



Cobertura internacional para doenças graves – Guia de Benefícios para funcionários
Válido a partir de 1º de maio de 2021

Avenue
para sua jornada de vida

Allianz  Care

Bem-vindo (a)

Você e sua família podem agora depender da Allianz Care 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 frequentemente. A seção “Termos e condições de sua cobertura” explica a sua cobertura em maior detalhe.

Para que você aproveite ao máximo a sua cobertura Avenue, leia este guia junto com o seu Certificado de Seguro e com a Tabela de Benefícios.

COMO USAR A SUA COBERTURA

Resumo da cobertura	4
Serviço de gerenciamento de casos médicos	10

TERMOS E CONDIÇÕES DE SUA COBERTURA

Termos e condições	16
Explicando a sua cobertura	18
Benefício pago em dinheiro – processos e termos	24
Gerenciamento de casos médicos	26
Pagamento de prêmios	30
Administração de sua apólice	32
Os seguintes termos também se aplicam à sua cobertura	36
Proteção de Dados	38
Procedimento de gestão de reclamações	39
Definições	40
Exclusões	48

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 vinculadora 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 A SUA COBERTURA

RESUMO DA COBERTURA

O que o meu plano cobre?

O Avenue oferece cobertura a você (e quaisquer membros da família, se você os incluir na apólice como dependentes) caso haja necessidade de tratamento para qualquer uma das doenças graves a seguir:

Casos médicos cobertos tanto para adultos quanto crianças (menores de 18 anos):

- Transplante de medula óssea
- Câncer (incluindo todos os cânceres sólidos, linfomas e leucemia)
- Substituição ou reparo de válvulas cardíacas (para crianças, apenas quando é necessário como resultado de febre reumática)
- Neurocirurgia
- Epilepsia severa

Casos médicos cobertos apenas para adultos:

- Angioplastia ou stent de artéria coronária
- Ponte na artéria coronária
- Transplante de órgãos
- Cirurgia vascular de grande porte

Casos médicos cobertos apenas para crianças (menores de 18 anos):

- Membros artificiais após a perda de membros em um acidente
- Síndrome de Kawasaki
- Meningite/encefalite

Onde posso receber tratamento?



Nós esperamos que você nunca precise de tratamento para os casos médicos listados acima, mas caso isso aconteça, você pode receber tratamento nos hospitais e centros médicos inclusos no tipo de rede médica Avenue que escolheu. Isto estará indicado na sua Tabela de Benefícios.

Enviaremos a você uma lista dos hospitais e centros médicos incluídos na rede que você selecionou, e que são especializados no seu tipo de caso médico. Por exemplo, se o caso médico for câncer, você receberá uma lista de hospitais na rede que você escolheu que são especializados no tratamento para câncer. Com a lista em mãos, você pode escolher onde receber tratamento.

Selecionamos cuidadosamente os hospitais e centros médicos na nossa rede Avenue com base na especialidade médica e padrões de serviços internacionais. Dependendo do nível de cobertura, você pode ter acesso a hospitais e centros médicos da rede Avenue na Europa, Ásia, Oriente Médio, África e América do Norte.

Com o Plano Avenue Business 1 Plus, você também tem cobertura para tratamento elegível em seu país principal de residência. Para os Planos Avenue Business 2 Plus ou Avenue Business 3 Plus, você conta com cobertura para tratamento elegível em seu país principal de residência e em seu país de origem declarado, que é diferente do país onde você mora.

Quando posso começar a acessar benefícios e serviços sob meu plano?



Você pode começar a acessar os benefícios e serviços quando seu médico confirmar que você (ou um dos membros da sua família incluído na apólice como dependente) precisa de tratamento para qualquer um dos casos médicos cobertos. Você pode começar a usar sua cobertura a partir de então. Ou seja, os custos para obter o diagnóstico inicial do seu caso médico não são cobertos pelo seu plano. A cobertura está sujeita aos termos e condições do seu plano como descritos no seu Guia de Benefícios, na Tabela de Benefícios e no Certificado de Seguro.



Como acesso a cobertura, e como ela funciona?



Basta ligar para nós assim que possível, depois que seu médico confirmou que você (ou um de seus dependentes) precisa de tratamento para qualquer um dos casos médicos cobertos.

Nossa Central de Atendimento está à disposição dia e noite, todos os dias do ano, e estamos sempre prontos para receber sua ligação:

+ 353 1 645 4040

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

@ client.services@allianzworldwidecare.com

Nesse momento, vamos pedir informações de apoio para o seu diagnóstico, que serão avaliadas por nossa Equipe Médica. Além disso, precisaremos confirmar que o caso médico não está relacionado a uma doença preexistente. Para tanto, você precisará fornecer evidências médicas de um médico para comprovar que você ou seus dependentes não apresentaram nenhum sintoma, não buscaram aconselhamento médico, não precisaram de exames ou investigações, nem receberam nenhuma forma de tratamento no período dos últimos 10 anos antes da data de início da sua apólice. Todas as informações médicas fornecidas serão avaliadas pela nossa Equipe Médica.

Se for necessário, poderemos organizar uma segunda opinião médica com um especialista internacional externo para confirmar o diagnóstico. Quando o diagnóstico for confirmado, e o período de carência relevante tiver chegado ao fim, você terá acesso imediato ao nosso serviço de gerenciamento de casos médicos e aos benefícios. Além disso, você tem a opção de receber o benefício pago em dinheiro, em vez de ter acesso ao nosso serviço de gerenciamento de casos médicos. Confira sua Tabela de Benefícios para confirmar os períodos de carência que se aplicam a cada opção.



Veja o que cada uma das opções significa:



Benefício pago em dinheiro

Caso seu plano ofereça um benefício pago em dinheiro (consulte o valor na Tabela de Benefícios). Se você escolher essa opção, faremos o pagamento na sua conta bancária pessoal. No entanto, você não terá acesso a nenhum dos serviços oferecidos pelo nosso processo de gerenciamento de casos médicos, nem poderá fazer um pedido de reembolso para qualquer benefício de tratamento incluso na sua apólice para aquele tipo específico de caso médico.

No entanto, se no futuro você apresentar um tipo diferente de caso médico coberto pela apólice, poderá escolher novamente entre o benefício pago em dinheiro e o acesso ao gerenciamento de casos médicos.



Serviço de gerenciamento de casos médicos

Se você escolher essa opção, vamos providenciar um gerente de caso médico exclusivo, que é um especialista médico da nossa equipe. Seu gerente de casos médicos será responsável por organizar uma série de serviços para você (por exemplo, marcar as consultas médicas iniciais).

Ao escolher essa opção, você também pode fazer pedidos de reembolso para os custos elegíveis do seu tratamento médico. O custo do seu tratamento será coberto por nós até atingir o Limite Máximo indicado na sua Tabela de Benefícios. Depois disso, sua cobertura para esse tipo específico de caso médico chegará ao fim. No entanto, se no futuro você apresentar um tipo diferente de caso médico coberto pela apólice, o Limite Máximo estará disponível novamente para o novo caso médico.

Veja a seção “Serviço de gerenciamento de casos médicos” para maiores detalhes. O valor do benefício pago em dinheiro no seu plano Avenue pode ser menor que o valor para gerenciamento de casos médicos e benefícios que pagamos sob sua apólice. Verifique sua Tabela de Benefícios para entender a diferença de valores entre as duas opções.

