



Cobertura de emergências médicas para viagens a negócios

Válido a partir de 1º de Abril de 2023

Bem-vindo (a)

Você pode depender da Allianz Care como sua seguradora internacional de saúde para ter acesso ao melhor atendimento médico possível em casos de emergência durante uma viagem a negócios, em qualquer lugar do mundo.

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 Cobertura médica de emergência para viagem a negócios, leia esse guia junto com o seu Certificado de Seguro e a Tabela de Benefícios.

Para obter maiores detalhes sobre o seu contrato de seguro, informe-se com o administrador da conta corporativa da sua empresa.

Como usar sua cobertura

Serviços de suporte	5
Entenda como sua cobertura funciona	8
Precisa de tratamento?	11
Informações adicionais sobre pedidos de reembolso	14

Termos e condições de sua cobertura

Termos e condições	18
Administração de sua apólice	19
Pagamento de prêmios	22
Os seguintes termos também se aplicam à sua cobertura	24
Proteção de dados	26
Procedimento de gestão de reclamações	27
Definições	28
Exclusões	34

Este documento é uma tradução da versão original em inglês. A versão original inglesa deste documento é a versão autoritária. Em caso de existir discrepâncias entre a versão traduzida e a original inglesa, informamos que a versão inglesa já é legalmente 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 sob sua sucursal na Irlanda, é uma empresa de sociedade anônima regida pelo Código de Seguros Francês. A empresa é registrada na França sob o número: 401 154 679 RCS Bobigny. A sucursal da Irlanda é registrada pelo órgão Irlandês "Irish Companies Registration Office" sob o número: 907619. Endereço: 15 Joyce Way, Park West Business Campus, Nangor Road, Dublin 12, Irlanda. A Allianz Care e Allianz Partners estão registradas como razões sociais da AWP Health & Life SA.

Como usar sua cobertura



Serviços de suporte

Desejamos fornecer o alto nível de serviço que você merece.

Serviço de Atendimento a Emergências

Caso necessite de tratamento médico de emergência em um hospital ou clínica, você deverá (se possível) contatar nossa Central de Atendimento o mais rápido possível (conforme detalhado abaixo). Este procedimento nos possibilitará fazer, sempre que possível, o pagamento direto de suas contas hospitalares e assegurará que seu pedido de reembolso seja processado sem atrasos.

Nossos Serviço de Assistência a Emergências está disponível 24 horas por dia, 365 dias ao ano.

@ E-mail: client.services@allianzworldwidecare.com

☎ Central de Atendimento: **+353 1 645 4040**

📠 Fax: **+353 1 630 1306**

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

Em certas ocasiões não será possível ligar para nossos números gratuitos pelo telefone celular. Neste caso, ligue para um dos números da Central de Atendimento indicados acima.

Você sabia...

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

Serviços On-Line para segurados

Em <https://www.allianzcare.com/pt/recursos/recursos-para-segurados.html> você pode:

- Pesquisar por provedores médicos. Você não está restrito a usar os provedores médicos listados em nosso diretório.
- Baixar formulários
- Acessar a calculadora de IMC
- Acessar nossos Guias de Saúde

Serviços de Segurança em Viagens**

Com o número cada vez maior de ameaças à segurança no mundo todo, os Serviços de segurança em viagens oferecem acesso 24h por dia, 7 dias por semana a informações de segurança pessoal e conselhos para suas questões de segurança em viagens - por telefone, e-mail ou website. Sua Tabela de Benefícios indicará se estes serviços estão inclusos em sua cobertura.

Você pode acessar:



Linha de Assistência a Emergências de Segurança

Fale com um especialista em segurança para quaisquer preocupações de segurança relacionadas a um destino de viagem.



Análise de países e conselhos de segurança


Informações de segurança e conselhos sobre vários países.



Notícias diárias de segurança e alertas de segurança em viagens

Registre-se e receba alertas sobre eventos de alto risco, incluindo terrorismo, agitação civil e riscos de clima severo em ou perto de sua localização atual.

- Para acessar o website da Crisis24 Horizon, vá para <https://crisis24horizon.com/allianztravsec>, adicione o seu endereço de e-mail e selecione *Criar conta*. Insira os seus dados e adicione o código de identificação do segurado: **ALLIANZTSS**
- Para acessar o aplicativo Crisis24 Horizon, baixe a versão Android ou iOS em seu dispositivo móvel (você encontrará Crisis24 Horizon em qualquer uma das lojas) e faça o **login** usando o mesmo e-mail (nome de usuário) e senha que você criou acima. Você também pode se registrar diretamente no aplicativo móvel usando o número de identificação do segurado.

 <https://crisis24horizon.com/allianztravsec>

 Baixe o aplicativo "Crisis24 Horizon" na App Store ou no Google Play.



Todos os Serviços de Segurança em Viagens são fornecidos em inglês. Podemos providenciar serviços de intérprete para você, quando necessário.

*** 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 Employee, os Serviços de Segurança em Viagens, o aplicativo HealthSteps 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 HealthSteps não fornece conselhos médicos ou de saúde e os recursos de bem-estar contidos no Olive são apenas para fins informativos. O aplicativo HealthSteps e os recursos de bem-estar contidos no Olive não devem ser considerados como substitutos do conselho 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?

Este plano foi criado especialmente para atender às **emergências médicas** em suas viagens a negócios no exterior. No caso de uma emergência médica, cobrimos tratamentos de emergência aguda, acidentes e qualquer outra eventualidade descritos nos termos e condições da apólice.

O evento coberto começa com a emergência e termina quando o tratamento não é mais considerado necessário, ou quando o paciente está em condições de viajar, com base no diagnóstico médico.

Esta apólice não oferece cobertura para nenhum tratamento contínuo nem adicional que você pode precisar depois da situação de emergência.

O que é uma emergência médica?

Entende-se como **atendimento médico de emergência** os tratamentos originados por um acidente, desastre ou qualquer aparecimento súbito ou a piora de uma doença grave, resultando em uma condição médica que represente uma ameaça imediata à sua saúde e, portanto, requer medidas de urgência médica. Apenas tratamentos realizados por um médico, especialista ou uma hospitalização que comece dentro de 24 horas do evento de emergência serão cobertos.

