

Formulário de Solicitação



Se você optar por preencher a versão impressa deste formulário, **PREENCHA-O EM LETRAS MAIÚSCULAS**

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.
- A seção 5 deve ser assinada pelo titular da apólice. A seção 9 deve ser assinada por todos os candidatos adultos. De acordo com o Regulamento Geral de Proteção de Dados (GDPR) da União Européia, não poderemos processar sua solicitação 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 7 precisa ser assinada por todos os candidatos adultos que desejam indicar um corretor como o principal ponto de contato para esta apólice.

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 passaporte válido ou que 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.

Sr. Sra. Srta. Outros Nome

Sobrenome

Data de nascimento / / 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)

Detalhes de qualquer plano de saúde atual - nacional ou internacional

Nome da Seguradora

Número da apólice Data de início da cobertura / /

2 Dependentes a serem incluídos no contrato

Os dependentes podem incluir o seu cônjuge/parceiro e todos os filhos financeiramente dependentes de você até um dia antes de completarem 18 anos ou até um dia antes de completarem 26 anos, caso sejam estudantes em tempo integral. Se eles tiverem entre 18 a 25 anos e estiverem estudando em período integral, anexe uma carta da faculdade/universidade confirmando seu status de estudante ou uma cópia de sua carteira de estudante. Se não houver espaço suficiente para todos os dependentes, use outro Formulário de Solicitação para garantir que todas as Declarações e Consentimentos relevantes sejam assinados e datados.

	Dependente 1	Dependente 2	Dependente 3
Nível de parentesco com o candidato à cobertura	Cônjuge/Parceiro(a) <input type="checkbox"/> Filho(a) <input type="checkbox"/>	Cônjuge/Parceiro(a) <input type="checkbox"/> Filho(a) <input type="checkbox"/>	Cônjuge/Parceiro(a) <input type="checkbox"/> Filho(a) <input type="checkbox"/>
Nome			
Sobrenome			
Data de nascimento	<input type="text" value="D D"/> / <input type="text" value="M M"/> / <input type="text" value="A A A A"/>	<input type="text" value="D D"/> / <input type="text" value="M M"/> / <input type="text" value="A A A A"/>	<input type="text" value="D D"/> / <input type="text" value="M M"/> / <input type="text" value="A A A A"/>
Sexo	Masculino <input type="checkbox"/> Feminino <input type="checkbox"/>	Masculino <input type="checkbox"/> Feminino <input type="checkbox"/>	Masculino <input type="checkbox"/> Feminino <input type="checkbox"/>
Profissão (obrigatório. Indique se for estudante)			
E-mail (obrigatório para dependentes maiores de 18 anos)			
País de origem			
País principal de residência			
Nacionalidade			

Detalhes de seu plano de saúde atual - nacional ou internacional

Nome da seguradora atual (se aplicável)			
Número da apólice atual (se aplicável)			

3 Data de início da cobertura

Indique a data em que a cobertura deve começar: / /

A aceitação da sua solicitação para cobertura é confirmada quando emitimos seu Certificado de Seguro, e sua cobertura é válida a partir da data de início indicada no certificado.

4 Seus termos de moratória e condições médicas pré-existentes

Como você está solicitando cobertura sob uma apólice com termos de moratória, queremos esclarecer as condições e procedimentos que serão aplicados à sua cobertura de moratória. Leia a definição abaixo, a qual resume como os termos de moratória funcionam - os termos e condições completos estão detalhados no Guia de Benefícios.

Moratória (MORI) 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.

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.

5 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. 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.
- 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 e termos de moratória.
 - Aceito os termos e condições aqui resumidos e explicados detalhadamente em 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:
 - Seja 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

6 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. Para fazer isso, basta assinar 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.

 Assinatura do dependente 1

 Assinatura do dependente 2

 Assinatura do dependente 3


7 Corretor nomeado (se aplicável)

Eu autorizo


INSIRA O NOME DO CORRETOR

Somente para uso interno — carimbo/código do intermediário


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.

 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

8 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 nos enviar quaisquer dados pessoais. Para ler nosso Aviso de Proteção de Dados, visite: www.allianzcare.com/pt/privacy.html

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, também pode enviar um e-mail para: AP.EU1DataPrivacyOfficer@allianz.com

9 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 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 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

 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 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"/>

11 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 que receber o número da apólice.

Moeda para pagamento

Marque para indicar a moeda de pagamento de sua preferência:

Euros	<input type="checkbox"/>
Libras (GBP)	<input type="checkbox"/>
Dólares Americanos	<input type="checkbox"/>

Você pode usar débito automático para pagamentos provenientes de contas europeias em euros (EUR), libras esterlinas (GBP), mas não em dólares americanos (USD).

Frequência e método de pagamento

Os pagamentos estão sujeitos aos seguintes encargos de administração: 0% para pagamentos anuais, 3% para pagamentos semestrais, 4% para pagamentos trimestrais e 5% para pagamentos mensais.

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

	Anual	Semestral	Trimestral	Mensal
Débito automático* (Para pagamentos provenientes de contas europeias em euros ou libras esterlinas)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cartão de crédito	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Transferência bancária	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Não disponível

* Caso escolha pagamento por débito automático, preencha e envie a autorização de débito automático relevante, disponível em: www.allianzcare.com/pt/pessoal/formulario-de-solicitacao-para-planos.html. Se sua apólice faz parte de um plano corporativo e deseja efetuar seus pagamentos por débito automático, você terá que selecionar a opção de pagamento mensal.

Pagamento com cartão

Se desejar pagar com cartão, 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 sejam transferidas para o nosso sistema, os dados do seu cartão de crédito serão destacados deste formulário e destruídos.


Autorização do cartão

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 / /

Envie o formulário completamente preenchido por um destes métodos:

 E-mail: 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/

 www.linkedin.com/company/allianz-care

 www.youtube.com/c/allianzcare

 www.instagram.com/allianzcare/

 twitter.com/AllianzCare