Allianz

Guia de Benefícios para Funcionários

Summit

Planos de saúde internacionais

Válido a partir de 1º de agosto de 2025

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 este guia junto com o seu Certificado de Seguro e com a Tabela de Benefícios.

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 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 por meio de 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.

Sumário

Como usar sua cobertura 4

Serviços de suporte 4

Entenda como sua cobertura funciona 12

Precisa de tratamento? 17

Termos e condições de sua cobertura 27

Termos e condições 27

Administração de sua apólice 28

Pagamento de prêmios 35

Os seguintes termos também se aplicam à sua cobertura 37

Proteção de dados 40

Sugestões e reclamações 40

Definições 41

Exclusões 70

Fale conosco, adoramos ajudar! 80

Como usar 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. Continue lendo para descobrir as opções disponíveis para você.

Fale conosco, adoramos ajudar!

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
Telefone: **+353 1 645 4040**

Para consultar a lista completa de nossos números gratuitos, acesse: www.allianzcare.com/pt/pages/toll-free-numbers.html

E-mail: client.services@e.allianz.com

Você sabia...

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

Estamos aqui quando você mais precisa

Algumas circunstâncias na vida podem ser angustiantes, e não contar com o suporte adequado pode tornar as questões de seguro ainda mais desafiadoras.

Nossa equipe exclusiva está aqui para apoiá-lo. Incentivamos você a comunicar quaisquer necessidades adicionais de suporte que você possa ter, sem receios. Faremos ajustes razoáveis quando necessário, garantindo que você tenha fácil acesso aos nossos produtos e serviços.

Caso precise relatar uma possível necessidade, solicitar ajustes específicos em nossa comunicação ou indicar alguém para interagir conosco em seu nome, entre em contato com nossa equipe pelo e-mail enhancedsupport@e.allianz.com.

Serviços digitais MyHealth

Através do MyHealth, disponível tanto como aplicativo quanto como portal on-line, você tem acesso fácil e conveniente à sua cobertura, independentemente de onde você estiver ou de qual dispositivo você usar.

Funcionalidades do aplicativo e do portal on-line MyHealth:

Minha apólice

Acesse os documentos da apólice e a Carteirinha do Segurado em qualquer lugar.

Meus pedidos de reembolso

Envie pedidos de reembolso em três simples passos e veja o histórico.

Meus contatos

Acesse nossa Central de Atendimento multilíngue, disponível 24 horas. Chat ao vivo também está disponível no portal on-line.

Verificador de sintomas

Obtenha 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 os dados do cartão (se você for responsável pelo pagamento de seu prêmio, em vez 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 portal on-line MyHealth 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. Tenha 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, utilize o e-mail (nome de usuário) e a senha cadastrados para fazer login no portal on-line ou no aplicativo MyHealth. Os mesmos dados de login são usados para ambos e, no futuro, se você alterar os dados de login de um, eles serão automaticamente aplicados ao outro. Assim, você não precisa alterar em ambos os serviços. Também oferecemos uma opção de login biométrico no aplicativo, por exemplo, com reconhecimento facial (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/pt/recursos/recursos-para-segurados você pode:

- pesquisar por provedores médicos – embora você não esteja restrito a usar os provedores listados em nosso diretório, recomendamos fazê-lo para aproveitar o pagamento direto;
- baixar formulários;
- acessar nossa Biblioteca de Saúde e Bem-Estar;
- 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 sua parceira de saúde, nosso objetivo é proporcionar-lhe segurança. 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. Você deve fornecer todas as informações necessárias sobre o seu caso médico e, então, ele o ajudará a encontrar um hospital, médico ou especialista para a Segunda Opinião Médica e dar o parecer 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, o PAE fornece a você e seus dependentes um apoio 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.

Este serviço não é adequado para menores que estejam abaixo da idade legal de consentimento conforme a legislação local, e não inclui terapia de grupo, como terapia familiar.

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

Este guia foi útil?
Responda à nossa breve pesquisa

*** 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 e exclusões da apólice (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.
- **Termos acordados para doenças preexistentes**: a cobertura para doenças preexistentes (incluindo doenças crônicas preexistentes) depende dos termos de subscrição médica da sua apólice.
    - Para apólices de subscrição médica total, as doenças preexistentes são geralmente cobertas, exceto se indicarmos o contrário nos documentos da sua apólice.
    - Para apólices com moratória, as doenças preexistentes só são elegíveis para cobertura depois de concluído um período contínuo de 24 meses após a data de início sem que você tenha apresentado sintomas, necessitado ou recebido tratamento, medicação, dieta ou aconselhamento especial, ou tido quaisquer outras indicações da doença durante esse período.

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 médico mais próximo também serão cobertas. Para solicitar o reembolso de despesas médicas e de viagem, você deverá preencher o Formulário de Pré-autorização e nos enviar 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 da 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 vigência do seguro e o limite de benefício muda 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 gravidez múltipla, gravidez de substituição, adotados ou tutelados

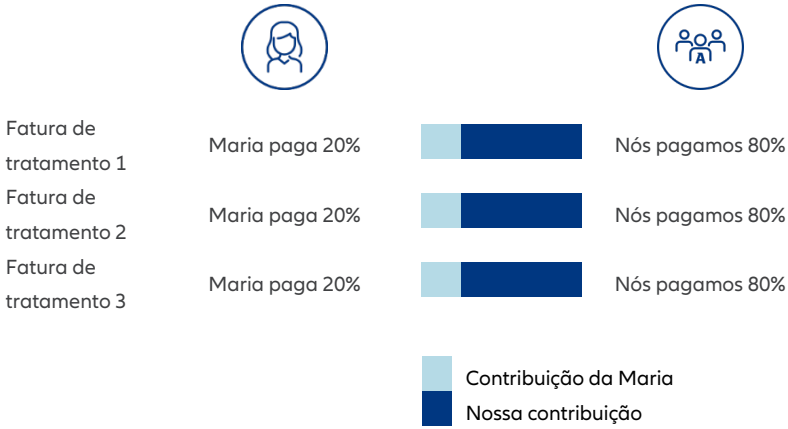
Há um limite para o tratamento hospitalar para os três primeiros meses após o nascimento se o bebê:

- nasceu de uma gravidez de substituição;
- é adotado;
- é tutelado;
- nasceu de gravidez múltipla 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.

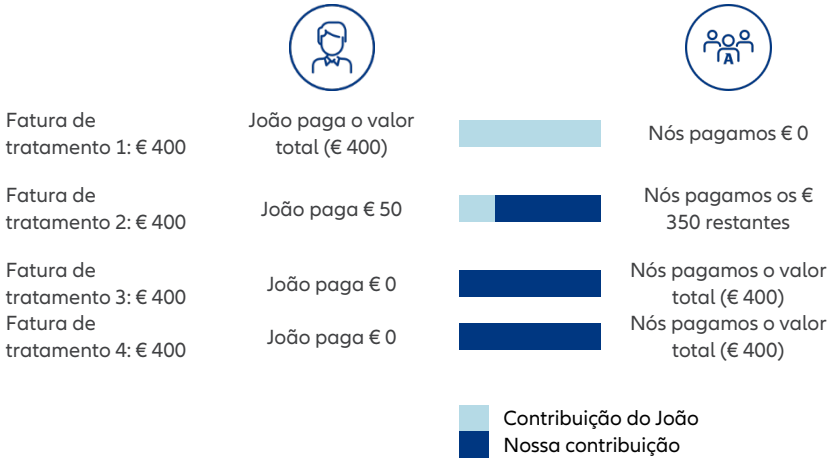
O que são copagamentos?

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, Maria 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 a 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 fazer 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. Seu plano 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.

Passo 1. 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. Entretanto, você pode entrar em contato com a nossa Central de Atendimento sempre que tiver dúvidas.

Passo 2. Confirme se o seu tratamentos requer nossa pré-autorização

Confira na Tabela de Benefícios quais tratamentos e serviços requerem nossa pré-autorização (por meio do Formulário de Pré-autorização). Estes são principalmente tratamentos hospitalares e de alto custo. Esse processo nos ajuda a avaliar cada caso, a organizar tudo com o provedor médico antes da sua chegada e a facilitar o pagamento direto de sua despesa médica, 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 comprovado posteriormente que o tratamento ou serviço não era elegível, **nós nos reservamos o direito de declinar o seu pedido de reembolso**.