Somos responsáveis apenas por organizar o acesso ao tratamento. Os serviços de gerenciamento de casos médicos não oferecem aconselhamento médico ou de saúde, nem substituem aconselhamento, diagnóstico ou tratamento profissionais. Não somos responsáveis por nenhuma indenização, perda ou dano como resultado direto ou indireto de qualquer ato ou omissão de quaisquer provedores médicos terceirizados incluindo tratamento, diagnóstico, diagnóstico incorreto ou falha ao realizar o diagnóstico.

Serviços de aconselhamento e encaminhamento legal e financeiro



Sabemos que o diagnóstico de uma doença grave pode ser preocupante. Com o Avenue, você tem acesso a serviços de aconselhamento psicológico e de consultoria legal e financeira para ajudar você e sua família a lidarem com os desafios que podem surgir após a confirmação desse diagnóstico. Esses serviços oferecem apoio em vários idiomas e estão disponíveis 24 horas por

dia, 7 dias por semana.

Esse serviço de aconselhamento profissional e confidencial oferece a você e sua família a possibilidade de conversar com um conselheiro clínico em consulta presencial, por bate-papo on-line ao vivo, vídeo ou e-mail, o que for mais conveniente.

Os serviços de consultoria legal e financeira oferecidos com o Avenue encaminham você para um consultor financeiro ou profissional jurídico adequado para ajudá-lo a responder as perguntas que podem surgir durante o tratamento.

Nos deixe ajudar:



+1 905 886 3605

Este não é um número gratuito. Entretanto, números de telefone local podem estar disponíveis. A lista completa de nossos "Números de Acesso Mundial" está disponível em:



www.workhealthlife.com/AWCExpat
(disponível em inglês, francês e espanhol)

Suas ligações são atendidas por um agente de língua inglesa, porém você pode pedir para falar com alguém em outro idioma. Caso um agente não estiver disponível no idioma que você precisa, organizaremos um serviço de intérprete.

Os serviços de aconselhamento e consultoria estão disponíveis por meio da Lifeworks, da Morneau Shepell, e estão sujeitos à sua aceitação de nossos termos e condições. Você entende e concorda que a AWP Health & Life SA - Sucursal na Irlanda e/ou AWP Health & Life Services Limited não são responsáveis por qualquer indenização, perda ou dano como resultado direto ou indireto do uso dos serviços de aconselhamento e consultoria. Esses serviços podem estar sujeitos a restrições geográficas.



SERVIÇO DE GERENCIAMENTO DE CASOS MÉDICOS

Sabemos que procurar tratamento pode ser estressante. Pode deixar que cuidamos da papelada enquanto você se concentra em melhorar.

Como funciona

Seu gerente de casos médicos é um especialista da nossa própria Equipe Médica. Veja só como ele pode ajudar você:

01

Para começar, o gerente irá revisar os detalhes do seu caso médico (como relatórios médicos, resultados de exames etc). Se for necessário, ele ajudará você a organizar uma segunda opinião médica com um especialista internacional externo, para confirmar seu diagnóstico. Quando o diagnóstico for confirmado, seu gerente de casos médicos e você discutirão e chegarão a um acordo sobre o plano de tratamento.

02

Ele irá sugerir três países incluídos na rede que você escolheu como destinos possíveis para fazer o tratamento. Quando você concordar com os países sugeridos, o gerente irá identificar uma lista de hospitais adequados nesses países, e que fazem parte da nossa rede Avenue. Assim, você não precisa perder tempo com pesquisa.

Você precisa informar ao gerente de casos médicos qual dos hospitais listados escolheu para fazer seu tratamento.

Observação:

Com o Plano Avenue Business 1 Plus, você também tem cobertura para tratamento elegível em seu país principal de residência. Para os Planos Avenue Business 2 Plus ou Avenue Business 3 Plus, você conta com cobertura para tratamento elegível em seu país principal de residência e em seu país de origem, que é diferente do país onde você mora. Informe ao seu gerente de caso médico se você prefere receber tratamento onde mora para receber uma lista de hospitais localizados em seu país principal de residência (ou país de origem para o Avenue Business 2 Plus e o Avenue Business 3 Plus).

Caso seu país principal de residência (ou país de origem) seja localizado em uma área onde não temos uma rede de atendimento médico, você pode encontrar um hospital adequado por sua conta e informar sua escolha ao gerente de casos médicos. Ele ajudará você a preencher um Formulário de Autorização para Tratamento, que será usado quando o gerente entrar em contato com o hospital escolhido e organizar o pagamento direto do tratamento hospitalar (quando possível).

03

Seu gerente entrará em contato diretamente com o hospital escolhido e marcará a consulta inicial para que você possa começar o tratamento. Ele também entrará em contato diretamente com o hospital para pagar todos os custos de tratamento hospitalar elegíveis.

Se o hospital ficar a mais de 50 km de distância de onde você mora, o gerente de casos médicos também fará o agendamento da viagem (exceto viagens de táxi e de trem) e hospedagem para você, um acompanhante e qualquer doador vivo (quando aplicável). Esses custos de viagem são cobertos pelos limites dos benefícios do plano que você escolheu. Se você precisar pegar um táxi ou um trem para chegar ao destino onde receberá tratamento, converse com seu gerente de casos médicos sobre seu plano de viagem. Quando ele concordar, você poderá reservar as viagens de táxi ou de trem e pagar por elas, e pedir o reembolso das passagens depois.

Para tratamentos no exterior dentro da nossa rede Avenue, seu gerente de casos médicos também pode organizar um serviço de concierge médico para você, que inclui serviços de acompanhante no país de destino e/ou de tradução no hospital selecionado durante o tratamento.

Infelizmente, certas questões não estão sob o controle do gerente de casos médicos, incluindo mas não se limitando a:

- Organizar a obtenção de vistos e outros documentos para viagem que podem ser exigidos para o tratamento no exterior. Infelizmente, não temos autorização legal para fazer isso por você, então é preciso organizar a obtenção desses documentos por conta própria.
- Lidar com as autoridades relevantes caso elas neguem a você os documentos de viagem necessários e se você for detido na imigração ao tentar entrar no país escolhido para tratamento. Não nos responsabilizaremos por isso.

No entanto, se você já sabe que será difícil obter os documentos de viagem necessários para um país específico, seu gerente de casos médicos pode sugerir centros médicos adequados em outros países, para que seu tratamento não seja atrasado.

04

Ao longo de todo o seu tratamento, o gerente de casos médicos entrará em contato periodicamente para:

- verificar o progresso do tratamento;
- oferecer informações sobre alternativas de tratamento disponíveis a você.

Note que o serviço de gerenciamento de casos médicos tem como objetivo ajudá-lo a coordenar seu tratamento e aliviar o fardo administrativo. O serviço não oferece aconselhamento médico ou de saúde e não substitui aconselhamento, diagnóstico ou tratamento profissionais.

Não somos responsáveis por nenhuma indenização, perda ou dano como resultado direto ou indireto de qualquer ato ou omissão de quaisquer provedores médicos terceirizados incluindo tratamento, diagnóstico, diagnóstico incorreto ou falha ao realizar o diagnóstico.

Como pedir reembolso para despesas médicas

Temos alguns processos estabelecidos com os hospitais da rede Avenue. Isso significa que seu gerente de casos médicos poderá organizar o pagamento de tratamentos hospitalares elegíveis diretamente para o hospital – assim, você não precisa lidar com faturas.