Onde posso receber tratamento?

A cobertura mundial é oferecida aos segurados em suas viagens fora do país principal de residência ou do país em que trabalham.

Qual é a duração de minha cobertura?

Dependendo do produto escolhidos por sua empresa, a cobertura pode ter dois tipos de duração máxima:

- 90 dias de viagem por Ano de Vigência do Seguro.
- 180 dias de viagem por Ano de Vigência do Seguro.
- Ou a cobertura será oferecida por um número máximo de dias de viagem a negócios por Ano de Vigência do Seguro (referidos como "Duração da cobertura" e está sujeita ao Acordo da Empresa em vigor entre a sua empresa e a Allianz Care. Consulte o administrador da conta corporativa da sua empresa para confirmar o número máximo de dias de viagens a negócios cobertos para você. A sua cobertura tem início no primeiro dia de viagem da sua primeira viagem a negócios.

Doenças preexistentes e quadros crônicos estão cobertos?

Nós cobrimos o agravamento da severidade de doenças preexistentes e crônicas, assim como emergências relacionadas a doenças preexistentes e crônicas dentro dos limites deste plano.

A cobertura médica de emergência não cobre doenças preexistentes caso:

- O tratamento no exterior tenha sido o único motivo, ou um dos motivos para a viagem a negócios e/ou
- Fique claro que o tratamento teria que acontecer durante essa viagem a negócios.

Para mais detalhes sobre doenças preexistentes e quadros crônicos, consulte a seção "Definições" neste guia.



Quais são os limites dos benefícios?

A sua cobertura pode estar sujeita a um benefício 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 benefício 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 um quantia (por exemplo, €10,000).

Mesmo que muitos benefícios incluídos em sua Tabela de Benefícios são cobertos com reembolso total, alguns estão limitados a um valor específico. Este valor específico é o limite do benefício.



Precisa de tratamento?

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

Verifique o seu nível de cobertura

Primeiramente, verifique se o seu plano oferece cobertura para o tratamento de emergência que você precisa. Todos os benefícios disponíveis a você estarão presentes na Tabela de Benefícios. No entanto, se você tiver alguma dúvida, basta ligar para a nossa Central de Atendimento.

Certos tratamentos exigem pré-autorização

A sua Tabela de Benefícios mostrará quais benefícios requerem pré-autorização por meio do envio de um Formulário de Autorização para Tratamento. O processo de Autorização para Tratamento nos ajuda a avaliar cada caso, a organizar tudo com o hospital antes de sua chegada e a facilitar o pagamento direto de sua conta hospitalar, quando possível.

Apesar de não se exigir o envio antecipado do Formulário de Autorização para Tratamento para internações de emergência, você, seu médico ou um colega devem nos informar sobre a internação no prazo de 48 horas do evento de emergência.

Se não formos informados sobre a internação hospitalar dentro de 48 horas, ou se você fizer um pedido de reembolso sem nossa autorização prévia para os benefícios listados com um * na Tabela de Benefícios, **nós nos reservamos o direito de declinar o seu pedido de reembolso**. Se você fizer um pedido de reembolso sem obter nossa autorização prévia e for comprovado posteriormente que o tratamento era medicamente necessário, pagaremos apenas **50%** do benefício.

Como enviar um Formulário de Autorização para Tratamento:

- Baixe o formulário de Autorização para Tratamento em nosso site:
<https://www.allianzcare.com/pt/recursos/recursos-para-segurados.html>
- Envie o formulário preenchido para nós por e-mail, fax ou correio para o endereço indicado no próprio formulário.

Como receber tratamento hospitalar

Em caso de hospitalização, sempre que possível e com a antecedência necessária, tomaremos as providências para o pagamento direto aos prestadores de serviços médicos, sujeitos a quaisquer co-pagamentos e limitações de benefício. Ou seja, sempre que possível, faremos o acerto de contas diretamente com o hospital.

Como pedir reembolso de gastos ambulatoriais, odontológicos e outras despesas

Se seu tratamento não requer pré-aprovação, 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 que na fatura constem claramente seu nome, data(s) do tratamento, o diagnóstico ou o quadro clínico tratado, a data de início dos sintomas, a natureza do tratamento e o valor total cobrado.



Solicite o reembolso de custos elegíveis preenchendo e enviando um Formulário de Pedido de Reembolso, disponível para download em

<https://www.allianzcare.com/pt/recursos/recursos-para-segurados.html>. Você também pode pedir uma versão em papel desse formulário com o administrador da conta corporativa da sua empresa.

Você terá que preencher as seções 5 e 6 do Formulário de Pedido de Reembolso apenas se a informação solicitada nestas seções ainda não tiverem sido fornecidas na fatura médica

Envie para nós o Formulário de Pedido de Reembolso e toda a documentação de apoio, faturas e recibos direto por e-mail, fax ou correio (dados no formulário). Neste caso, entraremos em contato com o administrador da conta corporativa da sua empresa para confirmar que você estava em viagens a negócios na(s) data(s) do seu tratamento para então processar seu pedido de reembolso.

Verifique se as informações de pagamento fornecidas no Formulário de Pedido de Reembolso estão corretas para evitar atrasos no processamento do seu pedido.

Como alternativa, você pode encaminhar o Formulário de Pedido de Reembolso preenchido e toda a documentação de apoio (faturas/recibos/receitas) para o administrador da conta corporativa da sua empresa, que então nos enviará todas essas informações. Para proteger sua privacidade, recomendamos que o envelope seja selado.

Consulte o tópico “Pedidos de Reembolso” na seção Termos e Condições deste guia para obter mais informações sobre o processo de reembolso.

Não se esqueça que você deve nos notificar de qualquer tratamento/internação no hospital dentro de 48 horas do ocorrido.



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.