- Se for comprovado posteriormente que o tratamento ou serviço era elegível, poderemos pagar o reembolso parcial do benefício elegível, conforme indicado na sua Tabela de Benefícios.

Passo 3. Utilize a rede de provedores

Recomendamos que você utilize a rede de provedores médicos para seus tratamentos, pois ela oferece as seguintes vantagens:

1. Se o seu tratamento exigir **pré-autorização**, o provedor médico credenciado poderá solicitá-la em seu nome.
2. A maioria dos tratamentos poderá ser feita por pagamento direto.

O que é pagamento direto?
Pagamento direto significa que pagamos suas despesas médicas elegíveis diretamente ao provedor médico. No entanto, caso seu plano inclua franquias ou copagamentos, ou se o custo do tratamento ou serviço exceder os limites de benefícios do seu plano, pode ser que você ainda tenha de pagar alguma quantia.

E se o pagamento direto não estiver disponível para o meu tratamento?
Nem todos os custos de tratamento podem ser pagos diretamente: seu provedor médico credenciado o informará quando este método não estiver disponível. Nesses casos, você precisará pagar ao seu provedor médico e então nos enviar uma solicitação de reembolso, conforme explicado na seção "Solicitando reembolso para despesas ambulatoriais, odontológicas e outras".

Quais provedores estão incluídos na rede médica?
Você pode confirmar os provedores médicos incluídos em sua rede acessando os serviços digitais MyHealth. Ao agendar uma consulta com um provedor médico credenciado, certifique-se de informar o número da sua apólice, que consta na sua carteirinha de segurado.

Como solicitar pré-autorização

Se, no Passo 2 acima, você confirmou que seu tratamento requer pré-autorização e o provedor médico escolhido não pode solicitá-la por você, siga o processo abaixo:

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 para medical.services@e.allianz.com.

Contataremos o provedor médico para organizar o pagamento direto, quando possível.

Em casos de emergência

Procure o tratamento de emergência necessário e entre em contato conosco se precisar de aconselhamento ou apoio. Caso você seja 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 solicitar informações referentes ao Formulário de Pré-Autorização por telefone quando você nos ligar.

Se o tratamento estiver programado para começar em 72 horas, nossa Central de Atendimento poderá receber informações referentes ao Formulário de Pré-Autorização por telefone. É importante observar 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 o seu tratamento não pode ser pago diretamente ao provedor e 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 a descrição detalhada dos custos.

Solicite o reembolso dos custos elegíveis pelo nosso aplicativo ou portal MyHealth (www.allianzcare.com/pt/myhealth.html).
Basta fornecer alguns detalhes importantes, anexar sua fatura médica e clicar em "enviar".

Processamento rápido dos pedidos de reembolso

Assim que recebermos todas as informações necessárias, poderemos processar e emitir um reembolso dentro de 48 horas. Entretanto, só podemos fazer isso se você nos informar o seu diagnóstico, por isso, certifique-se de incluí-lo na sua solicitação. Caso contrário, precisaremos pedir os detalhes a você ou ao seu médico.

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

Serviços de Evacuação e Repatriação

Ao primeiro sinal de que você precisa de uma evacuação ou repatriação médica, contate 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 nos contatar por e-mail. Se enviar um e-mail, 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 acessar tratamento 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:

- **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.

- **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.

- **Pagamento direto de faturas médicas**: Se fizermos um pagamento diretamente ao seu provedor médico para cobrir seus custos médicos e posteriormente concluirmos que sua solicitação não é elegível, nós nos reservamos o direito de recuperar o valor total da solicitação de você.

- **Documentos de apoio:** Quando você nos envia cópias de documentos de apoio (por exemplo, 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 da conta ou do cartão). 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.

- **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.

Se você tiver cobertura de seguro com outra seguradora de saúde e o mesmo tratamento hospitalar ou em centro de cuidado diário for elegível tanto no seu plano com a outra seguradora quanto no seu plano de saúde conosco:

- você pode obter um reembolso da outra seguradora e solicitar que o valor pago por ela seja aceito como contribuição para o valor da franquia do seu plano de saúde conosco;
- você também pode solicitar que qualquer limite de benefício restante disponível em seu plano de saúde conosco seja usado para cobrir qualquer franquia ou copagamento aplicado pela outra seguradora em seu pedido com eles.

Ao fazer sua solicitação, envie-nos uma cópia da fatura detalhada do hospital ou centro de cuidado diário, juntamente com uma declaração ou documento oficial confirmando os custos pagos pela outra seguradora. Observe que, em ambos os casos, o valor total a ser pago por nós permanece sujeito a qualquer limite de benefício aplicável em seu plano conosco.

Moeda e encargos: 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. Cobriremos todos os encargos associados ao pagamento. No entanto, caso seu banco aplique uma taxa para receber fundos na sua conta como parte de seus termos e condições, não nos responsabilizaremos por esta taxa.

- **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 e analisarmos quaisquer franquias ou copagamentos indicados na Tabela de Benefícios.

- **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.

- **Depósitos:** Caso você tenha de pagar um depósito antes do início de qualquer tratamento médico, reembolsaremos os gastos somente após o final do tratamento.

- **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 especialistas. Todas as informações terão caráter confidencial. Nós nos reservamos o direito de não oferecer cobertura para seus benefícios caso você ou seus dependentes não colaborem conosco na obtenção das informações 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:

Para isso, você deve nos enviar:

- 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 é casado 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 ou tutelados) e filhos nascidos em 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 o valor total àquele que estiver vivo, caso um deles já tenha falecido.
- Na ausência destes, os herdeiros diretos do 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 responsável. 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, 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 a 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, bem como quaisquer termos especiais que possam se aplicar à sua apólice. Nós enviaremos um novo Certificado de Seguro se precisarmos registrar quaisquer alterações em sua apólice. Essas podem ser alterações que sua empresa venha a solicitar, alterações que temos o direito de fazer ou alterações de informações pessoais que você solicitar. Observe que a nossa aprovação é necessária para algumas solicitações de alteração. Você pode consultar a seção "Administração de sua apólice" abaixo para obter mais detalhes.

- Sua **Tabela de Benefícios** detalha o(s) plano(s) selecionados por sua empresa e os benefícios disponíveis a você. Também especifica quaisquer benefícios/tratamentos que requerem que você envie o Formulário de Pré-autorização e confirma se limites específicos de benefícios, períodos de carência, franquias e/ou copagamentos são aplicáveis ao seu plano. 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 mais 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 podem mudar periodicamente, mediante acordo entre nós e sua empresa.

Administração de sua apólice

Quando a sua cobertura começa

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 vinculado a esses termos.

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 plano corporativo, e, para filhos, até eles atingirem a idade limite. Seus filhos dependentes estarão cobertos pela apólice até o dia anterior a completarem 18 anos ou, se estiverem estudando em tempo integral, 26 anos. 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 em seu plano como dependente, desde que esteja autorizado a fazê-lo nos termos do acordo entre sua empresa e nós. O processo é diferente dependendo do tipo de apólice que você possui:

- Apólices com subscrição médica total (SMT); ou
- Apólices com moratória (MORA); ou
- Apólices sem subscrição médica; ou
- Apólice com TTC/ EMPC (anteriormente SMT), ou
- Apólice com TTC/ EMPC (anteriormente MORA).

Seu Certificado de Seguro indicará o tipo de apólice que você possui. Você encontrará as definições de cada tipo de apólice na seção "Definições" deste guia.

Para incluir um dependente, basta seguir o processo abaixo conforme o seu tipo de apólice. Além disso, caso o dependente que você deseja incluir seja um recém-nascido, consulte o parágrafo sobre “Limites de tratamento hospitalar para dependentes recém-nascidos” abaixo.

Apólices com subscrição médica total E apólices com TTC/EMPC (anteriormente SMT)
Para incluir um membro da família em sua apólice, contate o administrador da conta de sua empresa. Seu dependente deverá preencher o formulário de solicitação relevante e estará sujeito a subscrição médica. Se a solicitação for aceita, a cobertura terá início a partir da data de aceitação.

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

Como posso incluir um recém-nascido em minha apólice?
Entre em contato com o administrador da conta da sua empresa dentro de quatro semanas após o nascimento do bebê e certifique-se de enviar a certidão de nascimento. Com exceção de bebês nascidos de gravidez múltipla, aceitaremos o bebê sem subscrição médica se um dos pais biológicos ou um dos pais beneficiários (no caso de gravidez 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 o notificar dentro de quatro semanas?
A criança será submetida a subscrição 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 gravidez múltipla serão submetidos a subscrição e, se aceitos, a cobertura começará a partir da data de aceitação.