No entanto, nem todos os custos relacionados ao seu tratamento serão necessariamente pagos por nós. Isso acontece quando:



Os custos não são relacionados ao tratamento hospitalar. Por exemplo, você pode precisar comprar medicamentos prescritos em uma farmácia, ou comparecer a consultas em regime ambulatorial. Esses custos ambulatoriais são cobertos pelo seu plano até os limites especificados na sua Tabela de Benefícios (se forem destinados a serviços médicos e produtos incluídos no plano de tratamento que você concordou em fazer com seu gerente de casos médicos). Para esses custos ambulatoriais elegíveis, você precisará pagar por eles e então enviar um pedido de reembolso para nós.



Você concordou com seu gerente de caso médico em receber **tratamento em seu país principal de residência ou seu país de origem, em um hospital que não faz parte da nossa rede.** Em raras ocasiões, o hospital escolhido pode se recusar a aceitar o pagamento diretamente da Allianz Care para o tratamento hospitalar. Nesse caso, você precisará pagar as despesas hospitalares e depois pedir o reembolso para nós.



Você precisa de viagens de táxi ou de trem para chegar ao destino de seu tratamento, conforme acordado com seu gerente de casos médicos. Essas viagens não são organizadas por nós, mas podemos reembolsar o custo até o limite do benefício indicado em sua Tabela de Benefícios.




Você pode usar o aplicativo ou portal on-line MyHealth para pedir o reembolso de custos elegíveis. Para acessar o MyHealth, visite:

<https://my.allianzcare.com/myhealth>

Basta fornecer alguns detalhes importantes, fotografar a sua fatura médica e clicar em “enviar”. Assim que recebermos todas as informações necessárias, poderemos processar e emitir um reembolso dentro de 48 horas.

O conteúdo do aplicativo MyHealth se destina apenas a fins informativos, e os usuários permanecem responsáveis pelas próprias decisões em relação à saúde. O aplicativo e o portal on-line MyHealth não oferecem aconselhamento médico ou de saúde, nem substituem aconselhamento, diagnóstico ou tratamento profissionais. Os usuários entendem e concordam que a Allianz Care e as outras empresas do Grupo Allianz não são responsáveis por nenhuma indenização, perda ou dano como resultado direto ou indireto do uso do aplicativo e do portal on-line MyHealth.

Se você tiver alguma dúvida relacionada a pedidos de reembolso ou simplesmente deseja verificar o progresso de pedidos já enviados, entre em contato com a nossa Central de Atendimento:

 + 353 1 645 4040

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

Observe que os limites se aplicam aos custos médicos que cobrimos e pagamos por você. Para mais informações, consulte a seção “Limites de benefícios, limite máximo e teto máximo” deste guia.

Mais detalhes sobre o serviço de gerenciamento de casos médicos estão disponíveis na seção “Termos e condições”.





A person wearing a dark blue long-sleeved shirt and dark pants is walking on a paved path on the left side of the image. The path is bordered by a grassy area with scattered fallen leaves. In the background, there is a wooden fence and several trees with vibrant red and orange autumn foliage. The scene is brightly lit, suggesting a sunny day.

**TERMOS E
CONDIÇÕES DE
SUA
COBERTURA**

TERMOS E CONDIÇÕES

Esta seção descreve os benefícios básicos e as regras referentes à apólice de seguro-saúde de seu plano Avenue. Leia este guia junto com o seu Certificado de Seguro e com a Tabela de Benefícios.

- Seu **Certificado de Seguro** detalha o(s) plano(s) que sua empresa escolheu para você e seus dependentes (se aplicável). Ele 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 (como a adição de um dependente) - desde que sua empresa aprove e nós aceitemos.
- A **Tabela de Benefícios** detalha o(s) plano(s) selecionados por sua empresa, o tipo de rede aplicável, e todos benefícios e serviços disponíveis a você. A tabela também confirma se limites específicos e/ou períodos de carência são aplicáveis ao seu plano. E, por fim, indica o limite máximo e o teto máximo que se aplicam ao seu plano. 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 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.



EXPLICANDO A SUA COBERTURA

Os planos selecionados pela sua empresa estão indicados em sua Tabela de Benefícios, que lista todos os benefícios cobertos em seu plano, os serviços incluídos e quaisquer limites aplicáveis. Para uma explicação de como os limites dos benefícios se aplicam ao seu plano, veja a seção “Limites de Benefícios, Limite Máximo e Teto Máximo”.

Sua cobertura também está sujeita a definições e exclusões da apólice (também disponíveis neste guia).

O que cobrimos

Sua apólice oferece a você e a qualquer dependente nomeado cobertura para tratamentos clinicamente necessários e custos, serviços e/ou suprimentos relacionados, conforme indicado na Tabela de Benefícios e no plano de tratamento que você estabeleceu conosco. Reembolsaremos apenas custos razoáveis e costumeiros, e que vão de acordo com os procedimentos médicos padrão e geralmente aceitos. Se considerarmos um pedido de reembolso inadequado, nós temos o direito de declinar ou reduzir o valor a ser pago.

Os casos médicos que tiverem sido diagnosticados ou tratados durante o período de carência não serão cobertos por seu Plano Avenue, a não ser como resultado direto de um acidente ocorrido durante o período de carência. Esses casos médicos relacionados a acidentes serão avaliados e cobertos após o final dos períodos de carência.

Não oferecemos cobertura para seguro de viagem. Se você quiser cobertura adicional para seguro de viagem, é sua responsabilidade garantir que você, seus dependentes, acompanhantes ou doadores contem com a cobertura adequada para viajar durante o seu tratamento coberto por seu plano Avenue.

A cobertura oferecida pelo Avenue não é adequada como substituta para seguro-saúde obrigatório local. Em determinados países, a cobertura pode estar sujeita a restrições locais de plano de saúde e é sua responsabilidade garantir que seu seguro-saúde seja legalmente apropriado.

Quando a cobertura começa para você e seus dependentes

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 obrigado ao cumprimento dessas cláusulas.

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 será válida contanto que o segurado permaneça no grupo corporativo, e chegará ao fim quando ele atingir o limite de idade de 70 anos ou o Teto Máximo. A cobertura dos filhos pode continuar até que eles atinjam o limite de idade definido. Seus filhos dependentes estarão cobertos pela apólice até o dia anterior ao de completarem 18 anos ou 24 anos, se estiverem estudando em tempo integral. Após atingirem a idade máxima para dependentes, eles poderão solicitar sua própria cobertura sob um de nossos Planos Avenue para Indivíduos.

Doenças preexistentes

As doenças preexistentes não são cobertas pelo seu Plano Avenue. Doenças preexistentes são condições médicas que incluem mas não estão limitadas à “tabela de casos médicos” abaixo, e cujos sintomas tenham sido apresentados no período dos últimos 10 anos até:

- A data de emissão do Certificado de Seguro ou
- A data de início de sua apólice

Isto se aplica independentemente de você ou seus dependentes já terem recebido aconselhamento médico ou tratamento, ou se receberam um diagnóstico. Você precisará fornecer evidências médicas de um médico para comprovar que você ou seus dependentes não apresentaram nenhum sintoma, não buscaram aconselhamento médico, não precisaram de exames ou investigações, nem receberam nenhuma forma de tratamento no período dos últimos 10 anos antes da data de início da sua apólice. Consideraremos preexistente qualquer condição que podemos razoavelmente assumir que você ou seus dependentes pudessem estar cientes. Se estabelecermos que a condição médica é preexistente, os pedidos de reembolso para esse caso médico serão declinados.



