente 1						
Dependente 2						
Dependente 3						

Se não houver espaço suficiente para todas as informações adicionais, utilize outro Formulário de Solicitação.

Indique nome, endereço e telefone do médico da família (e dentista, quando aplicável) ou que geralmente atende a todas as pessoas inclusas nesta solicitação de cobertura. Use uma folha à parte se o espaço fornecido não for suficiente.

7. Declaração

Leia cuidadosamente as declarações a seguir. Você precisará assinar a seção "Aprovações" abaixo para confirmar que você as entende e está de acordo com elas.

- Declaro que todas as informações fornecidas acima são verdadeiras e estão completas, incluindo as respostas que não apresentam minha caligrafia. Declaro também que não omiti, adulterei ou distorci qualquer fato material. Entendo que este formulário será a base do meu contrato com a Allianz, e que **qualquer declaração falsa, incorreta ou enganosa, bem como a omissão de qualquer fato material poderá tornar este contrato nulo e sem efeito, conforme a legislação aplicável.**
- Eu me responsabilizo em informar imediatamente, por escrito, a Allianz sobre qualquer alteração no meu estado de saúde ou no estado de saúde de meus dependentes que tenha ocorrido entre a assinatura do Formulário de Solicitação e a data de início da apólice.
- Eu concordo em renunciar quaisquer direitos que eu possa ter com relação ao sigilo ou à confidencialidade médica quando relacionados ao acesso de meus registros médicos no contexto desta solicitação de cobertura. Concordo que a Allianz, caso julgue apropriado, verifique as declarações sobre minha condição de saúde e as declarações fornecidas a outras seguradoras de saúde sobre contratos anteriores ou atuais para as quais eu possa ter solicitado cobertura.
- Sujeito a restrições legais, a Allianz (ou seus consultores médicos, representantes designados ou especialistas terceirizados em caso de disputas) podem solicitar informações médicas sobre mim de profissionais da área médica. Nestas circunstâncias, autorizo que todos esses profissionais, médicos, dentistas, membros de profissões médicas e funcionários de hospitais, autoridades de saúde e instalações médicas forneçam informações médicas relevantes, conforme solicitado. Esta declaração também se aplica aos meus dependentes menores de 18 anos, bem como àqueles que não podem compreender o significado desta declaração.
- **Eu confirmo que:**
 - li e entendi completamente as definições, benefícios, exclusões e condições desta apólice, incluindo os detalhes relacionados a doenças preexistentes;
 - recebi, li e compreendi o Documento de Informações do Produto de Seguros, o Guia de Benefícios e a Tabela de Benefícios e aceito os termos e condições, conforme resumidos nesses documentos;
 - com base nas informações fornecidas nesses documentos e nas seleções de planos que fiz, acredito que o produto selecionado é o mais adequado às minhas necessidades específicas de seguro.
- **Eu entendo que:**
 - este Formulário de Solicitação terá a validade de dois meses a partir da data de preenchimento e de assinatura;
 - posso cancelar minha solicitação de cobertura por escrito por carta ou e-mail no prazo de 30 dias a partir da data em que eu receber os termos e condições da minha apólice. Desde que eu não tenha solicitado nenhum reembolso, eu terei o direito de ser ressarcido com o valor total do prêmio.
- **Eu aceito que:**
 - é minha responsabilidade verificar a exatidão das informações contidas no Certificado de Seguro, uma vez que for emitido;
 - a cobertura estará sujeita aos termos e condições padrão aplicáveis na data de início ou de renovação da apólice e estão definidos no Guia de Benefícios;
 - a cobertura oferecida pela Allianz pode não ser adequada caso eu ou algum de meus dependentes seja ou venha a se tornar residente de um país em que vigorem restrições locais relacionadas a seguro de saúde obrigatório;
 - é minha responsabilidade verificar se estou sujeito a quaisquer requisitos relacionados a seguro de saúde obrigatório em meu país de residência e posso confirmar que minha cobertura de saúde está de acordo com tais exigências.

8. Nomeação do titular da apólice

Esta seção deve ser preenchida por todos os dependentes que desejem nomear o titular da apólice como o principal contato.