Apólices com moratória E apólices com TTC/EMPC (anteriormente MORA)
Para incluir um membro da família em sua apólice, contate o administrador da conta de sua empresa. Seu dependente deverá preencher o formulário

de solicitação relevante. Se a solicitação for aceita, será aplicada uma nova moratória para esse dependente, e a cobertura terá início a partir da data informada pelo administrador da conta de sua empresa.

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

Como posso incluir um recém-nascido em minha apólice?
Entre em contato com o administrador da conta da sua empresa dentro de quatro semanas após o nascimento do bebê e certifique-se de enviar a certidão de nascimento. Com exceção de bebês nascidos de gravidez múltipla, aceitaremos o bebê sem moratória se um dos pais biológicos ou um dos pais beneficiários (no caso de gravidez 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 o notificar dentro de quatro semanas?
Se você nos notificar com atraso e a solicitação do seu dependente recém-nascido for aceita, será aplicada uma nova moratória para esse dependente, e a cobertura terá início a partir da data em que aceitamos incluí-lo.

E se eu estiver adicionando vários bebês (como gêmeos, trigêmeos, etc.)?
Para solicitar a inclusão de bebês nascidos de gravidez múltipla, basta preencher o formulário de solicitação relevante. Vamos analisar a sua solicitação e, caso seja aceita, confirmaremos a data em que concordamos incluir o recém-nascido na apólice e se uma nova moratória será aplicada.

Apólices sem subscrição médica
Para incluir um membro da família como dependente em sua apólice, basta comunicar a empresa, e eles organizarão o processo conosco.

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

Como posso incluir um recém-nascido em minha apólice?
Bebês recém-nascidos (incluindo bebês nascidos de gravidez múltipla, gravidez de substituição, bem como bebês adotados e tutelados) serão aceitos para cobertura desde o nascimento, desde que sejamos notificados

dentro de quatro semanas da data de nascimento. Para incluir um recém-nascido em sua apólice, você deve solicitar à sua empresa que nos envie um pedido por escrito, incluindo uma cópia da certidão de nascimento.

O que acontece se eu não notificar minha empresa dentro de quatro semanas?
Se formos notificados quatro semanas ou mais após o nascimento, a cobertura terá início a partir da data de notificação.

Limites de tratamento hospitalar para dependentes recém-nascidos

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

- nasceu de uma gravidez de substituição;
- é adotado;
- é tutelado;
- nasceu de gravidez múltipla 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 o 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. 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

Ao escrever para nós, use e-mail ou correio (com a postagem paga). Normalmente, não devolvemos documentos originais, a menos que você os 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 a de seus dependentes, quando aplicável), sua apólice será automaticamente renovada para o próximo ano de vigência do seguro, desde que:

- possamos continuar a oferecer cobertura em seu país de residência;
- todos os prêmios devidos a nós tenham sido pagos;
- seus dados de pagamento ainda estejam válidos na data de renovação da apólice. Você deve nos informar se receber um cartão novo/substituto ou se os dados da sua conta bancária tiverem sido 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 sua empresa for rescindido;

- se sua empresa decidir terminar 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, fornecendo informações falsas, omitindo informações necessárias ou associando-se a terceiros para nos fornecer informações falsas, intencional ou inadvertidamente, a fim de influenciar nossa decisão sobre:

- a aprovação de sua adesão (ou a de seus dependentes) ao plano.
- os prêmios que sua empresa tem a pagar;
- o direito a receber um reembolso.

Expiração da apólice

Observe que, quando a cobertura do seu seguro expirar, o seu direito a reembolsos também é encerrado. 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 após o encerramento do plano corporativo

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 subscrição. Se aceitarmos a sua solicitação, a cobertura iniciará um dia após a sua saída da apólice corporativa.

E-mail: individual.sales@allianzworldwidecare.com

Pagamento de prêmios

Se a 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 cobertos pelo 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 mais informações, consulte sua empresa.

Se você paga o prêmio do seu seguro

Se você for o responsável pelo pagamento de seus prêmios, você deverá pagar antecipadamente pelo período de sua cobertura. Seu Certificado de Seguro mostra o valor que sua empresa acordou conosco e a frequência de pagamento selecionada. O **prêmio inicial** – ou a primeira parcela do prêmio – deverá ser pago imediatamente após aceitarmos sua solicitação de cobertura. 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 nos responsabilizamos pela perda ou atraso de pagamentos feitos por terceiros. Os **prêmios subsequentes** terão como vencimento o primeiro dia do período escolhido para pagamento.

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

- Imposto sobre o prêmio do seguro
- Imposto sobre o valor agregado (IVA)
- Outros impostos, arrecadações ou encargos relacionados à sua cobertura que legalmente tenhamos de pagar ou cobrar de você.

Tais cobranças podem já estar em vigor no momento da aceitação de sua cobertura, 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 optar por encerrar a sua cobertura. Não aplicaremos nenhuma das alterações se você encerrar seu contrato dentro de 30 dias a partir da data em que elas entrarem em vigor ou dentro de 30 dias após informarmos você sobre as 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 competentes, 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. Neste caso, você será informado a respeito dessas alterações, e estas devem entrar em vigor apenas a partir da data de renovação. Se você desejar, pode alterar a forma de pagamento na renovação da apólice. Para isso, envie-nos por escrito 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, entre em contato conosco para que possamos discutir a respeito, já que, se você não fizer o pagamento na data estabelecida, pode perder sua cobertura.

Os seguintes termos também se aplicam à sua cobertura

Lei aplicável:
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 total reembolsado por um sinistro, quer nos termos desta apólice, do esquema público de saúde e/ou de qualquer outro seguro, não excederá os custos incorridos por você para o sinistro em questão.

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 outra terceira parte.

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 autorizados a recuperar de você os valores pagos por nós e a cancelar a apólice.

Temos o direito de reivindicar 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. 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:

- Para **apólices com subscrição médica total**, 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.

- Para **apólices com moratória**, a cobertura da moratória será aplicada mesmo que você declare 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 novos fatos substanciais que você venha a declarar.

- 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 ou em nome de seus dependentes 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 confidenciais relacionadas a um membro da família.

Proteção de dados

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/

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

Nossa Central de Atendimento é sempre o primeiro ponto de contato 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:

Telefone: **+353 1 645 4040**

Ligações gratuitas: www.allianzcare.com/pt/pages/toll-free-numbers

E-mail: client.services@e.allianz.com

Endereço: **Equipe de Atendimento a Reclamações, Allianz , 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, acesse: www.allianzcare.com/pt/procedimento-de-gestao-de-reclamacoes/

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

Definições

As definições a seguir se aplicam aos nossos Planos de Saúde. Consulte sua Tabela de Benefícios para conhecer os benefícios que se aplicam à sua cobertura. Caso seu plano inclua algum benefício que não esteja listado abaixo, sua definição estará na seção "Notas", ao final da Tabela de Benefícios. Sempre que aparecerem na documentação da sua apólice, as palavras ou frases a seguir terão o sentido definido a seguir.

Acidente
É um evento súbito e inesperado que resulta em lesão, causado por um fator externo à pessoa segurada. A causa e os sintomas da lesão devem ser clínica e objetivamente definíveis, de forma a permitir um diagnóstico e requerer tratamento.

Acomodação hospitalar
Refere-se a um quarto padrão, particular ou semiparticular, como indicado na Tabela de Benefícios. Pagamos os custos de sua acomodação hospitalar e todos os tratamentos e serviços elegíveis de internação/cuidados diários necessários durante o uso do quarto, até as taxas razoáveis e costumeiras associadas ao tipo de quarto especificado em sua Tabela de Benefícios. Quartos de luxo, executivos e suítes não serão cobertos.

Não cobrimos despesas não médicas ou pessoais cobradas separadamente do custo de acomodação hospitalar, como chamadas telefônicas ou jornais. Se as refeições não estiverem inclusas no custo da acomodação hospital, cobriremos apenas até três refeições completas por dia. Uma refeição completa consiste em uma entrada, um prato principal, uma sobremesa e uma bebida.