Tabela de casos médicos

Casos médicos	Doenças preexistentes
Transplante de medula óssea	<ul style="list-style-type: none"> • Anemia severa e talassemia alfa • Linfoma ou leucemia preexistentes • Câncer preexistente • Quimioterapia ou radioterapia realizados anteriormente
Câncer	<ul style="list-style-type: none"> • Câncer provocado por AIDS • Câncer provocado direta ou indiretamente por uma doença preexistente • Câncer preexistente (ou seja, você já teve esse tipo de câncer no passado, mesmo antes do início da sua cobertura) • Câncer de pele, com exceção de melanomas e carcinomas de células escamosas. • Displasia cervical • Infecção por HPV
Angioplastia ou stent de artéria coronária	<ul style="list-style-type: none"> • Fatores de risco cardiovascular (uma combinação de pelo menos 3 dos fatores a seguir): <ul style="list-style-type: none"> - Obesidade mórbida (IMC>35) - Hipertensão/pressão arterial alta - Hipercolesterolemia - Tabagismo (mais de 30 unidades por dia) - Deficiência no metabolismo da glicose (Diabetes Tipo 1 e 2 etc) - Histórico familiar • Obesidade mórbida (IMC>40) • Angioplastia/stent/ponte na coronária realizados anteriormente • Angina de peito precedente • Infarto do miocárdio precedente
Ponte na coronária	<ul style="list-style-type: none"> • Fatores de risco cardiovascular (uma combinação de pelo menos 3 dos fatores a seguir): <ul style="list-style-type: none"> - Obesidade mórbida (IMC>35) - Hipertensão/pressão arterial alta - Hipercolesterolemia - Tabagismo (mais de 30 unidades por dia) - Deficiência no metabolismo da glicose (Diabetes Tipo 1 e 2 etc) - Histórico familiar • Obesidade mórbida (IMC>40) • Angioplastia/stent/ponte na coronária realizados anteriormente • Angina de peito precedente • Infarto do miocárdio precedente
Transplante de órgãos com doador vivo	<ul style="list-style-type: none"> • Doença hepática alcoólica • Diabetes tipo 1 • Diabetes tipo 2 com um histórico de 10 anos • Hepatite B ou C • Cirrose do fígado • Doenças autoimunes como artrite reumatoide, esclerose múltipla, lúpus eritematoso sistêmico etc. • Depuração de creatinina elevada • Câncer preexistente • Doenças respiratórias graves como doença pulmonar obstrutiva crônica, fibrose cística etc.

Cirurgia vascular de grande porte	<ul style="list-style-type: none"> • Histórico preexistente de qualquer aneurisma • Estenose de artéria renal • Doença arterial periférica • Isquemia cardíaca
Meningite/encefalite (apenas para crianças)	<ul style="list-style-type: none"> • Meningite/encefalite precedente com sequelas • HIV/AIDS • Vírus herpes simplex e varicela-zoster
Neurocirurgia	<ul style="list-style-type: none"> • Tumores no cérebro (benignos ou malignos) preexistentes • Aneurismas cerebrais preexistentes • Malformações arteriovenosas cerebrais preexistentes • Tumores no cérebro (benignos ou malignos) preexistentes
Epilepsia severa	<ul style="list-style-type: none"> • Epilepsia severa preexistente • Epilepsia preexistente tratada com pelo menos dois medicamentos para convulsões • Dano cerebral, como tumores cerebrais ou derrames • Paralisia cerebral ou outras anormalidades neurológicas ligadas ao desenvolvimento • Doenças infecciosas como meningite, AIDS e encefalite viral • Trauma craniano • Alcoolismo ou privação de álcool (autoexclusão) • Doença de Alzheimer • Câncer preexistente com potencial para metástase cerebral
Membros artificiais após a perda de membros em um acidente (apenas para crianças)	Acidente, lesão ou trauma preexistente
Substituição ou reparo de válvulas cardíacas	<ul style="list-style-type: none"> • Histórico de febre reumática com sequelas • Válvula aórtica bicúspide congênita • Prolapso da válvula mitra moderado ou severo • Hipertrofia ventricular • Histórico de endocardite • Hipertensão pulmonar
Síndrome de Kawasaki (apenas para crianças)	Síndrome de Kawasaki preexistente

Limites de Benefícios, Limite Máximo e Teto Máximo

Seu plano inclui limites de benefícios, um limite máximo e um teto máximo (veja a sua Tabela de Benefícios).

Um **limite de benefício** é o valor máximo que pagaremos por um benefício específico. Por exemplo, para "Targeted drug therapy" is covered up to £31,540/€38,000/US\$51,300/CHF49,400 under certain plans.

O **Limite Máximo** é o valor máximo que pagaremos por qualquer um dos tipos de casos médicos listados na Tabela de Benefícios. Observação:

- O Limite Máximo é aplicado por caso médico, ou seja, quando o valor do Limite Máximo for atingido, sua cobertura para aquele tipo específico de caso médico chegará ao fim. Por exemplo, se o seu caso médico é "câncer", então você não contará mais com cobertura para esse tipo de doença depois de usar a quantia do Limite Máximo, mesmo que desenvolva outro tipo de câncer no futuro. No entanto, se no futuro você apresentar um tipo diferente de caso médico coberto pelo plano (por exemplo, transplante de órgãos com doador vivo), o Limite Máximo estará disponível novamente para o novo caso médico.
- Se você usar apenas uma parte do Limite Máximo para seu caso médico, ainda poderá fazer uso do restante no futuro, se desenvolver um novo caso médico do mesmo tipo. Por exemplo, se o seu caso médico é "câncer", e você usou apenas uma parte da quantia do Limite Máximo no tratamento, então poderá usar o restante caso tenha câncer novamente no futuro.
- O Limite Máximo também é aplicado por pessoa: se você incluiu dependentes na apólice, cada dependente terá acesso a seu próprio Limite Máximo, separadamente dos outros dependentes.

O **Teto Máximo** é a quantia máxima que pagaremos no total sob uma apólice para todos os casos médicos cobertos. O Teto Máximo é aplicado individualmente a cada pessoa coberta pela apólice. Quando uma das pessoas incluídas na apólice atinge o Teto Máximo, a cobertura chega ao fim e não será mais possível renovar a apólice, nem adquirir uma nova.

Períodos de carência

Períodos de carência se aplicam aos benefícios cobertos sob esta apólice. Eles são aplicados independentemente do tamanho do grupo corporativo. Um período de carência é o tempo que você tem que esperar, a partir da data de início da sua apólice, para ter acesso aos benefícios cobertos. Os casos médicos que tiverem sido diagnosticados ou tratados durante o período de carência não serão cobertos por seu Plano Avenue, a não ser como resultado direto de um acidente ocorrido durante o período de carência. Esses casos médicos relacionados a acidentes serão avaliados e cobertos após o final dos períodos de carência. Consulte sua Tabela de Benefícios para ver quais períodos de carência se aplicam.