Informações adicionais sobre pedidos de reembolso

Pedidos de reembolso

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

- a) **Prazo limite de envio:** Você deve enviar todos os pedidos de reembolso em no máximo seis meses após o término do ano de vigência do seguro. Se a cobertura for cancelada durante o ano de vigência do seguro, você deve enviar seus pedidos de reembolso dentro do prazo máximo de seis meses após o término da cobertura. Após esse período, estaremos desobrigados de efetuar o pagamento do reembolso.
- b) **Pré-autorização:** Observe que alguns custos requerem o envio de um Formulário de Autorização para Tratamento antes que o tratamento seja iniciado. Consulte a Tabela de Benefícios para verificar quais benefícios requerem a pré-aprovação.
- c) **Custos elegíveis:** Pagaremos apenas os pedidos de reembolso para tratamentos de uma emergência médica elegível, que sejam medicamente necessários e realizados por um médico, dentista ou terapeuta habilitados, e que sejam medicamente adequados e ocorridos durante um evento coberto.
- d) **Documentos de apoio:** É sua responsabilidade manter a documentação original de apoio (ex: recibos médicos), cujas cópias nos forem enviadas, já que nos reservamos 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 nos reservamos o direito de solicitar um comprovante de pagamentos feitos por você (por exemplo: extrato de conta ou do cartão de crédito). Além disso, recomendamos que você mantenha cópias de toda a correspondência que nos for enviada, pois não podemos nos responsabilizar por correspondências extraviadas por razões que estão fora de nosso controle.
- e) **Moeda:** Especifique a moeda em que você gostaria de ser reembolsado. Em raras ocasiões, certas regulamentações bancárias internacionais não nos permitem realizar o pagamento na moeda solicitada. Caso isso aconteça, identificaremos uma moeda alternativa para pagamento. Se for necessário fazer a conversão de moedas, usaremos a taxa de câmbio vigente na data de emissão das faturas, ou na data em que pagamos o seu pedido de reembolso.
Observe que nos reservamos o direito de escolher a taxa de câmbio aplicável.
- f) **Reembolso:** Reembolsaremos apenas os custos incorridos como resultado de tratamentos elegíveis dentro dos limites da sua apólice, após levarmos em consideração a necessidade de Autorização para Tratamento.

- g) **Depósitos:** Caso você tenha que pagar um depósito antes do início de qualquer tratamento médico, reembolsaremos os gastos somente após o final do tratamento.
- h) **Envio de informações:** Você concorda 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 nosso representante médico. Também temos o direito de solicitar autópsias em casos de falecimento, quando a lei nos permitir. Todas as informações terão caráter confidencial. Nós nos reservamos o direito de não oferecer cobertura para seus benefícios caso você não nos apoie na obtenção da informação que precisamos.
- i) **Pagamentos:** Faremos o pagamento diretamente ao segurado. Sempre que possível, tentaremos pagar os custos de tratamentos hospitalares diretamente ao hospital. Após analisarmos a necessidade de pré-autorização, reembolsaremos os custos por pessoa, dentro dos limites do plano.
- j) **Expiração da cobertura do seguro:** Quando a cobertura do seu seguro expirar, o seu direito a reembolso terminará (para obter mais informações, consulte a seção "Expiração da apólice").

Serviços de Evacuação e Repatriação

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

Entre em contato conosco antes de falar com quaisquer provedores, mesmo se eles contatarem você diretamente, para evitar custos excessivos ou atrasos desnecessários na evacuação. Caso os serviços de evacuação/repatriação médica não sejam organizados por nós, nos reservamos o direito de declinar o reembolso dos custos.

☎ +353 1 645 4040

@ medical.services@allianzworldwidecare.com



Termos e condições de sua cobertura



Termos e condições

Esta seção descreve os benefícios e regras referentes à sua **Cobertura Médica de Emergência para Viagens a Negócios**. Leia esta seção em conjunto com sua **Tabela de Benefícios** e seu **Certificado de Seguro** (caso tenha recebido um).

- O **Certificado de Seguro** detalha o plano e área geográfica de cobertura que sua empresa escolheu para você. Também especifica a data de início e de renovação da sua cobertura. Observe que enviaremos um novo Certificado de Seguro se precisarmos registrar quaisquer alterações em sua apólice. Essas podem ser alterações que sua empresa solicite ou alterações que temos o direito de fazer. Elas também podem ser alterações que você solicite, desde que sua empresa aprove e nós aceitemos.
- Sua **Tabela de Benefícios** detalha o plano selecionado por sua empresa, e os benefícios disponíveis a você. Essa tabela também especifica quaisquer benefícios/tratamentos que requerem que você envie o Formulário de Autorização para Tratamento. Além disso, indica quaisquer benefícios aos quais se aplicam limites de benefícios específicos. A sua Tabela de Benefícios será emitida na moeda estabelecida por sua empresa (ou por você, caso seja o responsável pelo pagamento do prêmio do seu seguro).

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

Administração de sua apólice

Quando a sua cobertura começa

O Acordo da Empresa é um contrato de seguro entre a sua empresa e a Allianz Care, e tem a duração de um ano de vigência do seguro. No Acordo da Empresa, estão indicadas as datas em que o ano de vigência do seguro começa e termina.

Dependendo do produto escolhido por sua empresa, os termos podem ser compostos por uma das opções a seguir:

- A duração de sua cobertura será estabelecida pela sua empresa (90 ou 180 dias). Consulte o seu Certificado de Seguro para confirmar a opção selecionada.
- A cobertura que você receber segundo o Acordo da Empresa referido acima será válido por um número máximo de dias de viagem a negócios (ou seja, "Duração da cobertura") por ano de vigência do seguro. Sua cobertura terá início no primeiro dia de viagem a negócios e permanecerá válida até o número máximo de dias de viagem a negócios ser atingido, ou até o ano de vigência do seguro relevante chegar ao fim, o que vencer primeiro. Consulte o administrador da conta corporativa da sua empresa para confirmar a duração da sua cobertura.

Renovação da cobertura

Ao final o ano de vigência do seguro, sua empresa pode decidir renovar o contrato com base nos termos e condições aplicáveis naquele momento. Você estará obrigado ao cumprimento desses termos e condições.