Observe que, se a sua internação hospitalar estiver relacionada a outro benefício coberto pela sua apólice, a acomodação hospitalar pode já estar incluída nesse benefício. Por exemplo, se você for hospitalizado para tratamento de câncer, a acomodação hospitalar será coberta pelo benefício "Oncologia", em vez do benefício "Acomodação hospitalar". Outros benefícios que podem incluir acomodação hospitalar (quando inclusos em seu plano) são: "Psiquiatria e psicoterapia", "Rotinas de maternidade", "Atendimento paliativo" e "Tratamento de longo prazo". Caso o seu benefício inclua acomodação hospitalar, o tipo de quarto especificado em "Acomodação hospitalar" na sua Tabela de Benefícios também se aplicará a esses outros benefícios. Por exemplo, se o seu benefício de "Acomodação hospitalar" cobrir um tipo de quarto semiparticular e você estiver hospitalizado para tratamento de câncer, o benefício de "Oncologia" incluirá cobertura apenas para acomodação em quarto semiparticular.

Se o tipo de quarto especificado na sua Tabela de Benefícios não estiver disponível no hospital, ou se você escolher um tipo de quarto superior, cobriremos a sua acomodação, bem como todos os tratamentos e serviços relacionados à internação e aos cuidados diários, até os valores razoáveis e costumeiros associados ao tipo de quarto indicado na sua Tabela de Benefícios.

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. Este acordo estabelece quem pode receber cobertura, quando a cobertura começa, 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(a)
É o surgimento repentino de sintomas ou de uma condição médica.

Ambulância local
Transporte de ambulância para o hospital ou centro médico licenciado mais próximo disponível e apropriado quando necessário para uma emergência ou por necessidade médica para receber o tratamento para o qual você está coberto.

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 da 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.

Apólices com moratória
São apólices em que não consideramos ou avaliamos o histórico médico dos segurados quando solicitam cobertura. Os segurados estão cobertos para todas as despesas elegíveis incluídas no seu plano, sujeitas aos termos e condições da apólice – no entanto, quaisquer pedidos de reembolso relacionados a doenças preexistentes estão sujeitas a Moratória (ver definição).

Apólices com subscrição médica total
São apólices nas quais os segurados devem fornecer informações detalhadas sobre seu histórico médico quando solicitam cobertura. Avaliamos o histórico médico antes de confirmar a cobertura, para determinar o tipo de risco do seguro: com base no risco do seguro, podemos confirmar a cobertura com exclusão de certos benefícios e/ou com sobretaxas aplicadas ao prêmio. A cobertura para doenças preexistentes está sujeita aos termos oferecidos por nossa equipe de subscrição e regida pelos benefícios, termos e condições da apólice.

Apólices sem subscrição médica
São apólices em que não solicitamos aos segurados que forneçam informações sobre sua saúde no momento da adesão, pois seu histórico médico não é considerado nem avaliado. Doenças preexistentes são cobertas e estão sujeitas aos benefícios, termos e condições da apólice.

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 a gravidez. Para mulheres com idade igual ou superior a 35 anos, estão incluídos testes triplo/de Bart, quádruplo ou espinha bífida, amniocentese e, quando diretamente vinculada a uma amniocentese qualificável, análise de DNA

Atraso no desenvolvimento

Se o benefício "Atraso no desenvolvimento" estiver incluído em seu plano, investigações médicas e tratamentos necessários devido a um atraso comprovado no desenvolvimento cognitivo de pelo menos 12 meses são cobertos. O atraso no desenvolvimento – incluindo dificuldade de fala, percepção tardia, dislexia e dificuldades de aprendizagem – deve ser quantificado e documentado por profissionais médicos qualificados.

As despesas com psiquiatria e psicoterapia, fonoaudiologia e terapia ocupacional serão cobertas por este benefício até o limite estabelecido na sua Tabela de Benefícios. As sessões de aconselhamento só serão cobertas se forem realizadas por um conselheiro ou psicoterapeuta qualificado. Não cobrimos suporte educacional diário, internações, estadias ou tratamento de cuidados diários em entidades educacionais especializadas.

Benefício de morte por acidente

Valor indicado na Tabela de Benefícios que será pago caso o segurado, com idade entre 18 e 70 anos, venha a falecer em decorrência de um acidente (inclusive um acidente de trabalho), durante o período do seguro e em até 365 dias da data do ocorrido.

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 teve despesas. Nesse caso, você pode solicitar o benefício pago em dinheiro ao paciente internado, limitado ao valor especificado na Tabela de Benefícios e que é pago após a alta do hospital.

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

Procedimento cirúrgico realizado em um centro cirúrgico, hospital, clínica ou ambulatório e que não requer internação por necessidade médica.

Cirurgia bariátrica

Procedimentos cirúrgicos destinados à perda de peso devido a necessidade médica. Isso inclui todas as avaliações e consultas pré e pós-cirúrgicas e quaisquer complicações posteriores, até o

limite do benefício. Os procedimentos cirúrgicos cobertos incluem apenas cirurgia de bypass gástrico, gastrectomia vertical (sleeve), derivação biliopancreática (com ou sem switch duodenal), banda gástrica ajustável de silicone por via laparoscópica. A cobertura é oferecida somente para os casos que apresentam todos os critérios a seguir:

- O segurado tem um Índice de Massa Corporal (IMC) de 40 ou acima, ou um IMC de 35 a 40 juntamente com outras duas doenças relevantes que poderiam ter o quadro melhorado com a perda de peso: hipertensão, diabetes mellitus tipo 2, hipercolesterolemia, doença cardíaca isquêmica.
- O segurado já tentou todos os meios não cirúrgicos mas não consegue atingir ou manter o peso clinicamente adequado por pelo menos um ano. Todos os esforços para a perda de peso de maneira natural, incluindo uma alimentação saudável e exercícios regulares, precisam ser comprovados para a nossa equipe médica.
- O segurado recebeu ou irá receber o acompanhamento intensivo de um serviço especializado em obesidade. Nós nos reservamos direito de determinar se uma clínica de obesidade/cirurgião bariátrico se qualifica como um serviço especializado em obesidade.
- O segurado se compromete com a necessidade de acompanhamento e supervisão de longo prazo.

Nós nos reservamos o direito de recusar a cobertura para cirurgia bariátrica se determinarmos que ela não é clinicamente necessária.

A cobertura para complicações está disponível somente se a cirurgia bariátrica original tiver sido coberta por esta apólice. Não cobrimos cirurgia/tratamento com balão gástrico, sistemas de bloqueio do nervo vago ou outros procedimentos cirúrgicos não listados acima.

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. A cobertura está disponível quando o tratamento para o acidente ou cirurgia inicial também foi coberto por esta apólice.

Cirurgia odontológica
Cirurgias bucais e dentárias, como extração cirúrgica de dentes (incluindo dentes impactados), apicectomia e remoção cirúrgica de cistos. Este benefício também cobre o tratamento necessário para dar suporte à cirurgia odontológica, incluindo medicamentos odontológicos prescritos e procedimentos investigativos, como exames laboratoriais, raios X, tomografias computadorizadas e ressonâncias magnéticas que estabeleçam a necessidade de cirurgia odontológica. A cirurgia odontológica não cobre tratamento cirúrgico relacionado a implantes dentários.

O tratamento cirúrgico para distúrbios da articulação temporomandibular, fraturas ósseas faciais, deformidades congênitas da mandíbula, doenças das glândulas salivares e tumores é coberto dentro dos limites de benefícios relevantes do Plano Principal. A cirurgia ortognática

para a correção da maloclusão também é coberta dentro desses limites, mas a cobertura é fornecida somente se o benefício “Tratamento ortodôntico” também estiver incluído no seu plano odontológico.

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

- houver histórico familiar direto de uma doença que faça parte de uma síndrome de câncer hereditário (por exemplo, câncer de mama ou câncer de ovário); e
- quando testes genéticos estabelecerem a presença de síndrome de câncer hereditário.

Complicações na gravidez
Tratamento clinicamente necessário para diabetes gestacional, pré-eclâmpsia, natimorto e mole hidatiforme, quando relacionado à saúde da mãe durante os estágios pré-natais da gravidez. Observe que, em caso de gravidez ectópica, aborto espontâneo ou risco de aborto espontâneo, a cobertura será fornecida sob os benefícios de saúde da segurada que não estão relacionadas à maternidade. Outros custos pré-natais são cobertos pelo benefício da "Rotinas de maternidade".