O que acontece quando você liga para nos informar sobre seu caso médico

Quando você liga para nos informar sobre um diagnóstico ou plano de tratamento para um dos casos médicos cobertos sob sua apólice, aplicamos os processos e termos a seguir:

- **Autorização para Tratamento:** esse é um pré-requisito para acessar sua cobertura sob nossos planos Avenue. Nós organizaremos o processo de pré-autorização assim que você ligar e nos informar sobre um diagnóstico ou plano de tratamento para um dos casos médicos cobertos sob sua apólice. Para cumprir o processo de pré-autorização, você precisará fornecer a documentação médica que descreve o diagnóstico e o plano de tratamento (por exemplo, resultados de exames etc). É sua responsabilidade fornecer essa documentação para iniciar o processo de pré-autorização. Caso você não forneça essa documentação, talvez não possamos oferecer cobertura.

Durante o processo de pré-autorização, se em algum momento identificarmos que a doença ou os procedimentos médicos necessários não fazem parte da cobertura, informaremos você imediatamente e explicaremos as razões para isso. Nesse caso, seu caso médico específico não será coberto.

- **Doenças preexistentes:** precisaremos confirmar que o caso médico não está relacionado a uma doença preexistente. Para tanto, você precisará fornecer evidências médicas de um médico para comprovar que você ou seus dependentes não apresentaram nenhum sintoma, não buscaram aconselhamento médico, não precisaram de exames ou investigações, nem receberam nenhuma forma de tratamento no período dos últimos 10 anos antes da data de início da sua apólice. Todas as informações médicas fornecidas serão avaliadas pela nossa Equipe Médica.
- **Segunda opinião médica:** quando necessário, podemos organizar uma segunda opinião médica com um especialista internacional externo. A segunda opinião é usada para confirmar o diagnóstico e o plano de tratamento proposto. Este serviço está disponível se você escolher receber o benefício pago em dinheiro ou optar pelo serviço de gerenciamento de casos médicos. Observe que a segunda opinião médica é oferecida por um fornecedor terceirizado, que não faz parte do Grupo Allianz. A Allianz Care e as outras empresas do Grupo Allianz não são responsáveis por nenhuma indenização, perda ou dano como resultado direto ou indireto do uso desse serviço. Esse serviço pode estar sujeito a restrições geográficas.
- **Sua preferência:** depois de obter a pré-autorização para seu caso médico e receber sua segunda opinião médica (se aplicável), você terá acesso imediato ao nosso serviço de gerenciamento de casos médicos e aos benefícios. Além disso, você tem a opção de receber o benefício pago em dinheiro, em vez de ter acesso ao nosso serviço de gerenciamento de casos médicos. Confira sua Tabela de Benefícios para confirmar os períodos de carência que se aplicam a cada opção.

Se você preferir solicitar o benefício pago em dinheiro, por favor siga o processo à página seguinte.

BENEFÍCIO PAGO EM DINHEIRO – PROCESSOS E TERMOS

Se você escolher o benefício pago em dinheiro, note que a pessoa para a qual o benefício será pago (o titular ou dependentes listados na apólice) precisa estar viva para pedir o pagamento do benefício.

Quando você confirmar que prefere o benefício pago em dinheiro disponível no seu plano Avenue, você não poderá mais acessar qualquer outro serviço disponível com nosso gerenciamento de casos médicos para esse caso médico específico. Além disso, você não poderá pedir reembolso para qualquer benefício de tratamento para esse caso médico específico.

O valor do benefício pago em dinheiro no seu plano Avenue pode ser menor que o valor para gerenciamento de casos médicos e benefícios que pagamos sob sua apólice. Verifique sua Tabela de Benefícios para entender a diferença de valores entre as duas opções.

Enviaremos a você um Formulário de Pedido de Reembolso de benefício pago em dinheiro, assim como uma lista de documentos de apoio que você precisa fornecer para receber o pagamento. Você precisará preencher o formulário e enviá-lo para nós com os documentos de apoio. Podemos pedir que você forneça mais informações. Você receberá a quantia do seu benefício pago em dinheiro em cinco dias úteis a partir da data de aprovação.

Por razões de segurança, antes de fazer o pagamento, vamos pedir comprovantes da sua identidade. Nós nos reservamos o direito de confirmar a autenticidade dos documentos de apoio antes de fazer qualquer pagamento.



GERENCIAMENTO DE CASOS MÉDICOS

Processos e termos

Quando o processo de pré-autorização chega ao fim, você tem acesso ao nosso serviço de gerenciamento de casos médicos para seu tratamento. Observe que aplicam-se os processos e os termos e condições a seguir:

- **As etapas do tratamento:** quando tivermos toda a informação médica em mãos para avaliar seu caso, inclusive a segunda opinião médica* (quando aplicável), seu gerente de casos médicos irá discutir com você sobre as possíveis opções para seu plano de tratamento, levando suas preferências em consideração. Ele irá explicar os pontos positivos e negativos de todas as opções. Você precisará confirmar a opção de tratamento escolhido e então, seu gerente de casos médicos irá discutir com você o plano de tratamento inteiro, incluindo as partes que devem ser realizadas como tratamento hospitalar ou ambulatorial, assim como em seu país de residência ou no exterior (dependendo do Plano Avenue que você escolheu).
- **Seleção de hospitais para o tratamento:** se você escolher acessar nosso serviço de gerenciamento de casos médicos, provavelmente receberá tratamento em um dos hospitais que fazem parte da rede Avenue. Seu gerente de casos médicos irá sugerir três países incluídos na rede que você escolheu como destinos possíveis para fazer o tratamento. Quando você concordar com os países sugeridos, o gerente irá identificar uma lista de hospitais adequados nesses países, e que fazem parte da nossa rede Avenue. Ao selecionar os hospitais para essa lista, ele levará em consideração sua situação médica, o tipo de tratamento que você precisa, e o local de sua preferência.

Você precisará confirmar a escolha do hospital dentro do prazo estabelecido por seu gerente. Se não recebermos a confirmação dentro do prazo, a lista de hospitais original e o plano de tratamento acordado não serão mais válidos. No entanto, se você pedir novamente, podemos reavaliar as etapas do tratamento e a lista de hospitais com base na sua condição de saúde no momento.

Com o Plano Avenue Business 1 Plus, você também tem cobertura para tratamento elegível em seu país principal de residência. Com o Plano Avenue Business 2 Plus ou Avenue Business 3 Plus, você também tem cobertura para tratamento elegível em seu país principal de residência e em seu país de origem. Caso não existam hospitais da rede Avenue em seu país principal de residência ou em seu país de origem, você precisará identificar um hospital adequado e informar seu gerente de casos médicos.

Observe que os serviços de concierge como acompanhante no local ou tradução médica são oferecidos apenas para tratamentos no exterior dentro da rede Avenue.

- **Custos médicos cobertos:** cobriremos todos os custos elegíveis para seu tratamento hospitalar recebido no hospital escolhido na nossa rede Avenue (sujeito a termos e condições e aos limites da sua apólice). Pagaremos esses custos diretamente ao hospital.