Caso sua empresa renove o Acordo da Empresa conosco, um novo número máximo de dias de viagem a negócios (ou seja, "Duração da cobertura") será concordado com você. Sua cobertura para o novo ano de vigência do seguro terá início no primeiro dia de viagem a negócios e permanecerá válida até o número máximo de dias de viagem a negócios ser atingido, ou até o novo ano de vigência do seguro chegar ao fim, o que vencer primeiro.

Correspondência

Ao escrever para nós, use e-mail ou correio (com a postagem paga). Normalmente, não devolvemos documentos originais, a menos que você peça.

Término de sua cobertura

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

- Quando você retornar ao seu principal país de residência ou país em que trabalha após uma viagem ao exterior, ou depois de uma evacuação/repatriação médica.
- Após 90 ou 180 dias de viagem ao exterior por ano de vigência do seguro, dependendo da duração de cobertura selecionada por sua empresa.
- Quando você atingir o número estabelecido de dias de viagem a negócios no ano de vigência do seguro. Consulte o administrador da conta corporativa da sua empresa para confirmar o número máximo de dias de viagens a negócios cobertos para você.
- Se sua empresa decidir terminar a cobertura ou não renovar sua cobertura.
- Se sua empresa não pagar os prêmios ou não realizar qualquer outro pagamento devido nos termos do Acordo da Empresa.
- Quando você parar de trabalhar para a empresa.
- Caso o funcionário segurado venha a falecer. No entanto, caso o funcionário segurado venha a falecer em uma viagem a negócios, a cobertura termina após a repatriação dos restos mortais.

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

- A aprovação de sua adesão ao plano (ou a deles).
- Os prêmios que sua empresa tem a pagar.
- O direito a receber um reembolso.

Expiração da apólice

Observe que, quando a cobertura do seu seguro expirar, o seu direito a reembolsos também chegará ao fim. Todas as despesas cobertas pela apólice do seguro e incorridas durante a duração da cobertura serão reembolsadas em até seis meses após a data de expiração da apólice.

Caso um evento de emergência ocorrer no exterior, e você tiver que usar benefícios incluídos na sua cobertura, se o tratamento ainda estiver em andamento quando a apólice expirar, os custos serão cobertos mesmo assim. Essa condição valerá apenas se for comprovado que você não está em condições de viajar, e somente até o momento em que você tenha condições de viajar (por um período máximo de quatro semanas após a data de vencimento da sua cobertura).

Pagamento de prêmios

Se sua empresa paga o prêmio do seu seguro

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

Se você paga o prêmio do seu seguro

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

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

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

Tais cobranças podem já estar em vigor no momento da aceitação de sua filiação, ou podem ser introduzidas (ou alteradas) futuramente. Sua fatura mostrará esses impostos. Se essas cobranças mudarem ou novos impostos forem introduzidos, escreveremos para informá-lo. Caso você não esteja de acordo com essas alterações, pode escolher terminar a sua cobertura. Essas alterações não entrarão em vigor se você terminar seu contrato 30 dias após a data na qual tais mudanças entrariam em efeito, ou até 30 dias da data depois de ser informado a respeito de tais alterações (prevalecendo a data mais tardia).

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

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

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

Os seguintes termos também se aplicam à sua cobertura

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

Sanções econômicas: A cobertura não é fornecida se qualquer elemento da cobertura, benefício, atividade, negócio ou negócio subjacente violar quaisquer leis ou regulamentações de sanções aplicáveis das Nações Unidas, da União Europeia, ou quaisquer outras leis ou regulamentações econômicas ou comerciais aplicáveis.

Quem está coberto: Apenas as pessoas seguradas e dependentes (quando aplicável), conforme descrito neste Guia e no Acordo da Empresa, são elegíveis para cobertura.

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

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

Quando a cobertura for fornecida por outra instituição: Podemos rejeitar um pedido de reembolso se você 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 acordo final, nem renunciar nosso direito de recuperar gastos, sem o nosso acordo prévio por escrito. Caso contrário, estamos habilitados a recuperar de você os valores pagos por nós e a cancelar a apólice.

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

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

Circunstâncias fora do nosso controle (força maior): Sempre faremos o possível por você, mas não nos responsabilizamos por atrasos ou falhas em nossas obrigações causadas por coisas que estão fora do nosso controle razoável. Exemplos são clima extremamente severo, inundações, deslizamentos, terremotos, tempestades, raios, incêndios, subsidência do solo, epidemias, atos de terrorismo, hostilidades militares (quer uma guerra tenha sido declarada ou não), motins, explosões, greves ou outro tipo de manifestações empregatícias, distúrbios civis, sabotagem e expropriação por parte das autoridades governamentais.

Fraude: Não pagaremos quaisquer benefícios para um pedido de reembolso se:

- O pedido de reembolso for falso, fraudulento ou intencionalmente exagerado.
- Você ou seus dependentes ou qualquer outra pessoa agindo em seu nome utilizarem meios fraudulentos para obter benefícios sob esta apólice.
- O valor de qualquer reembolso feito a você antes da descoberta de tal ação ou omissão fraudulenta nos será imediatamente revertido e devido. 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

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

 <https://www.allianzcare.com/pt/privacidade/>

Como alternativa, entre em contato conosco no 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

Procedimento de gestão de reclamações

A nossa Central de Atendimento é sempre o primeiro número a ser contactado se você tiver sugestões ou quiser fazer uma reclamação. Caso não possamos resolver o assunto por telefone, envie um e-mail ou uma carta para:

 +353 1 645 4040

 client.services@allianzworldwidecare.com

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

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

Para mais informações, visite:

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

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

Definições

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

A

Acidente

É um evento súbito e inesperado que causa lesões e é resultado de uma causa fora do controle da pessoa segurada. A causa e os sintomas dos danos devem ser clínica e objetivamente definíveis, de forma a permitir um diagnóstico e requerer terapia.

Acomodação hospitalar

Um quarto padrão, particular ou semi-particular, como indicado na Tabela de Benefícios. Quartos de luxo, executivos e suites não têm cobertura.

Acordo da empresa

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

Administrador da conta corporativa

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

Agudo

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

Ambulância local

É o transporte de ambulância necessário para uma emergência ou por necessidade médica até o hospital ou estabelecimento médico licenciado mais próximo, disponível e apropriado.