Para facilitar a administração da apólice, você pode nomear o titular da apólice como o principal contato da apólice de seguro. Basta fornecer o consentimento na seção "Aprovações" abaixo.

O titular da apólice estará autorizado a agir em nome de todos os dependentes em relação à administração desta apólice. Isto pode envolver a divulgação de informações médicas confidenciais. Esta autorização será válida até que eu, ou qualquer dependente nesta apólice, envie uma solicitação por escrito à Allianz para revogá-la.

9. Nomeação do corretor (se aplicável)

Ao fornecer o consentimento na seção "Aprovações" abaixo, eu autorizo o corretor nomeado a agir em meu nome em relação à administração desta apólice. Isto pode envolver a divulgação de informações médicas confidenciais. Esta autorização será válida até que eu envie uma solicitação por escrito à Allianz para revogá-la.

10. Seus dados pessoais

Nosso Aviso de Proteção de Dados explica como protegemos a sua privacidade e processamos seus dados pessoais. Você deve ler este aviso antes de nos enviar quaisquer dados pessoais. Para ler nosso Aviso de Proteção de Dados, visite www.allianzcare.com/pt/privacidade.html

Como alternativa, entre em contato conosco no número +353 1 645 4040 e solicite uma cópia impressa do Aviso de Proteção de Dados. Se você tiver alguma dúvida sobre como utilizamos seus dados pessoais, envie um e-mail para: AP.EU1DataPrivacyOfficer@allianz.com.

11. Consentimento para uso de dados

Precisamos do seu consentimento para coletar e processar dados sobre a sua saúde e outros dados pessoais. **Se você não fornecer seu consentimento explícito, não poderemos fornecer a apólice que você deseja adquirir ou processar quaisquer pedidos de reembolso que você tenha o direito a solicitar.** Se você concordar, seus dados serão processados para as seguintes razões e atividades. Um dos pais ou um guardião legal deve fornecer o consentimento para quaisquer dependentes menores de 18 anos.

Eu (o candidato à cobertura) e os dependentes nomeados abaixo concordamos com o seguinte:

Nome do candidato à cobertura

Nome do dependente 1

Nome do dependente 2

Nome do dependente 3

- **Permissão para coletar, armazenar e usar dados sobre a minha saúde.** A Allianz pode coletar, armazenar e utilizar dados sobre a minha saúde com o objetivo de administrar a apólice, como, por exemplo, para me fornecer uma cotação de cobertura de seguro, subscrever os riscos relacionados ou processar um pedido de reembolso. A Allianz pode armazenar dados sobre a minha saúde de acordo com as leis do Código do Consumidor aplicáveis a esta apólice de seguro ou com qualquer outra lei aplicável que requeira a retenção de dados.
- **Permissão para obter meus dados de terceiros.** Para me fornecer cobertura de seguro, subscrever os riscos relacionados ou processar quaisquer pedidos de reembolsos, a Allianz pode obter dados sobre a minha saúde e outras informações pertinentes de médicos, enfermeiros e funcionários de hospitais, outras instituições de saúde, casas de cuidados, fundos estatutários de seguro de saúde, o patrocinador de meu plano, associações profissionais e autoridades públicas. Concordo com a liberação de todos os indivíduos dessas instituições e da seguradora de suas respectivas obrigações de confidencialidade em relação aos dados sobre a minha saúde ou outros dados que sejam requeridos para o uso nas circunstâncias listadas acima.

