



# FORMULÁRIO DE Solicitação

PREENCHA ESTE FORMULÁRIO EM LETRA DE FÔRMA

Se estiver adicionando um novo dependente a uma apólice existente, indique o número da sua apólice:

Se estiver solicitando adesão a um grupo, indique:

O nome do grupo

O número do grupo

## Como completar este Formulário de Solicitação

- Você deve preencher o Formulário de Solicitação por completo e nos informar todas as informações relevantes. Assim que você nos enviar sua solicitação, nossa Equipe de Avaliação Médica irá revisar os dados fornecidos. Caso você nos informe sobre quaisquer condições médicas poderemos 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, informe-nos sobre quaisquer condições médicas para as quais você tenha solicitado o reembolso desde o início de sua cobertura conosco.
- A seção 7 deve ser assinada pelo titular da apólice. As seções 8 e 11 devem ser assinadas por todos os candidatos adultos. De acordo com o Regulamento Geral de Proteção de Dados (GDPR) da União Européia, não poderemos processar sua solicitação de cobertura sem tais assinaturas. Um dos pais ou um guardião legal deve preencher estas seções para qualquer candidato à cobertura menor de 18 anos. A Seção 9 deve ser assinada por todos os candidatos à cobertura adultos que desejam nomear um corretor como o principal ponto de contato para esta apólice.
- Se qualquer pessoa que estiver solicitando cobertura estiver passando por tratamento odontológico, certifique-se de preencher um questionário odontológico. Este pode ser baixado no nosso site: <https://www.allianzcare.com/pt/pessoal/formulario-de-solicitacao-para-planos.html>

Quando forem citadas neste formulário, as palavras ou frases a seguir terão o significado definido abaixo.

**País de origem:** O país do qual você (ou seus dependentes, se aplicável) possui um passaporte válido em vigor, é o país em que você nasceu 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.

## 1 DADOS PESSOAIS DO CANDIDATO À COBERTURA (ou seja, da pessoa que se propõe a ser o titular da 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 sob uma apólice individual, 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 sob uma apólice individual).

Sr.  Sra.  Srta.  Outros  Nome

Sobrenome

Data de nascimento  DD / MM / AAAA Sexo: 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)

Indique o idioma no qual você deseja receber os seus documentos da apólice:

Português  Inglês  Espanhol

Detalhes de qualquer plano de saúde atual - nacional ou internacional:

Nome da Seguradora

Número da apólice  Data de início da cobertura  DD / MM / AAAA



## 5 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 condição que podemos razoavelmente assumir que você ou seus dependentes pudessem estar cientes. 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 avaliação médica completa e, se não nos forem declaradas, não serão cobertas. Portanto, é importante que você nos informe sobre quaisquer alterações no seu estado de saúde e no estado de saúde de seus dependentes ou de quaisquer fatos materiais (quaisquer fatos que venham a influenciar a nossa avaliação e aprovação desta solicitação). Além disso, podemos solicitar que você forneça mais informações, se necessário.

## 6 DECLARAÇÃO DE SAÚDE

Responda às perguntas a seguir baseando-se em seu histórico médico completo, bem como no histórico médico de seus dependentes. Todos os fatos materiais devem ser revelados (fatos que possam influenciar nossa avaliação e aceitação desta solicitação de cobertura). Se você tiver dúvidas sobre a materialidade de um fato, este deve ser revelado. Caso você não os revele, 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	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> cm	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> cm	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> cm
Peso	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> kg	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> kg	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> kg
Você consumiu qualquer forma de tabaco no último ano?	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>
Se a resposta for afirmativa, indique a quantidade diária de consumo	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> /dia	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> /dia	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> /dia
Você consome bebidas alcoólicas?	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>
Se a resposta for afirmativa, informe a quantidade de bebidas alcoólicas que você consome por semana (1 dose = 1 unidade, 250ml de cerveja = 1 unidade, 1 taça de vinho = 1 unidade. Indique "zero" se não consumir bebidas alcoólicas)	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> /semana	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> /semana	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> /semana
Você usa óculos ou lentes de contato? Se a resposta for afirmativa, indique as seguintes informações:	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>
• Condição médica			
• Dioptria (grau) para cada olho (informação normalmente indicada na receita oftalmológica)	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> olho direito	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> olho direito	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> olho direito
	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> olho esquerdo	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> olho esquerdo	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> olho esquerdo