Ano de vigência do seguro

Aplica-se a partir da data de vigência no Certificado de Seguro, e termina na data de expiração do Acordo da Empresa. O próximo ano de vigência do seguro coincide com o ano definido no Acordo da Empresa.

Aparelhos e materiais cirúrgicos

São aqueles necessários em uma cirurgia. Isto inclui órteses, próteses e materiais especiais de substituição de função de parte do corpo, como os materiais especiais para cirurgias ósseas, placas e parafusos cirúrgicos, aparelhos para a substituição de válvulas cardíacas, stents cardiovasculares, desfibriladores e marca-passos implantados.

C

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.

Cirurgia ambulatorial

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

Complicações na gravidez

Referem-se à saúde da mãe. Somente as seguintes complicações que surgirem no período pré-natal da gravidez estarão cobertas: gravidez ectópica, diabetes gestacional, pré-eclâmpsia, aborto natural, ameaças de aborto, natimorto e mola hidatiforme.

Oferecemos cobertura de emergência para complicações na gravidez até o final da 32ª semana de gravidez (ou até a 25ª semana para bebês nascidos de partos múltiplos), contanto que a mãe apresente boas condições de saúde quando a viagem a negócios começar e não existam indicadores de quaisquer dificuldades na gravidez.

Em caso de um parto inesperado durante a viagem a negócios e antes do final da 32ª semana de gravidez (ou antes do final da 25ª semana para bebês nascidos de partos múltiplos), cobriremos os tratamentos/procedimentos necessários para a mãe durante o parto, mas não os cuidados de recém-nascido.

Complicações no parto

Referem-se apenas à hemorragia pós-parto e retenção placentária.

D

Dependente

É seu cônjuge ou parceiro e que tenha sido confirmado pela empresa como um de seus dependentes. Apenas dependentes que estejam acompanhando o segurado na viagem são elegíveis para cobertura.

Doenças preexistentes

Doenças, lesões ou qualquer condição relacionada à mesma cujos sintomas tenham sido apresentados em algum momento anterior à viagem, ou se o paciente tiver ciência de sua condição médica e optar por não receber tratamento ou não seguir o aconselhamento médico antes de viajar.

E

Emergência

O aparecimento de uma condição médica repentina e imprevista que requer assistência médica urgente. Cobriremos apenas o tratamento que se iniciar dentro de 24 horas do evento da emergência. A cobertura começa com a emergência e termina quando o tratamento, como resultado de exames diagnósticos médicos, deixa de fazer parte do evento de emergência, ou quando o paciente está em condições de viajar novamente.

Empresa

É seu empregado (ou a companhia em nome da qual você está fazendo a viagem a negócios) e cujo nome é mencionado no Acordo da Empresa.

Especialista

É um médico licenciado que possui as qualificações adicionais e perícia necessárias para exercer sua função como especialista reconhecido em técnicas de diagnóstico, tratamento e prevenção em um campo particular da medicina.

Evacuação médica

Aplica-se quando o tratamento necessário para o qual o segurado tem cobertura não estiver disponível localmente ou se não houver disponibilidade de sangue que tenha passado por triagem no ato da emergência. Nós transportaremos o segurado para o centro médico apropriado mais próximo (que pode ou não estar localizado no principal país de residência ou no principal país de trabalho do segurado) por ambulância, helicóptero ou avião. A evacuação médica, que deve ser solicitada pelo seu médico, será realizada da maneira mais econômica, levando-se em consideração o quadro médico. Em seguida ao término do tratamento, também cobriremos os custos da viagem de retorno, em tarifa econômica, para o segurado evacuado retornar ao seu país principal de residência.

Se o membro segurado for impedido por necessidade médica de submeter-se ao transporte ou evacuação em seguida à alta de um **episódio de internação hospitalar**, nós cobriremos os custos razoáveis de acomodação em hotel até o máximo de sete dias para instalações de quarto particular com banheiro. Não cobriremos os custos para suítes de hotel, acomodação em hotel de quatro ou cinco estrelas, nem acomodação para acompanhantes.

Nos casos de membros segurados transportados 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 país principal de residência do segurado. 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, nos comprometemos em localizar e transportar sangue previamente testado, assim como equipamento esterilizado para a transfusão, quando isso for aconselhado pelo médico que está realizando o tratamento. Nós nos empenharemos em fazer o mesmo quando os nossos especialistas assim aconselharem. A Allianz Care e seus agentes não assumem responsabilidade no caso de nossos esforços falharem ou se a autoridade clínica utilizar sangue ou equipamentos contaminados.

Os segurados devem entrar em contato com a Allianz Care ao primeiro sinal de que uma evacuação médica seja necessária. Desse ponto em diante, a Allianz Care irá organizar e coordenar todas as etapas da evacuação médica, até que o segurado seja atendido no centro médico selecionado. Caso os serviços de evacuação médica não sejam organizados pela Allianz Care, nós nos reservaremos o direito de declinar o reembolso de todos os custos incorridos. Observe que a **Autorização para Tratamento é necessária** para este benefício.

Evento segurado

Tratamento de emergência medicamente necessário recebido pelo segurado. O evento segurado pode ser causado por um acidente, condição médica, lesão ou doença aguda de acordo com os termos e condições

descritos neste Guia. A cobertura começa com a emergência e termina quando o tratamento deixa de fazer parte do evento de emergência, ou quando o paciente está em condições de viajar novamente.

Exames para diagnósticos

Exames como raio X ou testes sanguíneos realizados para determinar a causa dos sintomas apresentados.

G

Gravidez

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

H

Honorários de especialista

Referem-se ao tratamento não-cirúrgico executado ou ministrado por um especialista. Esse benefício não inclui cobertura para honorários de psiquiatras, psicólogos ou qualquer tratamento que já seja coberto por outro benefício em sua Tabela de Benefícios. Não cobrimos tratamentos de especialistas que estejam excluídos sob a sua apólice.

Honorários médicos

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

Hospital

É um estabelecimento licenciado como centro médico ou cirúrgico no país onde opera, e onde o paciente é permanentemente supervisionado por um médico. Os seguintes estabelecimentos não são considerados hospitais: casas de repouso e enfermagem, spas, centros de cura e resorts para o cuidado de saúde.