Se o seu plano Avenue Business inclui a opção de receber tratamento em seu país principal de residência ou em seu país de origem, dependendo do país, o hospital escolhido na rede Avenue pode

se recusar a aceitar o pagamento diretamente da Allianz Care. Nesse caso, você precisará concordar com seu gerente de casos médicos que receberá o tratamento em um hospital que não faz parte da nossa rede. Ele ajudará você a preencher um Formulário de Autorização para Tratamento. Você precisará desse formulário ao entrar em contato com o hospital escolhido para organizar seu tratamento hospitalar diretamente (onde isso for possível). Em raras ocasiões, o hospital escolhido pode se recusar a aceitar o pagamento diretamente da Allianz Care. Nesse caso, você precisará pagar as despesas hospitalares e depois pedir o reembolso para nós.

Note que certos custos não são cobertos pela nossa apólice, como por exemplo:

- Custos médicos para tratamentos hospitalares que você receber em outros hospitais além daquele concordado com seu gerente de casos médicos.
- Custos incorridos antes de concordar a escolha do hospital com seu gerente de casos médicos e antes de organizarmos sua consulta inicial para começar o tratamento no hospital escolhido.
- Custos de tratamento que vão além dos custos razoáveis e costumeiros no país onde o tratamento é realizado.

Para ver uma lista completa daquilo que não é coberto pela sua apólice, consulte a seção “Exclusões”.



Pedidos de reembolso

Essa seção se refere a:

- a) **Custos médicos ambulatoriais elegíveis que você paga diretamente para o provedor médico e então solicita o reembolso a nós.** Custos médicos ambulatoriais elegíveis são aqueles relacionados a tratamentos/consultas ambulatoriais e à compra de medicamentos, remédios ou materiais, conforme acordado no seu plano de tratamento com seu gerente de casos médicos. Reembolsaremos esses custos até os limites indicados na sua Tabela de Benefícios e de acordo com os termos e condições do seu plano.
- b) **Custos de tratamento hospitalar cobrados em um hospital** em seu país principal de residência ou país de origem que **não está incluso em nossa rede**, e quando você concordou com o gerente de casos médicos em receber tratamento no local. Em raras ocasiões, o hospital escolhido pode se recusar a aceitar o pagamento diretamente da Allianz Care para o tratamento hospitalar. Nesse caso, você precisará pagar as despesas hospitalares e depois pedir o reembolso para nós.
- c) **Viagens de táxi ou de trem que podem ser necessárias para chegar ao hospital selecionado, se este for localizado a mais de 50 km de onde você mora.** Depois de acordar seu plano de viagem com seu gerente de casos médicos, você precisará pagar pelas viagens de táxi ou de trem, e então pedir o reembolso das passagens. Não se esqueça de anexar faturas, comprovantes de pagamento e o acordo por escrito com seu gerente de casos médicos sobre o plano de viagem. Nós reembolsaremos esses custos até o valor máximo indicado na sua Tabela de Benefícios.

Em relação aos custos acima, recomendamos ter em mente as condições a seguir:

- **Prazo limite de envio:** você deve enviar todos os pedidos de reembolso elegíveis (usando o aplicativo ou portal MyHealth, ou o Formulário de Pedido de Reembolso) no máximo seis meses após o término do ano de vigência do seguro, a não ser que exigido por lei. 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.
- **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 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.



- **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.

- **Reembolso:** nós reembolsaremos apenas os custos elegíveis dentro do limite da sua apólice indicado 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 que 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 médicos. Todas as informações terão caráter confidencial. Nos reservamos o direito de não oferecer cobertura para seus benefícios caso você ou seus dependentes não nos apoiem na obtenção da informação que precisamos.



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, se coberto 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 for o responsável pelo pagamento do 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 acordou conosco e a frequência de pagamento selecionada. O **prêmio inicial**, ou a primeira parcela do prêmio, deverá ser pago imediatamente após aceitarmos a 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.

Em alguns países, você também pode ser obrigado a aplicar imposto retido na fonte. Neste caso, será sua responsabilidade pagar este valor além do prêmio.

Se essas cobranças mudarem ou forem introduzidas, escreveremos para informá-lo. Caso você não esteja de acordo com essas alterações, você pode optar por 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).

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 você não pagar na data estabelecida você pode perder sua cobertura.



ADMINISTRAÇÃO DE SUA APÓLICE

Inclusão de dependentes

Você pode solicitar a inclusão de qualquer membro de sua família ao seu plano como dependente, desde que esteja autorizado a fazê-lo nos termos do acordo entre sua empresa e nós.

Você pode fazer um pedido por escrito à sua empresa para solicitar a inclusão de seu cônjuge/parceiro ou de seu(s) filho(s) como dependentes na apólice.

Bebês podem ser adicionados à apólice a partir dos 90 dias de vida. Se você deseja incluir um bebê na sua apólice, notifique sua empresa dentro de quatro semanas após o bebê completar 90 dias de vida. Caso você não notifique sua empresa dentro desse prazo, a criança será submetida a uma avaliação médica e, se aceita, a cobertura começará a partir de quatro semanas antes da data em que formos notificados.

Após nossa aceitação, emitiremos um novo Certificado de Seguro para refletir a adição de um dependente. Este novo Certificado de Seguro substituirá qualquer versão anterior que você possa ter a partir da data inicial mostrada nele.

Mudando de país principal de residência

É importante que você entre em contato com a nossa Central de Atendimento e notifique seu Administrador da conta corporativa caso mude seu país principal de residência. Isso pode afetar sua cobertura, a disponibilidade dos serviços inclusos no seu plano ou até mesmo seu prêmio, mesmo que você se mude para uma área coberta por nossa rede, já que seu plano existente pode não estar disponível na região. Observe que a cobertura em alguns países está sujeita à 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

Quando você escrever para nós, envie por e-mail ou correio (com a postagem paga). Em geral, não devolvemos documentos originais, a menos que você nos solicitar.

Renovação da cobertura

Se sua empresa for responsável pelo pagamento do seu prêmio, a renovação de 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 de seus dependentes, quando aplicável), sua apólice será automaticamente renovada para o próximo ano de vigência do seguro, desde que:

- Possamos continuar a fornecer cobertura em seu país de residência;
- Todos os prêmios devidos a nós houverem sido pagos;
- Os dados de pagamento relacionados a você em nosso poder ainda estejam válidos à data de renovação da apólice. Você deve nos informar caso você trocar ou obter um novo cartão de crédito ou se seus dados bancários forem alterados.

Término de sua cobertura

Sua empresa pode terminar sua filiação 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.
- Se você ou qualquer um dos dependentes atingir o Teto Máximo indicado na sua Tabela de Benefícios.
- Quando você ou qualquer um dos dependentes chegar aos 70 anos de idade. Nesse caso, a cobertura chegará ao fim na data de renovação após o 70º aniversário.

Se um dependente atingir o Teto Máximo ou completar 70 anos (ou 18 anos para filhos dependentes, ou 24 anos se forem estudantes em tempo integral), ele será removido da sua apólice. A sua própria cobertura será mantida, assim como a de qualquer outro dependente na sua apólice. No entanto, se você, como funcionário segurado, atingir o Teto Máximo e/ou completar 70 anos, sua cobertura chegará ao fim, assim como a de seus dependentes. Caso seus dependentes no Certificado de Seguro desejem continuar com a cobertura, poderão solicitar cobertura sob sua própria apólice dos planos Avenue para indivíduos. Consulte a seção “Solicitação de cobertura se a filiação ao grupo terminar” para ver mais detalhes.

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, 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 à deles).
- Os prêmios que sua empresa tem a pagar.
- O direito a receber um reembolso.