Complicações no parto
Apenas cesarianas medicamente necessárias, hemorragia pós-parto e retenção placentária. Isso inclui despesas hospitalares, honorários de especialistas e honorários de enfermeiros obstetras relacionados ao parto. Para cesarianas que não são medicamente necessárias, consulte a definição de "Rotinas de maternidade".

Condição médica aguda
É uma doença de duração breve, com um término definido e que, na nossa opinião razoável, baseada em aconselhamento ou orientação geral, pode ser curada por meio de tratamento.

Condições congênitas
Referem-se a 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 posteriormente.

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. Os serviços de consulta por vídeo não estão sujeitos a copagamentos quando acessados pelo Portal de Telessaúde.

Cuidados de afirmação de gênero

Os seguintes tratamentos e serviços medicamente necessários, conforme exigido para o tratamento de disforia de gênero, sujeitos às leis e regulamentações locais aplicáveis:

- 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, psicólogo clínico ou psicoterapeuta licenciado.
- Consultas e tratamento ambulatoriais, incluindo tratamento ambulatorial pré e pós-internação para procedimentos de afirmação de gênero e cirurgia de afirmação de gênero elegíveis.
- Terapia hormonal.
- Aulas de voz e cirurgia e/ou terapia para adequação da voz.
- Os seguintes procedimentos de afirmação de gênero realizados para alinhar suas caraterísticas sexuais físicas com sua identidade de gênero, desde que sejam realizados de acordo com as diretrizes de prática clínica internacionalmente aceitas:
  - Lifting facial/frontal
  - Blefaroplastia
  - Redução óssea facial (osteoplastia)
  - Implantes de bochecha/malar
  - Rinoplastia
  - Implantes de queixo/nariz
  - Harmonização labial (apenas procedimento inicial)
  - Redução da mandíbula
  - Laringoplastia
  - Redução da tireoide (condroplastia)
  - Lifting do pescoço
  - Regeneração da pele (por exemplo, dermoabrasão, peelings químicos)
  - Remoção permanente dos pelos
  - Transplante capilar (apenas procedimento inicial)

  A cobertura não se estende a injeções de Botox ou preenchimento, exceto quando necessário como parte integrante de um dos procedimentos listados.

- Cirurgia de afirmação de gênero, como segue, se todos os critérios forem atendidos:
  Para cirurgia de mama/tórax (por exemplo, mastectomia, reconstrução torácica, mamoplastia de aumento):
  - Você deve ter uma carta de recomendação para cirurgia de um profissional de saúde mental com nível de mestrado (ou superior) relevante na área.
  - A recomendação deve ser baseada em avaliações realizadas nos últimos 24 meses, indicando que sua decisão é atual e não é influenciada por nenhuma outra condição ou distúrbio tratável.

- A recomendação deve declarar que a cirurgia é medicamente necessária conforme diretrizes clínicas baseadas em evidências internacionalmente aceitas.
- A cirurgia deve ser realizada de acordo com as diretrizes clínicas internacionalmente aceitas.

Observação: A mastopexia (elevação da mama) é coberta apenas se for realizada como parte da mamoplastia de aumento inicial.

Para a cirurgia genital (por exemplo, vaginoplastia, faloplastia):

- Você deve ter duas cartas de recomendações para a cirurgia de dois profissionais de saúde mental
  diferentes que possuam nível de mestrado (ou superior) relevante na área. Pelo menos uma das cartas deve incluir um relatório extenso do caso.
- Cada recomendação deve ser baseada em avaliações realizadas nos últimos 24 meses, indicando que sua decisão é atual e não é influenciada por nenhuma outra condição ou distúrbio tratável.
- Cada recomendação deve declarar que a cirurgia é medicamente necessária conforme diretrizes clínicas baseadas em evidências internacionalmente aceitas.
- A cirurgia deve ser realizada de acordo com as diretrizes clínicas internacionalmente aceitas.

A cobertura não se estende ao tratamento ou serviços de preservação da fertilidade, incluindo coleta, criopreservação, armazenamento e/ou transporte de tecidos reprodutivos, embriões, espermatozoides ou ovócitos.

Se você tiver uma apólice com moratória, seus termos de subscrição serão dispensados para esse benefício. Isso significa que a cobertura está disponível sob esse benefício mesmo que seus sintomas ou diagnóstico sejam preexistentes. No entanto, qualquer período de carência aplicável deverá ser cumprido.

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 neonatais

Acomodação neonatal e os seguintes exames, procedimentos diagnósticos e tratamentos essenciais, conforme necessário após o parto:

- exames costumeiros necessários para avaliar a integridade e as funções básicas dos órgãos e da 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 necessários serão cobertas pela apólice do recém-nascido (se este tiver sido adicionado como um dependente). O tratamento hospitalar para bebês nascidos de gravidez múltipla resultante da reprodução assistida e para bebês nascidos de gravidez de substituição, bem como para bebês adotados ou tutelados, está limitado a £ 24.900/ € 30.000/ US$ 40.500 por criança para os primeiros três meses após o 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
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 reinscreveu 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
É 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
Cônjuge ou parceiro e filhos não casados nomeados no Certificado de Seguro como seus dependentes. Filhos são cobertos até um dia antes de completarem 18 anos ou, se forem estudantes em tempo integral, até um dia antes de completarem 26 anos.

Despesas de acomodação para um dos pais acompanhando um dependente menor

Referem-se aos custos de acomodação hospitalar para um dos pais ou guardião legal 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 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, caso 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.

A cobertura desses benefícios só estará disponível se a evacuação/repatriação associada também estiver coberta pelo seu plano. A cobertura não inclui hospedagem em hotel ou outras despesas relacionadas.

Despesas de viagem dos segurados no caso de falecimento ou de risco de morte de um parente próximo

Referem-se aos custos razoáveis de transporte de familiares segurados para estarem com um parente próximo que esteja em risco 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 incluem o cônjuge ou parceiro(a), pais (incluindo pais legalmente adotivos), padrasto/madrasta, tutor legal, sogros, irmãos (incluindo irmãos adotivos e cunhados), 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 de viagem para um acompanhante do paciente evacuado/repatriado

Referem-se aos custos de transporte de uma pessoa acompanhando o paciente evacuado/repatriado. Se eles não puderem viajar no mesmo veículo, pagaremos por uma forma alternativa de transporte em tarifa econômica. Finalizado o tratamento, ofereceremos cobertura também para a viagem de volta, em tarifa econômica, para o país desde onde a evacuação ou repatriação começou.

A cobertura desses benefícios só estará disponível se a evacuação/repatriação associada também estiver coberta pelo seu plano. A cobertura não inclui hospedagem em hotel ou outras despesas relacionadas.

Despesas funerárias

São os custos de sepultamento ou cremação ocorridos fora do país de origem ou principal país de residência. Não inclui custos cerimoniais relacionados, como alimentos e bebidas, viagens, acomodação, flores e cartões de condolências.

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 determinar 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 são subscrição médica completa ou EMPC/TTC, anteriormente SMT:

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 são moratória ou EMPC/TTC, anteriormente 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 doença ocorreria após a data de início.
- A doença mostrou-se claramente presente por meio de sinais ou sintomas, exigindo tratamento, investigações ou medicação.
- Você tinha conhecimento de que sofria desta doença.

Depois de completar um período contínuo de 24 meses após a data de início da sua apólice, sua doença 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 doença.
Se você tiver apresentado sintomas, necessitado ou recebido tratamento, medicação, dieta especial ou aconselhamento ou outras indicações de qualquer doença durante o período de 24 meses, o período de carência será reiniciado para essa doença (moratória contínua).

Emergência
É o surgimento 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 Avaliação com Moratória (MORA), ou EMPC/TTC, anteriormente 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 à audição e à 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 a 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.

Esportes profissionais
Qualquer atividade esportiva que você pratique e da qual obtenha um salário ou outra compensação financeira.

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 seja apropriada para o seu quadro clínico. 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 não puder viajar ou ser evacuado por razões médicas após a alta de uma internação, cobriremos os custo razoáveis de acomodação em hotel em um quarto particular com banheiro por até 14 dias. 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 por 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.

Em caso de tratamento não emergencial, a cobertura só estará disponível se o benefício de "Evacuação médica em caso de tratamento não emergencial" estiver incluído no seu plano e se o tratamento necessário para o qual você está coberto não estiver disponível localmente.

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 tonal pura
- Timpanometria

Exames de pré-internação
Referem-se a exames ambulatoriais necessários antes de uma internação hospitalar, realizados até 72 horas antes do tratamento hospitalar ou em centro de cuidados diários coberto sob seu plano.