- **Compartilhamento de meus dados fora da Allianz.** A Allianz pode compartilhar os dados sobre a minha saúde e outras informações com especialistas ou instituições descritas abaixo. Eles apenas usarão os dados na mesma extensão e para os mesmos propósitos que a Allianz. Entendo que a Allianz possui contratos com essas instituições que protegem meus dados. Concordo com a liberação de todos os indivíduos dessas instituições e da seguradora de suas respectivas obrigações de confidencialidade em relação aos dados sobre a minha saúde e outros dados que sejam requeridos para o uso nas circunstâncias listadas abaixo:
 - Com profissionais independentes da área da saúde para permitir que estes avaliem os riscos relacionados ao seguro e quaisquer benefícios a serem pagos a mim ou a terceiros me fornecendo tratamento ou serviço de acordo com minha apólice de seguro.
 - Com provedores de serviço que não façam parte do Grupo Allianz que fornecem certos serviços em nome da Allianz, tais como avaliações de riscos e processamento de pedidos de reembolso, quando:
 - estes serviços envolvem a coleta e o uso de dados sobre a minha saúde e outras informações; e
 - a Allianz não for capaz de administrar minha apólice ou de pagar quaisquer benefícios a mim destinados sem tais dados.
 - Com cosseguradoras para distribuir a cobertura do risco do seguro conjuntamente com outras companhias a quem a Allianz emite a apólice, e para processar pedidos de reembolso conjuntamente.
 - Com outras seguradoras/resseguradoras que estejam cobrindo o mesmo risco de seguro ao mesmo tempo (seguro múltiplo) para:
 - distribuir o pagamento ou qualquer compensação que possa ser devida a mim; ou
 - colaborar na detecção ou prevenção de fraude e crime financeiro.

Se eu mudar de ideia em relação às minhas preferências acima, incluindo o cancelamento de meu consentimento para quaisquer desses itens, eu posso notificar a Allianz pelo e-mail AP.EU1DataPrivacyOfficer@allianz.com.

12. Preferências de marketing

Eu (o candidato) e meus dependentes concordamos que a Allianz pode coletar, usar e divulgar meus dados pessoais para fornecer informações de marketing. Eu entendo que os meus dados pessoais só serão processados pelas seguintes razões e atividades com as quais eu expressamente concordei, assinalando os campos abaixo.

	Candidato à cobertura	Dependente 1	Dependente 2	Dependente 3
Nome				
Informações que a Allianz envia sobre seus produtos e serviços, incluindo atualizações sobre suas últimas promoções e novos produtos e serviços.				
Informações enviadas diretamente por outras empresas do Grupo Allianz sobre seus produtos e serviços. Eu entendo que a seguradora divulgará minhas informações de contato relevantes a estas empresas para esse propósito.				
Informações enviadas diretamente por outros parceiros comerciais da Allianz sobre seus produtos e serviços. Eu entendo que a seguradora divulgará minhas informações de contato relevantes a estas empresas para esse propósito.				
Tais comunicações devem ser enviadas para mim através dos seguintes canais:				
E-mail				
Notificações no aplicativo				
Telefone				

13. Aprovações

Assinale as seções para as quais você fornece consentimento

7 Declaração**

8 Nomeação do titular da apólice

9 Nomeação do corretor (se aplicável)

Nome do corretor

10 Seus dados pessoais**

11 Consentimento para uso de dados**

12 Preferências de marketing

Assinaturas

O candidato e cada um dos dependentes nomeados com 18 anos ou mais precisam assinar este formulário. Ao assinar, você está consentindo com as seções assinaladas acima.

Assinatura do candidato à
cobertura

Assinatura do dependente 1

Assinatura do dependente 2

Assinatura do dependente 3

Data (DD/MM/AAAA)

/ /

/ /

/ /

/ /

** Observe que não poderemos processar sua inscrição se você não tiver fornecido consentimento para as seções indicadas em Aprovações acima.

Envie o formulário completamente preenchido por um destes canais:

@ E-mail: individual.joining@e.allianz.com

🏠 Correio: Allianz
15 Joyce Way
Park West Business Campus
Nangor Road
Dublin 12, Irlanda

Se você tiver alguma dúvida em relação ao preenchimento deste formulário ou sobre o processo de solicitação de cobertura, entre em contato com a nossa Central de Atendimento:
+353 1 645 4040

 www.facebook.com/AllianzCare

 www.instagram.com/allianzcare/

 www.linkedin.com/company/allianz-care

 www.x.com/AllianzCare

 www.youtube.com/c/allianzcare

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 versão original inglesa, informamos que a versão inglesa já é legalmente vincular por si mesma.

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.