### 1. 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:

- Alguma doença ou distúrbio cardíaco ou circulatório, tais como, mas não se limitando, a ataque cardíaco, doença arterial coronariana, batimento cardíaco irregular, sopro, dor no peito, coágulos, desordens sanguíneas, problemas de pressão, colesterol alto, etc. Sim  Não
- Alguma doença ou distúrbio dermatológico tais como, mas não se limitando a psoríase, dermatite, eczema, alergia, acne, etc. Sim  Não
- Alguma doença ou distúrbio endocrinológico, tais como, mas não se limitando a diabetes, problemas de peso, problemas de gota ou da tireoide, outros desequilíbrios hormonais, etc. Sim  Não
- Alguma doença ou distúrbio do olho, da orelha, do nariz e da garganta tais como, mas não se limitado a catarata, glaucoma, perda auditiva, problemas sinusais, das amígdalas e adenoides, etc. Sim  Não
- 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, problemas no fígado, etc. Sim  Não
- Alguma doença ou distúrbio viral ou infeccioso, tais como, mas não se limitando a: hepatite A/B/C, herpes, HIV, malária, meningite, infecções sanguíneas, doenças sexualmente transmissíveis, etc. Sim  Não
- Alguma doença ou distúrbio muscular ou esquelético, tal como, mas não se limitando a dor nas costas, pescoço ou articulações, artrite, paralisia, joint replacement, any cartilage and ligament problem, etc. Sim  Não
- Alguma doença ou distúrbio neurológico, tais como, mas não se limitando a acidente vascular cerebral (AVC), esclerose múltipla, epilepsia, doenças neurodegenerativas, convulsões, enxaqueca, Alzheimer ou outra forma de demência, etc. Sim  Não
- Alguma doença ou distúrbios oncológicos tais como, mas não se limitando a qualquer câncer, leucemia, linfomas, tumores, lesões cutâneas, nódulo, cisto, verruga, pólipos, nevo, etc. Sim  Não
- Algum distúrbio psiquiátrico ou psicológico, tais como, mas não se limitando a depressão, ansiedade, síndrome de fadiga crônica, distúrbios alimentares, problemas de alcoolismo ou drogas, etc. Sim  Não



## 7 DECLARAÇÃO

Leia cuidadosamente as declarações a seguir e assine no espaço abaixo somente se você entender e estiver de acordo com as declarações.

- 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 Care, e que qualquer declaração falsa, incorreta ou enganosa, bem como a omissão de qualquer fato material poderá tornar este contrato nulo e sem efeito.
- Responsabilizo-me em informar imediatamente, por escrito, a Allianz Care 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 Care, 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 que eu possa ter solicitado cobertura.
- Sujeito a restrições legais, a Allianz Care (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:
  - Eu 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 e aceito os termos e condições, conforme resumidos neste e explicados no meu Guia de Benefícios.
  - 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 do mesmo.
  - Eu posso cancelar minha solicitação de cobertura por escrito por carta, e-mail ou fax 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 de minha responsabilidade verificar a exatidão das informações contidas no Certificado de Seguro, uma vez que for emitido. Se o conteúdo não estiver de acordo com o Formulário de Solicitação, mas eu não fizer nenhum protesto dentro de 30 dias após a data de emissão do Certificado de Seguro, serei considerado como tendo aceito a oferta de cobertura.
  - 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 Care 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 (por exemplo, na Suíça).
  - 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.

Como candidato à cobertura, assino e dato este formulário em nome de todas as pessoas incluídas nesta solicitação.



Assinatura do candidato

Nome do candidato em letras de fôrma

Data

## 8 NOMEAÇÃO DO TITULAR DA APÓLICE

Esta seção deve ser preenchida por todos os dependentes que desejem nomear os titulares 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. Para fazer isso, basta selecionar "Sim" abaixo.

Eu autorizo

INSIRA O NOME DO TITULAR DA APÓLICE

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 Care para revogá-la.



Sim  Não

Sim  Não

Sim  Não



Assinatura do dependente 1



Assinatura do dependente 2



Assinatura do dependente 3

## 9 CORRETOR NOMEADO

Se aplicável.

Eu autorizo

INSERT NAME OF BROKER

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 Care para revogá-la.

Somente para uso interno — carimbo/código do intermediário



Assinatura do candidato à cobertura

D D / M M / A A A A

Assinatura do dependente 1

D D / M M / A A A A

Assinatura do dependente 2

D D / M M / A A A A

Assinatura do dependente 3

D D / M M / A A A A

## 10 A PROTEÇÃO DE SEUS DADOS PESSOAIS É DE TOTAL IMPORTÂNCIA PARA NÓS

O nosso Aviso de Proteção de Dados explica como protegemos a sua privacidade. Este é um aviso importante que descreve como processaremos seus dados pessoais. Você deve ler este aviso antes de você enviar quaisquer dados pessoais para nós. Para ler nosso Aviso de Proteção de Dados, visite <https://www.allianzcare.com/pt/privacidade/>

Como alternativa, entre em contato conosco no número + 353 1 645 4040 e solicite uma cópia impressa do Aviso de Proteção de Dados por completo. Se você tiver alguma dúvida sobre como utilizamos seus dados pessoais, você também pode enviar um E-mail para: [AP.EU1DataPrivacyOfficer@allianz.com](mailto:AP.EU1DataPrivacyOfficer@allianz.com)