Exames de rotina e bem-estar, incluindo exames para a detecção de doenças em sua fase inicial
Testes ou exames de rotina realizados a um intervalo de tempo apropriado, sem que haja a presença de sintomas clínicos. Para que a cobertura seja válida, os exames de rotina e bem-estar devem ser feitos em uma instituição médica licenciada ou em uma instituição de saúde licenciada, ou sob a orientação de um médico em uma clínica adequada e que siga as diretrizes de práticas clínicas internacionais. Não cobrimos exames excessivos ou desnecessários, como ultrassonografias de corpo inteiro, ressonâncias magnéticas ou tomografias computadorizadas.

Exames diagnósticos
São exames como raio X ou exames de sangue, realizados para fins de diagnóstico. São cobertos quando você já está apresentando sintomas ou quando necessário após os resultados de outros exames médicos. Este benefício não cobre check-ups anuais ou exames de rotina.

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 os exames de rotina e bem-estar em uma instituição médica licenciada ou em uma instituição de saúde licenciada, ou sob a orientação de um médico em uma clínica adequada e que siga as diretrizes de práticas clínicas internacionais.

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 sessões prescritas e não prescritas) é inicialmente restrita a 12 consultas por quadro clínico. Ao final das sessões, o tratamento deve ser revisto pelo seu terapeuta ou pelo médico que o encaminhou. Se precisar de mais sessões, seu terapeuta/médico deverá nos enviar um novo relatório médico e plano de tratamento para sua condição indicando a necessidade médica da continuidade do tratamento. Isso também deve ser feito após cada 12 sessões subsequentes. 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 (exemplo: paralisia lingual, lesão cerebral) ou distúrbios de articulação envolvendo a estrutura oral (exemplo: fenda palatina).

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.

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

Histórico familiar
Existe quando um dos pais, avós, irmãos, filhos ou tios foi previamente diagnosticado com a condição médica em questão.

Histórico familiar direto
Existe quando um dos pais, avós, irmãos ou filhos foi previamente diagnosticado 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 especialistas
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 de sua apólice.

Honorários de nutricionista
Refere-se aos custos do aconselhamento nutricional ou dietético fornecido por um profissional de saúde registrado e qualificado para atuar no país onde o tratamento é recebido. Se este benefício for coberto pelo seu plano, a cobertura será fornecida apenas para quadros médicos diagnosticados elegíveis.

Honorários médicos
Referem-se às despesas cobradas por tratamento não cirúrgico executado ou ministrado por um médico, ou realizado por um profissional da saúde sob a supervisão de 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.

Implantes dentários
Próteses que se conectam ao osso da mandíbula ou do crânio para dar suporte a uma prótese dentária, como uma coroa, ponte ou dentadura, juntamente com o tratamento cirúrgico relacionado. Ao enviar pedidos de reembolso para implantes dentários, inclua as radiografias de antes e depois do tratamento.

Limite ao longo da 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.

Medicamentos e curativos prescritos
Medicamentos quando prescritos por um médico para:

- tratar uma condição médica ou diagnóstico confirmados;
- compensar substâncias vitais do organismo.

Os medicamentos prescritos devem ter eficácia 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 medicamentos e curativos prescritos até três meses a partir da data da prescrição, sujeito ao período restante na apólice.

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

Médico
Uma pessoa licenciada para exercer a medicina de acordo com a legislação do país onde o tratamento é realizado e que atua dentro dos limites de sua licença.

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 ser cumprido para que pedidos de reembolso para quaisquer condições médicas preexistentes se tornem elegíveis sob o plano. O termo Moratória inclui o termo de subscrição médica EMPC/TTC, anteriormente 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.

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 materiais médicos do tipo e 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 o custo-benefício. 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 S.A.

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 estéticos, como, por exemplo, uma peruca para perda de cabelo ou um sutiã prostético devido ao tratamento do câncer.

Ortodontia
É o uso de aparelhos para corrigir a maloclusão (o desalinhamento dos dentes e da mordida). Oferecemos 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.

Critérios de necessidade médica:

- Aumento da superposição para acima de 6 mm, mas menor ou igual a 9 mm.
- Superposição reversa maior do que 3,5 mm, 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.
- Hipodontia menos extensa, necessitando de ortodontia pré-restauradora ou ortodôntica para fechamento de espaço para evitar a necessidade de prótese.
- Mordida cruzada lingual posterior sem contato oclusal funcional em um ou ambos os segmentos bucais.
- Superposição reversa maior que 1 mm, mas menor que 3,5 mm, com dificuldade de mastigação e fala.
- Dentes parcialmente erupcionados, inclinados e impactados contra os adjacentes.
- Presença de número excedente de dentes.

Será necessário enviar informações adicionais para comprovar que o tratamento é medicamente necessário e, portanto, coberto pelo seu plano. A informação adicional requerida pode incluir, mas não se limita a:

- Um relatório médico emitido por um especialista em que conste o diagnóstico (tipo de maloclusão) 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 os 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.

Cobriremos apenas o custo de aparelhos metálicos padrão e/ou aparelhos móveis padrão. Aparelhos estéticos, como aparelho lingual e alinhadores invisíveis, têm cobertura até o valor de um aparelho padrão (metálico), sujeito ao limite do benefício "Tratamento ortodôntico".

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 de vigência do seguro.

Parceiro
Parceiro(a) legal ou pessoa com quem você vive em uma relação conjugal (união estável) 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 Tabela de Benefícios mostra quais benefícios estão sujeitos a períodos de carência. Períodos de carência não se aplicam se você possuir uma apólice sem subscrição médica.

Periodontia
Refere-se ao tratamento de doenças gengivais.

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

Profissionais médicos
Médicos licenciados para exercer a medicina de acordo com a legislação do país em que o tratamento é administrado e onde atuam dentro dos limites de sua licença.

Profissional de saúde mental
Profissional licenciado que trabalha na área de saúde, aconselhamento ou serviços sociais e que oferece serviços com a finalidade de tratar problemas de saúde mental.

Prótese dentária
Coroas, inlays, onlays, reconstruções/restaurações adesivas, pontes e dentaduras, bem como todos os tratamentos auxiliares necessários. A cobertura também se estende a protetores/placas medicamente necessários, desde que não estejam relacionados ao bruxismo ou à proteção contra lesões por impacto. Implantes dentários não são cobertos sob o benefício "Prótese dentária", mas podem estar incluídos na sua cobertura sob um benefício separado "Implantes dentários".

Psiquiatria e psicoterapia
Tratamento de transtornos mentais, comportamentais e de personalidade, incluindo transtorno do espectro autista e transtornos 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. Este serviço não se destina a situações de longo prazo ou ao tratamento de transtornos clínicos e não é adequado para menores que estejam abaixo da idade legal de consentimento conforme a legislação local.

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. O serviço PAE não inclui terapia de grupo, como terapia familiar.

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 sua Tabela de Benefícios para confirmar se quadros crônicos são cobertos pelo seu plano.

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

É o 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 naquele país, ou para outro país de origem, caso haja mais de um. Nós cobrimos custos como: embalsamamento, um invólucro 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. Quando a repatriação estiver relacionada a tratamento não emergencial, a cobertura só estará disponível para este benefício se o benefício de "Evacuação médica em caso de tratamento não emergencial" também estiver incluído no seu plano.

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.

Reprodução medicamente 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.

Rotinas de maternidade
Custos medicamente necessários para os cuidados de rotina da gravidez e do parto. Isto inclui despesas hospitalares, honorários de especialista, atendimento pré-natal e pós-natal da mãe, honorários de enfermeiro(a) obstetra (apenas durante o parto) e cuidados com o recém-nascido (veja a definição de “Cuidados neonatais” 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 gravidez de substituição e de gravidez múltipla resultante de reprodução assistida).

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

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

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

Serviços de consulta por vídeo
Serviços acessados por meio da nossa Plataforma de Telessaúde, que fornece acesso direto a um médico através de uma plataforma de telecomunicações. 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 encaminhamentos podem ou não estar incluídos neste benefício, mesmo quando prescritos ou recomendados durante a consulta por vídeo.

Se você acessar os serviços de teleconsulta fora da Plataforma de Telessaúde, o benefício "Serviços de consulta por vídeo" não se aplicará. A cobertura estará sujeita aos termos do benefício que se aplicaria se a consulta fosse recebida em um ambiente presencial.