M

Medicamentos odontológicos prescritos

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

Medicamentos prescritos

Produtos que não podem ser comprados sem prescrição e são usados para o tratamento de uma condição médica ou diagnóstico confirmados, ou para compensar a falta de substâncias vitais do organismo. Exemplos são antibióticos, sedativos, etc. A eficácia dos medicamentos prescritos deve ser clinicamente comprovada no tratamento da condição médica. Eles devem ser reconhecidos pelas diretrizes médicas internacionalmente aceitas.

Observe que, em caso de tratamento contínuo, é sua responsabilidade levar a quantidade adequada de quaisquer medicamentos prescritos necessários em sua viagem a negócios.

Médico

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

N

Necessidade médica

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

- Essenciais para identificar ou tratar sua condição, doença ou lesão
- 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)
- Requeridos por outros motivos além do seu conforto ou conveniência ou de seu médico
- Tem valor médico comprovado e demonstrado (isto não se aplica a métodos de tratamentos complementares, caso estes façam parte de sua cobertura)

- f) Considerados como serviços ou suprimentos de tipo ou nível mais apropriados
- g) Fornecidos em um estabelecimento apropriado, com instrumental apropriado e com o nível de cuidados apropriado para o tratamento das suas condições médicas
- h) Fornecidos somente por um período apropriado

Nesta definição, o termo “apropriado” significa levar em consideração tanto a segurança do paciente quanto a eficácia do custo. Em relação ao tratamento hospitalar, “medicamente necessário” também significa que não é possível estabelecer um diagnóstico, nem fornecer tratamento de maneira segura e eficaz na forma ambulatorial.

Nós/Nosso

Allianz Care.



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.



País principal de residência

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

Principal país de trabalho

É o país para o qual o funcionário paga impostos e outras contribuições empregatícias.

Procedimentos cirúrgicos orais e maxilofaciais

Referem-se a tratamentos cirúrgicos na boca, mandíbulas, rosto ou pescoço ministrados por um cirurgião oral e maxilofacial em um hospital para tratamento de: patologia bucal, distúrbios da articulação temporomandibular, fraturas faciais, deformações congênitas da mandíbula, doenças das glândulas salivares e tumores.

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

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

Profissionais médicos

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



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.
- Requer supervisão ou monitoramento prolongado.
- Leva à deficiência permanente.



Reabilitação

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

Repatriação de restos mortais

Transporte dos restos mortais do falecido do país onde o segurado se encontra até o país onde deve ser realizado o enterro. Nós cobrimos custos tais como: embalsamamento, um recipiente legalmente apropriado para o transporte, custos de envio e autorizações governamentais pertinentes. Custos de cremação serão cobertos apenas quando a cremação for legalmente necessária. Não cobrimos os custos incorridos por alguém acompanhando os restos mortais, a não ser que isto esteja listado como um benefício específico em sua Tabela de Benefícios. Todas as despesas cobertas relacionadas à repatriação de restos mortais devem ser aprovadas por nós por meio de um Formulário de Autorização de Tratamento. Uma certidão de óbito oficial deverá nos ser enviada, assim como uma confirmação por escrito de um médico referente à causa da morte.

Repatriação médica

É um nível opcional de cobertura e, quando fornecida, estará indicada da Tabela de Benefícios. Caso o tratamento necessário - incluído em sua cobertura - não esteja disponível no local, você poderá optar por retornar ao seu país de origem para tratamento, em vez de ser encaminhado ao centro médico apropriado mais próximo. O benefício é aplicável somente quando o seu país de origem estiver em sua área de cobertura. Finalizado o tratamento, ofereceremos cobertura também para a viagem de volta, em transporte de classe econômica, para seu país principal de residência. A viagem de volta deverá ser realizada no prazo de um mês após o término do tratamento.

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

Rotinas de maternidade

Custos necessários incorridos durante a gravidez e o parto. Isto inclui despesas hospitalares, honorários de especialistas, cuidados pré- e pós-natal para a mãe e honorários de parteira (somente durante o parto).

S

Segurados

As pessoas seguradas incluem:

- Os funcionários da empresa que viajam para fora de seu país principal de residência ou de trabalho (conforme aplicável). Dependendo do Acordo da Empresa, a duração da viagem em nome da empresa pode ser de até 180 dias por ano, ou para o número de dias acordados no Acordo da Empresa. Funcionários de mais de 70 anos de idade não são elegíveis para essa cobertura.
- Os convidados da empresa que viajam para uma filial a negócios (até 180 dias por ano, ou para o número de dias acordados no Acordo da Empresa). Um convidado é uma pessoa que faz uma viagem de negócios em nome da empresa, mas que não é funcionário (por exemplo, parceiro de negócios, advogado, cliente etc.);

Cônjuge ou parceiro dos funcionários segurados também são elegíveis para cobertura de seguro como dependentes a critério da seguradora. Entre em contato com o administrador da conta corporativa da sua empresa para confirmar se os seus dependentes são elegíveis para cobertura sob esta apólice.

T

Terapeuta

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

Tratamento

Procedimento médico necessário para curar ou aliviar o surgimento súbito de uma doença ou lesão.

Tratamento ambulatorial

Refere-se ao tratamento fornecido no consultório de um médico, terapeuta ou especialista que não requer que você dê entrada no hospital.

Tratamento ambulatorial de emergência

Tratamento recebido em um pronto-socorro ou sala de emergência dentro de 24 horas do evento de um acidente ou doença súbita, durante o qual não há necessidade médica para você ocupar o leito de um hospital.

Tratamento ambulatorial odontológico de emergência

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.

Tratamento hospitalar

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

Tratamento hospitalar odontológico de emergência

Tratamento de casos agudos que requeiram atendimento odontológico de emergência devido a acidentes graves e que requerem hospitalização. O objetivo do tratamento é o alívio imediato da dor de dentes e deve ocorrer dentro de 24 horas do evento de emergência. A cobertura não se estende a tratamento odontológico de acompanhamento, cirurgia dentária, próteses dentárias, ortodontia ou periodontia.