## 11 CONSENTIMENTO 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.** Allianz Care 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. Allianz Care pode armazenar dados sobre a minha saúde de acordo com as leis do Código do Consumidor aplicáveis à 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 Care 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 Care.** A Allianz Care pode compartilhar os dados sobre a minha saúde e outras informações com os especialistas ou instituições descritas abaixo. Eles apenas usarão os dados na mesma medida e para os mesmos propósitos que a Allianz Care. Entendo que a Allianz Care 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 Care, tais como avaliações de riscos e processamento de pedidos de reembolso, quando:
    - Estes serviços envolvam a coleta e uso de dados sobre a minha saúde e outras informações, e
    - A Allianz Care não seria 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 Care 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 trocar de ideia em relação às minhas preferências acima, incluindo o cancelamento de meu consentimento para quaisquer desses itens, eu posso notificar a Allianz Care por e-mail para [AP.EU1DataPrivacyOfficer@allianz.com](mailto:AP.EU1DataPrivacyOfficer@allianz.com)**



Assinatura do candidato à cobertura

D D / M M / A A A A

Assinatura do dependente 1

D D / M M / A A A A

Assinatura do dependente 2

D D / M M / A A A A

Assinatura do dependente 3

D D / M M / A A A A

## 12 PREFERÊNCIAS DE MARKETING

Eu (o candidato) e meus dependentes concordamos que a Allianz Care 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, marcando  abaixo.

Nome do candidato à cobertura	Nome do dependente 1	Nome do dependente 2	Nome do dependente 3

Informações que a Allianz Care envia sobre seus produtos e serviços, incluindo atualizações sobre suas últimas promoções e novos produtos e serviços.

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

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.

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

Informações enviadas diretamente por outros parceiros comerciais da Allianz Care sobre seus produtos e serviços. Eu entendo que a seguradora divulgará minhas informações de contato relevantes a estas empresas para esse propósito.

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

Tais comunicações devem ser enviadas para mim através dos seguintes canais:

E-mail	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Notificações no aplicativo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Telefone	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Correio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## 13 DADOS DE PAGAMENTO

Você não precisa preencher esta seção se você estiver solicitando adesão a um grupo cujo prêmio é pago pela sua empresa.

Não faça nenhum pagamento até receber o número da apólice.

### Moeda para pagamento

O pagamento deve ser feito em dólares americanos (US\$).

### Frequência e método de pagamento

Os pagamentos estão sujeitos aos seguintes encargos de administração: 0% para pagamentos anuais, 4% para pagamentos semestrais, 6% para pagamentos trimestrais e 8% para pagamentos mensais.

Marque  para indicar a frequência e o método de pagamento de sua preferência:

	Anual	Semestral	Trimestral	Mensal
Cartão de crédito	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cheque	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Não disponível
Transferência bancária	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Não disponível


Se você optou por pagar em cheque ou por transferência bancária, certifique-se de que os pagamentos sejam efetuados em dia, para evitar possíveis atrasos no processamento de pedidos de reembolso.






## Envie o formulário completamente preenchido por um destes métodos:

 E-mail: [underwriting@allianzworldwidecare.com](mailto:underwriting@allianzworldwidecare.com)

 Fax: + 353 1 629 7117

 Correio: Allianz Care  
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/](http://www.facebook.com/AllianzCare/)  
 [www.linkedin.com/company/allianz-care](http://www.linkedin.com/company/allianz-care)  
 [www.youtube.com/c/allianzcare](http://www.youtube.com/c/allianzcare)  
 [www.instagram.com/allianzcare/](http://www.instagram.com/allianzcare/)  
 [twitter.com/AllianzCare](http://twitter.com/AllianzCare)

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.

## PAGAMENTO COM CARTÃO DE CRÉDITO

Se desejar pagar com cartão de crédito, forneça as seguintes informações:

Tipo de cartão de crédito: MasterCard  VISA  American Express  JCB  Diners Club  Discover

Nome do titular do cartão

Número do cartão  Data de vencimento  /  /

Código CVV


VISA, MasterCard, Discover e Diners Club: os últimos três dígitos no painel de assinatura na parte posterior do cartão.

American Express: número de quatro dígitos impresso na parte frontal do cartão acima do número.

**Para a sua segurança, uma vez que todas as informações são transferidas para o nosso sistema, os dados do seu cartão de crédito serão destacados deste formulário e destruídos.**

### Autorização para cartão de crédito

Autorizo a Allianz Care a debitar em meu cartão de crédito o prêmio referente ao meu seguro de saúde. Eu entendo que serei notificado sobre o prêmio quando minha cobertura/renovação for aceita, ou caso eu faça uma solicitação que afete o valor do meu prêmio, como a adição de dependentes. Este pagamento continuará até que a instrução seja cancelada, por minha notificação por escrito à Allianz Care. Entendo que serei notificado com um mês de antecedência sobre qualquer aumento no valor do prêmio.

 Assinatura do titular do cartão \_\_\_\_\_ Data  /  /