Subscrição médica total (SMT)
É a avaliação do risco de seguro com base nas informações que você nos fornece quando solicita cobertura. Nossa Equipe de Subscrição Médica usa essa informação para decidir os termos de nossa oferta.

Terapeuta
Refere-se a quiroprático, osteopata, podólogo, 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
É o tratamento que o ajuda a desenvolver habilidades necessárias em seu dia a dia e em suas interações com outras pessoas e o ambiente. 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, realizar higiene, etc.

Um relatório médico é necessário após cada 20 consultas.

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

Tratamento
Intervenções médicas, cirúrgicas ou terapêuticas recebidas para diagnosticar, prevenir, curar ou aliviar doenças ou lesões, ou transtornos físicos ou mentais.

Tratamento ambulatorial
Refere-se ao tratamento fornecido no consultório de um médico, terapeuta ou especialista e que não requer internação hospitalar.

Tratamento ambulatorial de emergência
É o 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 de ocupar o leito de um hospital. Entretanto, se sua apólice incluir benefícios ambulatoriais, você contará com a cobertura para tratamento ambulatorial além do limite do benefício de "Tratamento ambulatorial de emergência".

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, podologia, homeopatia, medicina herbal chinesa (exceto suplementos herbais chineses), acupuntura, massagem 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. Seu terapeuta deverá fornecer um relatório de evolução e um plano de tratamento para sua condição a cada quatro sessões.

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 de 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
Tratamento 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 intermitente ou contínuo, ou quando as opções de tratamento são limitadas ao nível de assistência médica existente. O tratamento de longo prazo pode ser fornecido em domicílio, na comunidade, em um hospital, em uma clínica para tratamento de longo prazo ou em uma clínica de convalescença.

Tratamento de reabilitação
Tratamento que combina uma série de terapias, como fisioterapia, terapia ocupacional e fonoaudiologia e visa à recuperação da 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.

Cobrimos os custos de acomodação em hospital ou em centro de cuidados diários apenas se o local de tratamento for solicitado por seu médico e aprovado por nós.

Tratamento de transtornos 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.

Todas as internações em centros de cuidados diários ou hospitais 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.

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.

Tratamento do transtorno do espectro autista
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. Se o seu plano incluir o benefício de "Atraso no desenvolvimento", ele também cobre fonoaudiologia e terapia ocupacional prescritas para tratamento do autismo. Consulte sua Tabela de Benefícios para quaisquer limites aplicáveis. Não cobrimos suporte educacional diário, internações, estadias ou tratamento de cuidados diários em entidades educacionais especializadas.

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

Tratamento hospitalar sem internação
É o tratamento planejado recebido em hospital ou unidade de atendimento 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
Tratamento odontológico de rotina, preventivo e restaurador, incluindo, mas não se limitando a, check-ups de rotina, raspagem e polimento de rotina, obturações simples para cáries ou desgastes, tratamento de canal, extrações simples e medicamentos odontológicos prescritos.

O tratamento para distúrbios da articulação temporomandibular (exceto protetores/placas e tratamento ortodôntico), fraturas ósseas faciais, deformidades congênitas da mandíbula, doenças das glândulas salivares e tumores é coberto dentro dos limites de benefício relevantes do Plano Principal e do Plano Ambulatorial (se houver).

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 dentários.

Tratamento odontológico ambulatorial de emergência
É o tratamento recebido em consultório de cirurgião-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 odontológico ambulatorial de emergência". Neste caso, os termos do Plano Odontológico serão aplicados.

Tratamento odontológico hospitalar de emergência
Refere-se ao tratamento odontológico de emergência aguda para o alívio de dor devido a um acidente grave e que requer internação hospitalar. 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 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 fertilidade
Todos os 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 médicos" e "Honorários de especialistas"

O tratamento hospitalar para bebês nascidos de gravidez múltipla resultante da reprodução assistida e para bebês nascidos de gravidez de substituição, bem como para bebês adotados ou tutelados, está limitado a £ 24.900/ € 30.000/ US$ 40.500 por criança para os primeiros três meses após o nascimento. Esse limite é aplicado antes de qualquer outro benefício sob seu plano. Tratamentos ambulatoriais serão pagos sob os termos do Plano Ambulatorial.

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 médicos, honorários de especialistas, cirurgia ambulatorial, medicamentos e curativos prescritos, exames de tomografia computadorizada e ressonância magnética, radiografias, 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 "Tratamento preventivo" estiver listado em sua Tabela de Benefícios.

Vacinações
- Todas as imunizações básicas e doses de reforço conforme as diretrizes médicas internacionais que se aplicam no país em que são administradas.
- Vacinação contra a Covid-19*, caso não seja oferecida gratuitamente ou seja apenas parcialmente financiada 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 é apenas parcialmente financiada 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.

Vitaminas, minerais e suplementos prescritos
Vitaminas, minerais e suplementos prescritos por um médico, em conjunto com outros tratamentos, para tratar os sintomas de uma condição médica diagnosticada ou auxiliar no processo de recuperação.

Isso não inclui prescrições para o tratamento de síndromes de deficiência. A cobertura para esses custos está disponível sob o benefício "Medicamentos e curativos prescritos", desde que o benefício esteja incluído no seu plano.

Da mesma forma, não se estende a prescrições durante a gravidez ou tratamento de câncer (conforme exigido de acordo com as diretrizes médicas). A cobertura para estes custos está disponível nos benefícios de "Rotinas de maternidade " e "Oncologia", desde que o benefício esteja incluído no seu plano.

Em todos os casos, não cobrimos vitaminas, minerais ou suplementos obtidos sem receita médica, ou quando prescritos para fins preventivos.

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 menos 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, a menos que a pessoa atenda aos critérios de atraso no desenvolvimento e o benefício esteja incluso em sua apólice. A cobertura para atrasos no desenvolvimento físico só é fornecida pelos benefícios de "Fisioterapia prescrita" e "Terapia ocupacional" se estes estiverem inclusos no seu plano e o atraso for confirmado como sendo de pelo menos 12 meses, com base em medidas quantitativas documentadas por profissionais médicos qualificados. Não cobrimos suporte educacional diário, internações, estadias ou tratamento de cuidados diários em entidades educacionais especializadas.

COMPLICAÇÕES CAUSADAS POR CONDIÇÕES NÃO 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 ou serviços para qualquer quadro clínico decorrente direta ou indiretamente de contaminação química, radioatividade ou qualquer material nuclear, inclusive a combustão de combustível nuclear.

CUSTOS DE TRANSPORTE
Custos de transporte de ida e volta a uma unidade médica (incluindo custos de estacionamento) para tratamento, com exceção quando cobertos pelos benefícios "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 AUTOINFLIGIDAS
Atendimento e/ou tratamento ou serviços para doenças causadas intencionalmente ou lesões autoinfligidas, inclusive tentativas de suicídio.

DOENÇAS PREEXISTENTES (APLICÁVEL A APÓLICES COM MORATÓRIA OU EMPC/TTC, ANTERIORMENTE 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 SMT)
Doenças preexistentes (incluindo quadros crônicos preexistentes) quando:

- indicado no Formulário de Condições Especiais que emitimos antes do início de sua apólice;
- não foram 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 a subscrição médica e, se não nos forem declaradas, não serão cobertas.

EMBARCAÇÃO NO MAR
Evacuação/repatriação médica originada em uma embarcação no mar para uma unidade médica em terra.

ERRO MÉDICO
Tratamento necessário como resultado de erro médico.

ESTADIAS EM CENTROS 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 CIRÚRGICA, DISFUNÇÃO SEXUAL E CONTRACEPÇÃO
Pesquisas para descobrir causas, tratamento e complicações decorrentes de:

- Esterilização cirúrgica
- Disfunção sexual (exceto como resultado de uma prostatectomia total após uma cirurgia de câncer)
- Contracepção (inclusive inserção e remoção de dispositivos contraceptivos e todos os outros tipos), exceto quando prescritos por razões médicas não relacionadas ao controle de natalidade.

FACETAS DENTÁRIAS
Facetas dentárias e procedimentos relacionados.

FALHA EM PROCURAR OU SEGUIR A ORIENTAÇÃO MÉDICA
Tratamentos ou serviços necessários como resultado de falha em procurar ou seguir a orientação médica.