Tratamento hospitalar sem internação

É o tratamento recebido em hospital ou unidade de atendimento diário, o que inclui acomodação hospitalar e atendimento de enfermagem, que não requer medicamento a pernoite do paciente no hospital, e para o qual se emite uma notificação de alta.

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.



Viagem a negócios

Ocorre quando a pessoa segurada faz uma viagem de curto prazo ao exterior por motivos de trabalho. Dias de viagem adicionais que precedem ou sucedem a viagem a negócios mas que não sejam necessários, nem relacionados ao motivo ou à necessidade da viagem a negócios, não serão cobertos.

Você/Seu

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

Exclusões

Nossa cobertura abrange a maioria das emergências médicas. No entanto, as despesas incorridas nos tratamentos, quadros médicos e procedimentos listados a seguir não são cobertas pelo plano.

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

Tratamentos relacionados ao atraso no desenvolvimento não estão cobertos.

CIRURGIA PLÁSTICA E COSMÉTICA

Cirurgia eletiva/voluntária e /ou cirurgia plástica ou cosmética, a menos que medicamento necessária após um acidente.

COMPLICAÇÕES CAUSADAS POR CONDIÇÕES NÃO FOR COBERTAS PELO SEU PLANO

Despesas incorridas em função de complicações provocadas diretamente por uma doença, lesão ou tratamento para o qual a cobertura seja excluída ou limitada nos termos do seu plano.

CONSULTAS REALIZADAS POR VOCÊ OU POR UM MEMBRO DE SUA FAMÍLIA

Consultas realizadas e qualquer medicamento ou tratamento prescrito por você, seu cônjuge, pais ou filhos.

CONTAMINAÇÃO QUÍMICA E RADIOATIVIDADE

Tratamento de qualquer quadro médico decorrente direta ou indiretamente de contaminação química, radioatividade ou qualquer material nuclear, inclusive a combustão de combustível nuclear.

CUIDADOS DE ENFERMAGEM DOMICILIAR

Enfermagem domiciliar e qualquer serviço médico ministrado por um profissional da área de saúde na residência do segurado.

CUSTOS DE TRANSPORTE

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

DEPENDÊNCIA DE DROGAS OU ALCOOLISMO

Atendimento e/ou tratamento de dependência de drogas ou alcoolismo (incluindo programas de desintoxicação e tratamentos para parar de fumar), morte associada com vício em drogas ou álcool, ou o tratamento de qualquer condição médica que segundo nossa opinião razoável está relacionada a, ou é consequência direta de, alcoolismo e dependência de drogas (por exemplo, falha dos órgãos ou demência).

DOENÇAS CAUSADAS INTENCIONALMENTE OU LESÕES AUTO-INFLIGIDAS

Atendimento e/ou tratamento de doenças causadas intencionalmente ou lesões auto-infligidas, inclusive tentativas de suicídio.

DOENÇAS PREEXISTENTES

Doenças preexistentes (incluindo quadros crônicos preexistentes), com a exceção de crises agudas de emergência elegíveis de doenças preexistentes ou quadros crônicos preexistentes que ocorram enquanto o segurado estiver viajando a negócios.

Além disso, doenças preexistentes e quadros crônicos preexistentes também não cobertos quando:

- Receber tratamento no exterior tenha sido o único motivo, ou um dos motivos para a viagem a e/ou
- Quando descobrirmos ou suspeitarmos que a cobertura tenha sido adquirida com o intuito de viajar exterior a fim de obter tratamento para uma condição médica, sendo que os sintomas deste quadro já fossem evidentes para o segurado antes da aquisição da cobertura.

EMBARCAÇÃO NO MAR

Evacuação/repatriação médica originada em uma embarcação no mar para centro médico em terra.

EMERGÊNCIAS FORA DA DURAÇÃO DA COBERTURA CONFIRMADA

As emergências ocorridas antes da data de início da cobertura indicada no Acordo da Empresa, ou fora da Duração da Cobertura confirmada.

EQUIPAMENTOS MÉDICOS

Equipamentos médicos não-emergenciais, como aparelhos auditivos, aparelhos de suporte a fala (laringe eletrônica), muletas ou cadeiras de rodas, suportes/aparelhos ortopédicos, membros artificiais, materiais para estomato, meias de compressão graduada ou ortopédicas.

ERRO MÉDICO

Tratamento necessário como resultado de erro médico.

ESPORTES PROFISSIONAIS E ATIVIDADES PERIGOSAS

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

ESTADIAS EM CENTRO DE CURA

Estadias em centros de cura, balneários, spas, resorts para tratamento de saúde e centros de recuperação, mesmo que a estadia seja medicamente prescrita.

EVACUAÇÃO MÉDICA, REPATRIAÇÃO MÉDICA OU REPATRIAÇÃO DE RESTOS MORTAIS

Evacuação médica, repatriação médica ou repatriação de restos mortais quando a Autorização para Tratamento não for obtida.

FACETAS ODONTOLÓGICAS

Facetas odontológicas e procedimentos relacionados.

FALHA EM PROCURAR OU SEGUIR A ORIENTAÇÃO MÉDICA

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

FISIOTERAPIA

Fisioterapia ambulatorial.

FONOAUDIOLOGIA

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

GRAVIDEZ E PARTO

Custos relacionados à gravidez e parto, incluindo complicações e suas consequências, com a única exceção de "Complicações na gravidez", que são cobertas até o final da 32ª semana de gravidez ou até o final da 25ª semana para bebês nascidos de partos múltiplos, quando o benefício estiver incluso na Tabela de Benefícios. Esta exclusão também inclui, mas não se limita a:

- Despesas associadas a rotinas de maternidade.
- Despesas relacionadas ao parto prematuro, a não ser que sejam cobertas sob o benefício “Complicações na gravidez”.
- Despesas de qualquer tratamento médico necessário em que a mãe esteja viajando mesmo que o médico a tenha aconselhado a não fazer isso, ou se houver qualquer indicação de dificuldades durante a gravidez.
- Despesas de viagens quando o objetivo for fazer o parto no exterior.
- Interrupção da gravidez, exceto no evento de perigo de vida para a mulher grávida.
- Parto domiciliar.
- Cuidados de recém-nascidos.