Expiração da apólice

Observe que, quando a sua apólice expirar, o seu direito à cobertura também chegará ao fim. Todas as despesas cobertas pela apólice do seguro e incorridas durante o período da cobertura serão reembolsadas, de acordo com os limites e termos e condições de sua apólice, em até seis meses após a data de expiração da mesma. No entanto, os tratamentos continuados ou necessários após a data de expiração da apólice não serão mais cobertos.

Solicitação de cobertura se a filiação ao grupo terminar

Se a sua cobertura sob os termos do Acordo da Empresa chegar ao fim, você poderá solicitar sua transferência para um de nossos planos Avenue individuais. 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 uma avaliação médica. Se aceitarmos a sua solicitação, a cobertura iniciará um dia após a sua saída da apólice de grupo.

@ individual.sales@allianzworldwidecare.com



OS SEGUINTE TERMOS TAMBÉM SE APLICAM À SUA COBERTURA

- 1. Lei aplicável:** A sua filiação será regida pelas leis e tribunais do país indicado no Acordo da Empresa, a menos que seja requerido de outra forma pelas leis obrigatórias.
- 2. Sanções econômicas:** A cobertura não é fornecida se qualquer elemento da cobertura, benefício, atividade, negócios ou negócios subjacentes violar quaisquer leis ou regulamentações de sanções aplicáveis das Nações Unidas, da União Europeia, ou quaisquer outras leis ou regulamentações econômicas ou comerciais aplicáveis.
- 3. Quem está coberto:** Somente os funcionários e seus dependentes, como descrito no Acordo da Empresa, são elegíveis para cobertura.
- 4. 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.
- 5. 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.
- 6. 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 habilitados a recuperar de você os valores pagos por nós e a cancelar a apólice.

Temos o direito de solicitar que terceiros nos reembolsem por 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.

7. 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.

8. 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. Nós nos reservamos o direito de informar a sua empresa sobre qualquer atividade fraudulenta.

9. 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 informações sensíveis. Da mesma forma, para o propósito de administração dos pedidos de reembolso, podemos enviar a você informações não-sensíveis relacionadas a um membro da família.

10. Serviços oferecidos por terceiros: Certos serviços incluídos no seu plano (por exemplo, segunda opinião médica, serviço de agendamento de viagem e acomodação, serviço de concierge, aconselhamento e encaminhamento legal e financeiro) são oferecidos usando provedores terceirizados que não fazem parte do Grupo Allianz. Esses serviços estão sujeitos às condições listadas neste Guia de Benefícios e na sua Tabela de Benefícios. A Allianz Care e as outras empresas do Grupo Allianz não são responsáveis por nenhuma indenização, perda ou dano como resultado direto ou indireto do uso desses serviços. Esses serviços podem estar sujeitos a restrições geográficas.


11. Os serviços que nós oferecemos: Os serviços de gerenciamento de casos médicos e agendamento em hospitais são fornecidos por nós. O objetivo desses serviços é ajudar você na coordenação da jornada do seu tratamento e facilitar os processos administrativos. Eles não oferecem aconselhamento médico ou de saúde, nem substituem aconselhamento, diagnóstico ou tratamento profissionais. Não somos responsáveis por nenhuma indenização, perda ou dano como resultado direto ou indireto de qualquer ato de omissão de quaisquer provedores médicos terceirizados incluindo tratamento, diagnóstico, diagnóstico incorreto ou falha ao realizar o diagnóstico.

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 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 por telefone e solicite uma cópia impressa.

 + 353 1 645 4010

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 de gestão de reclamações interno. Para mais informações visite:

🌐 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 processo.

Ação Legal

Você não deve iniciar nenhum procedimento legal para recuperar qualquer valor sob a apólice até pelo menos 60 dias após o pedido de reembolso nos ter sido apresentado, e no prazo máximo de dois anos da data dessa apresentação, a menos que especificado de outra forma pelas normas legais.



DEFINIÇÕES

As definições a seguir serão aplicadas em nossos Planos de Avenue. 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, inesperado que causa danos 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 em hospital se refere à estadia do segurado em um hospital público ou particular. Caso disponível, será oferecido ao segurado um quarto particular ou semiparticular. Se estes não estiverem disponíveis, então um leito em uma ala compartilhada será oferecido até que um quarto particular ou semiparticular puder ser fornecido. Neste caso, os custos incorridos na ala compartilhada (se houverem) serão reembolsados pela seguradora. Quartos de luxo, executivos e suítes não têm cobertura.

Acordo da empresa é 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 começa, como ela é renovada e como os prêmios são pagos.

Administrador da conta corporativa é o representante designado da empresa atuando como o principal ponto de contato entre a empresa e a seguradora em assuntos relacionados à administração do plano, como solicitação de cobertura, pagamento de prêmios e renovação.

Agudo(a) se refere ao surgimento repentino de sintomas ou de uma condição médica.

Angioplastia ou stent de artéria coronária é um procedimento usado quando há estreitamento da artéria coronária. O cirurgião usa um cateter com balão para chegar ao ponto de estreitamento da artéria, e então infla o balão para alargar a artéria e recuperar o fluxo sanguíneo adequado. Um stent, que é como uma gaiola comprida de arame, pode ser introduzido para evitar a reoclusão.

Nós cobrimos a angioplastia ou stent de artéria coronária quando necessária para tratar uma doença coronária, e tomamos como referência as indicações publicadas pela Associação Americana do Coração e a Sociedade Europeia de Cardiologia.

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 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 marcapassos implantados.

Atendimento paliativo refere-se ao tratamento continuado para aliviar o sofrimento físico/psicológico provocado por doenças progressivas e incuráveis, e 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.

B

Benefício pago em dinheiro se refere ao pagamento que ofereceremos de acordo com sua Tabela de Benefícios caso você seja diagnosticado com um dos casos médicos cobertos pela sua apólice. Trata-se de um benefício alternativo que você pode solicitar para cada caso médico confirmado em vez de usar o serviço de gerenciamento de casos médicos e os benefícios de tratamento médico. Os termos e o processo para solicitar esse benefício estão detalhados na seção “Termos e condições de sua cobertura” neste guia. Aplica-se um período de carência para esse benefício.

C

Câncer se refere a um nódulo ou tumor maligno resultante de uma divisão de células descontrolada, e que se espalha e invade outros tecidos. Essa doença pode ocorrer na forma de um tumor sólido, que pode estar presente no sangue ou no sistema linfático (como na leucemia e nos linfomas). O câncer sempre requer tratamento, já que representa um risco à vida.

Nós cobrimos os tratamentos para câncer a seguir (veja o limite de benefício aplicável na sua Tabela de Benefícios):

- Cirurgia para remover um tumor e/ou tecido afetado do organismo.
- Tratamento de radioterapia.
- Quimioterapia.
- Imunoterapia.
- Medicamentos de terapia-alvo.
- Terapia hormonal.
- Transplante de células-tronco.

Também cobrimos os custos de uma prótese externa para fins cosméticos, como por exemplo uma peruca para perda de cabelo ou um sutiã protético devido ao tratamento do câncer.

Caso médico se refere à combinação de tratamentos, procedimentos, medicamentos, exames e serviços médicos necessários para tratar uma doença ou lesão específica. O médico responsável irá propor o plano de tratamento para um caso médico, que deve ser analisado e aceito por você com seu gerente de casos médicos. Cada uma das doenças ou cirurgias listadas abaixo é considerada um caso médico separado sob esse plano.