FONOAUDIOLOGIA
Fonoaudiologia quando relacionada a atrasos no desenvolvimento (a menos que a pessoa atenda aos critérios de atraso no desenvolvimento e o benefício "Atraso no desenvolvimento" esteja incluso em sua apólice), 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 mulher grávida corre risco de vida.

LESÕES CAUSADAS POR ESPORTES PROFISSIONAIS
Tratamentos, serviços ou procedimentos diagnósticos para 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 adotiva.

OPERAÇÕES DE BUSCA E/OU RESGATE
Despesas referentes a operações de busca e/ou resgate, por exemplo, em terra ou ao descer uma montanha para encontrar e transportar um segurado de volta a um local seguro. Observe que, em caso de evacuação médica, cobriremos apenas as atividades que começarem depois que as operações de "busca e/ou resgate" sejam concluídas.

PARTICIPAÇÃO EM GUERRA OU ATOS CRIMINOSOS
Quaisquer despesas relacionadas a tratamentos ou serviços para quaisquer doenças ou lesões, assim como situações que resultem em morte, decorrentes de

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

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

PREPARAÇÃO PRÉ E PÓS-NATAL
Cursos/aulas de preparação pré e pós-natal.

PRODUTOS COMPRADOS SEM RECEITA MÉDICA
Produtos que podem ser comprados sem prescrição médica.

PRODUTOS PESSOAIS E SUPLEMENTOS ALIMENTARES
Não cobrimos os seguintes produtos, mesmo que sejam prescritos, medicamente recomendados e/ou reconhecidos como tendo efeitos terapêuticos:

- **Produtos pessoais, como enxaguante bucal, pasta de dentes, pastilhas e sprays para a garganta, xampu, protetor solar, desinfetantes/álcool gel, luvas, máscaras, viseiras, termômetros e produtos para bebês;**
- **Produtos cosméticos, incluindo hidratantes, emulsões, loções, géis e óleos para a pele que não contenham componentes medicinais;**
- **Alimentos infantis, incluindo fórmulas infantis administradas por via oral.**

Também não cobrimos vitaminas, minerais ou suplementos (incluindo preparações nutricionais, dietéticas, orgânicas ou fitoterápicas), exceto nos seguintes casos:

- **Quando prescrito:**
  - **durante a gravidez, conforme necessário de acordo com as diretrizes médicas;**
  - **durante o tratamento de câncer, conforme necessário de acordo com as diretrizes médicas;**
  - **para tratar síndromes de deficiência diagnosticadas.**
- **Quando a cobertura é oferecida pelo benefício "Vitaminas, minerais e suplementos prescritos" e este benefício estiver incluído na sua apólice.**

QUEDA DE CABELO E QUALQUER SUBSTITUTO PARA O CABELO
Pesquisa e tratamento para perda de cabelo, incluindo substituição capilar, 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.

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

TESTES GENÉTICOS
Testes genéticos, exceto:

- **caso exames genéticos específicos estejam inclusos em seu plano;**
- **quando testes de DNA estão diretamente vinculados a uma amniocentese qualificável, como no caso de mulheres com 35 anos ou mais;**
- **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 COSMÉTICO
Qualquer tratamento cosmético, mesmo quando prescrito por médicos. Isso inclui qualquer tratamento realizado por um cirurgião plástico, ainda que seja por razões médicas/psicológicas. As seguintes exceções se aplicam:

- **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, quando o acidente ou cirurgia inicial houver sido coberta por esta apólice.**

- **Procedimentos e cirurgia de afirmação de gênero , se você atender aos critérios para o benefício "Cuidados de afirmação de gênero" e se ele estiver incluso em sua apólice.**

TRATAMENTO DE DISTÚRBIOS DO SONO
Tratamento de distúrbios do sono, inclusive insônia, apneia obstrutiva do sono, narcolepsia, ronco e bruxismo.

TRATAMENTO FORA DA ÁREA GEOGRÁFICA DE COBERTURA
Tratamento fora da área geográfica de cobertura, exceto em casos de emergência ou autorizados por nós.

TRATAMENTO ORTOMOLECULAR
Consulte a definição de "Tratamento ortomolecular".

TRATAMENTO OU TERAPIA MEDICAMENTOSA EXPERIMENTAL OU SEM COMPROVAÇÃO CIENTÍFICA
Qualquer forma de tratamento ou terapia medicamentosa que, em nossa opinião razoável, seja considerada experimental ou não comprovada com base na prática médica normalmente aceita.

TRATAMENTO PARA FERTILIDADE
Tratamento para fertilidade, incluindo reprodução medicamente assistida ou quaisquer problemas médicos decorrentes, a menos que você tenha um benefício específico para tratamento de fertilidade ou tenha os benefícios ambulatoriais necessários que cubram investigações não invasivas sobre a causa da infertilidade, como "Honorários médicos", "Honorários de especialista", "Exames diagnósticos" etc.

TRATAMENTOS E SERVIÇOS RELACIONADOS AO PESO
Tratamento e serviços para controle de peso, incluindo cirurgia bariátrica, medicamentos (a menos que indicados para uso no tratamento de diabetes tipo 2 já estabelecido), suplementos, mensalidades em academias de ginástica, programas de dieta e programas residenciais para transtornos alimentares.

TRATAMENTOS NOS EUA NAS SEGUINTES SITUAÇÕES
Tratamentos ou serviços 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, nós 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 você de ir até 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 menos que estejam indicados em sua Tabela de Benefícios.

- Cirurgia bariátrica
- Complicações na gravidez e no parto
- Tratamento odontológico, cirurgia odontológica, periodontia, ortodontia, implantes dentários e prótese dentária.
- Atraso no desenvolvimento
- Honorários de nutricionista
- Circuncisão eletiva para meninos recém-nascidos
- Tratamento odontológico de emergência
- Tratamento para fertilidade
- Cuidados de afirmação de gênero
- Exames de rotina e bem-estar, incluindo exames para a detecção de doenças em sua fase inicial
- Tratamento para HIV/AIDS
- Homeopatia, medicina herbal chinesa, massagem Tui na, ventosaterapia (cupping), alinhamento dos ossos, acupuntura e tratamento ayurvédico
- Terapia de reposição hormonal
- Tratamento hospitalar e em centro de cuidados diários para doenças congênitas
- Tratamento psiquiátrico e psicoterápico em regime de internação
- Tratamento a laser para correção da visão
- Evacuação médica no caso de tratamento não emergencial
- Repatriação médica
- Tratamento psiquiátrico e psicoterápico em regime ambulatorial
- Tratamento ambulatorial
- Atendimento paliativo

- Óculos e lentes de contato prescritos, incluindo exame oftalmológico
- Equipamentos médicos prescritos
- Vitaminas, minerais e suplementos prescritos
- Cirurgia preventiva
- Repatriação de restos mortais ou despesas funerárias
- Rotinas de maternidade
- Despesas de viagem para um acompanhante do paciente evacuado/repatriado
- Despesas de viagem de segurados acompanhando um membro de sua família em sua evacuação/repatriação
- Despesas de viagem para acompanhantes em casos de repatriação dos restos mortais de segurados
- Despesas de viagem dos segurados no caso de falecimento ou de risco de morte de um parente próximo

BENEFÍCIO DE MORTE POR ACIDENTE

O benefício por óbito acidental 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 uma guerra tenha sido declarada ou não.
- Doenças causadas intencionalmente ou lesões autoinfligidas, 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 abandonem, independentemente da nacionalidade do segurado, e quando for desaconselhável viajar para tal país; ou

- Viajar ou permanecer, por um período maior que 28 dias por estadia, em um país ou localidade para o qual 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, quer uma guerra tenha sido declarada ou não.

- Estar sobre o efeito de drogas ou álcool.
- Falecimento que venha a 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 ou atividades 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.
  - Esportes de combate.
  - 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

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**
Português:	**+353 1 645 4040**

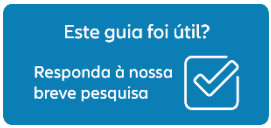
Ligações gratuitas: **www.allianzcare.com/pt/pages/toll-free-numbers**

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) ou o administrador da conta corporativa podem fazer alterações na apólice. Para confirmar a sua identidade, serão feitas perguntas de segurança.

E-mail: client.services@e.allianz.com

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



www.allianzcare.com/pt.html

www.facebook.com/allianzcare
www.linkedin.com/company/allianz-care
www.youtube.com/c/allianzcare
www.instagram.com/allianzcare/
x.com/AllianzCare
www.tiktok.com/@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 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 por meio de 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.