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.

LENTE DE CONTATO E ÓCULOS

Lentes de contato e óculos.

MATERNIDADE POR SUBSTITUIÇÃO

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

MEDICAMENTOS ADQUIRIDOS SEM PRESCRIÇÃO MÉDICA

Medicamentos que, legalmente, podem ser comprados sem prescrição médica.

PARTICIPAÇÃO EM GUERRA OU ATOS CRIMINOSOS

Quaisquer despesas relacionadas ao tratamento de quaisquer doenças ou lesões, assim como situações que resultem em morte, decorrentes de participação ativa nos eventos a seguir, quer a guerra tenha sido declarada ou não:

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

QUADROS CRÔNICOS

Quadros crônicos, tal como descritos na definição relevante incluída neste documento.

TRANSPLANTE DE ÓRGÃOS

Transplante de órgãos e suas conseqüências.

TRATAMENTO APÓS O FINAL DO EVENTO SEGURADO

Tratamento (incluindo reabilitação) necessário depois que o evento segurado chega ao fim.

TRATAMENTO COMPLEMENTAR

Tratamento complementar, com exceção dos tratamentos indicados na Tabela de Benefícios.

TRATAMENTO CONTRA A INFERTILIDADE

Tratamento contra a infertilidade, incluindo reprodução medicamente assistida ou quaisquer conseqüências adversas desta.

TRATAMENTO EXPERIMENTAL OU NÃO COMPROVADO OU TERAPIA COM MEDICAMENTOS

Qualquer forma de terapia ou tratamento com medicamentos que, em nossa opinião razoável, seja considerado experimental ou não comprovado com base na prática médica normalmente aceita.

TRATAMENTO NÃO-EMERGENCIAL

As despesas para tratamento não-emergencial não são cobertas.

TRATAMENTO NO PAÍS DE RESIDÊNCIA

Tratamento recebido no principal país de residência ou no principal país de trabalho.

TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

Tratamento odontológico, cirurgia dentária, periodontia, tratamento ortodôntico, próteses dentárias e tratamento de canal, com a exceção de tratamento odontológico hospitalar ou ambulatorial.

TRATAMENTO ORTOMOLECULAR

Consulte a definição de "Tratamento ortomolecular".

TRATAMENTO PARA A CORREÇÃO DA VISÃO A LASER

Tratamento para corrigir a refração de um ou de ambos os olhos (correção da visão a laser).

TRATAMENTO PSIQUIÁTRICO

Tratamento psiquiátrico e psicoterápico.

VITAMINAS OU MINERAIS

Produtos classificados como:

- Vitaminas ou minerais
- Suplementos como comida especial para bebê e produtos cosméticos

Estes produtos são excluídos mesmo que medicamento recomendados, prescritos ou de efeito terapêutico reconhecido. Custos incorridos como resultado de consultas relacionadas à nutrição ou dieta não serão cobertos, a não ser que um benefício específico esteja incluído em sua Tabela de Benefícios.

TRATAMENTOS QUE NÃO ESTÃO INDICADOS EM SUA TABELA DE BENEFÍCIOS

Os tratamentos, custos e procedimentos abaixo, e quaisquer consequências ou complicações adversas deles, não são cobertos:

- Despesas de um acompanhante do paciente evacuado/repatriado.
- Oncologia.
- Transplante de órgãos.
- Atendimento paliativo e tratamento de longo prazo.
- Terapia oculomotora e terapia ocupacional prescritas.
- Tratamento preventivo.
- Exames de rotina incluindo exames para a detecção de doenças em sua fase inicial.
- Despesas de viagem de segurados acompanhando um membro de sua família em sua evacuação/repatriação.
- Despesas de viagem para acompanhantes em casos de repatriação de restos mortais de segurados.
- Despesas de viagem dos segurados no caso de falecimento ou de perigo de morte de um dos membros de sua família.
- Vacinações.

Fale conosco, adoramos ajudar!

Para obter mais informações, entre em contato conosco:

Central de Atendimento 24 horas para dúvidas e emergências

	Português:	+353 1 645 4040
	Inglês:	+353 1 630 1301
	Alemão:	+353 1 630 1302
	Francês:	+353 1 630 1303
	Espanhol:	+353 1 630 1304
	Italiano:	+353 1 630 1305

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

Se você não puder acessar os números gratuitos de um telefone celular, ligue para um dos números da Central de Atendimento listados acima.

As ligações para a Central de Atendimento serão gravadas e poderão ser monitoradas por razões regulamentares ou para fins de treinamento e qualidade. Observe que apenas o titular da apólice (ou uma pessoa nomeada pelo mesmo) ou o administrador da conta corporativa podem fazer alterações na apólice. Perguntas de segurança deverão ser respondidas para confirmar a sua identidade.

@ E-mail: client.services@allianzworldwidecare.com

 Fax: + 353 1 630 1306

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

 www.allianzcare.com

 www.facebook.com/allianzcare

 www.twitter.com/AllianzCare

 www.youtube.com/user/allianzworldwide

 www.instagram.com/allianzcare/

 www.linkedin.com/company/allianz-care

Este documento é uma tradução da versão original em inglês. A versão original inglesa deste documento é a versão autoritária. Em caso de existir discrepâncias entre a versão traduzida e a original inglesa, informamos que a versão inglesa já é legalmente vinculador por si mesma.

A AWP Health & Life SA é regulada pela Autoridade Francesa de Supervisão Prudencial, localizada em 4 place de Budapest, CS 92459, 75 436 Paris Cedex 09, França.

A AWP Health & Life SA, atuando sob sua sucursal na Irlanda, é uma empresa de sociedade anônima regida pelo Código de Seguros Francês. A empresa é registrada na França sob o número: 401 154 679 RCS Bobigny. A sucursal da Irlanda é registrada pelo órgão Irlandês "Irish Companies Registration Office" sob o número: 907619. Endereço: 15 Joyce Way, Park West Business Campus, Nangor Road, Dublin 12, Irlanda. A Allianz Care e Allianz Partners estão registradas como razões sociais da AWP Health & Life SA.