- Membros artificiais após a perda de membros em um acidente
- Transplante de medula óssea
- Câncer (incluindo todos os cânceres sólidos, linfomas e leucemia)
- Angioplastia ou stent de artéria coronária
- Ponte na coronária
- Substituição ou reparo de válvulas cardíacas (para crianças, apenas quando é necessário como resultado de febre reumática)
- Síndrome de Kawasaki
- Transplante de órgãos com doador vivo
- Cirurgia vascular de grande porte
- Meningite/encefalite
- Neurocirurgia
- Epilepsia severa

Casos entre parentes mais próximos referem-se a pais, avós, irmãos ou filhos que já foram diagnosticados com a condição médica em questão.

Casos na família referem-se a pais, avós, irmãos, filhos e tios que já foram diagnosticados com a condição médica em questão.

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 estadia noturna do paciente por necessidade médica.

Cirurgia vascular de grande porte refere-se ao reparo cirúrgico de vasos principais afetados por uma doença. Isso inclui ressecção e substituição da parte danificada do vaso com um enxerto, stent e/ou reparo endovascular usando um cateter.

Nós cobrimos cirurgia vascular de grande porte quando afeta as artérias a seguir:

- Aorta torácica e abdominal
- Artérias ilíaca e femoral
- Artérias renais

Clinico geral é um médico habilitado pela legislação do país onde o tratamento é fornecido a exercer a medicina dentro dos limites de sua habilitação.

Consulta ambulatorial para pré- e pós-internação se refere aos custos das consultas, exames diagnósticos e testes necessários em regime ambulatorial para preparar o paciente para o tratamento hospitalar ou em centro de cuidados diários, para verificar a recuperação do tratamento recebido no hospital ou no centro de cuidados diários. Essas consultas estão cobertas quando o tratamento recebido no hospital ou no centro de cuidados diários é elegível de acordo com seu plano.

Custos de acomodação em hotel referem-se aos custos de hotel para:

- O segurado que está recebendo tratamento médico elegível em um centro de cuidados diários, em um hospital a mais de 50 km de distância de sua residência.
- O segurado que, após ter alta do tratamento hospitalar recebido em um hospital a mais de 50 km de distância de sua residência, não tem condições de voltar para casa por razões médicas.
- Uma pessoa acompanhando um segurado durante tratamento elegível recebido em um hospital a mais de 50 km de distância de sua residência. Se o segurado é menor de 18 anos, os custos de acomodação em hotel serão cobertos para ambos os pais acompanhantes, se a acomodação no mesmo hospital não estiver disponível para eles.
- Qualquer doador vivo necessário para o tratamento elegível que o segurado receber em um hospital a mais de 50 km de distância de sua residência.

Para o segurado e qualquer acompanhante, os custos de acomodação são cobertos do momento em que o segurado chega ao hospital até:

- O tratamento chegar ao fim (e o médico responsável confirmar que o segurado tem condições de viajar), ou
- O limite de benefício indicado em sua Tabela de Benefício ser atingido.

Os custos de acomodação em hotel serão cobertos até o equivalente à diária de um hotel três estrelas para o planos Avenue Business 1 e Avenue Business 1 Plus, de um hotel quatro estrelas para os planos Avenue Business 2 e Avenue Business 2 Plus, e de um hotel cinco estrelas para os planos Avenue Business 3 e Avenue Business 3 Plus. Se o segurado precisar de várias viagens ao local do hospital para tratamentos médicos elegíveis necessários para o mesmo caso médico, nós cobriremos os custos de acomodação até o limite de benefício indicado em sua Tabela de Benefícios. No entanto, não cobriremos despesas diversas, como refeições, chamadas telefônicas ou jornais.

Os custos de acomodação descritos acima serão cobertos apenas quando reservados por nós. Sujeito à disponibilidade, garantiremos que o hotel reservado por nós fique dentro de um raio de 10 km de distância do hospital onde o segurado

receberá o tratamento. Nós decidiremos as datas da reserva no hotel de acordo com a programação do tratamento aprovado. Se você, um de seus dependentes, acompanhante ou doador não comparecer como concordado, ou cancelar a acomodação em hotel que reservamos, o valor de quaisquer taxas de cancelamento será deduzido do limite de benefício relevante na sua Tabela de Benefícios. Nós não nos responsabilizamos por nenhuma indenização, perda ou dano como resultado direto ou indireto do cancelamento da acomodação. Também não somos responsáveis caso o segurado não esteja satisfeito com o padrão da acomodação, o tamanho ou a disposição do quarto, ou a configuração da cama.

Custos de viagem se refere aos custos de transporte razoáveis e costumeiros necessários para viajar da sua casa até o local estabelecido onde você receberá tratamento hospitalar para seu caso médico elegível. Os custos de viagem são cobertos para o segurado (o paciente), um acompanhante quando medicamente necessário (ou ambos os pais se o paciente for menor de idade) e qualquer doador vivo (se o tratamento no exterior incluir um transplante de órgãos elegível).

Todos os preparativos de viagem (exceto viagens de trem e de táxi) devem ser organizados por nós: não cobriremos quaisquer outros custos de viagem em que os preparativos tenham sido feitos por você ou por qualquer terceiro em seu nome.

Para viagens de trem e de táxi, você será responsável por organizá-las depois de concordar com o plano de viagem proposto por nós: você deverá pagar por esses custos e então pedir o reembolso à Allianz Care.

Nós cobrimos custos para viagens de avião, trem e táxi (conforme acordado com a Allianz Care com antecedência), até o limite de benefício indicado na sua Tabela de Benefícios, e de acordo com as condições a seguir:

- Voos: classe econômica (para os planos Avenue Business 3 e Avenue 3 Business Plus, os voos são cobertos até a classe executiva)
- Viagens de trem: assento/ leito na classe econômica (para os planos Avenue Business 3 e Avenue Business 3 Plus, as passagens são cobertas até a Primeira Classe)
- Táxi: tarifa padrão

O benefício “Custos de viagem” não inclui acomodação em hotel ou outras despesas relacionadas. Se você, um de seus dependentes, acompanhante ou doador não comparecer como concordado, ou cancelar os preparativos de viagem feitos por nós, o valor de quaisquer taxas de cancelamento será deduzido do limite de benefício relevante na sua Tabela de Benefícios. Nós não nos responsabilizamos por nenhuma indenização, perda ou dano como resultado direto ou indireto do cancelamento da reserva de voos, acomodação, ou viagens de trem ou táxi.

Não oferecemos cobertura para seguro de viagem. Se você quiser cobertura adicional para seguro de viagem, é sua responsabilidade garantir que você, seus dependentes,

acompanhantes ou doadores contem com a cobertura adequada para viajar durante o seu tratamento coberto por seu plano Avenue.

D

Dependente é o cônjuge ou parceiro e filhos não casados nomeados no Certificado de Seguro como seus dependentes. Filhos são cobertos até o dia anterior ao 18º aniversário deles; ou até o dia anterior ao 24º aniversário deles, se forem estudantes em tempo integral.

Despesas de acomodação para um acompanhante do segurado no hospital referem-se aos custos de acomodação hospitalar para uma pessoa ficar com o segurado quando este for internado para tratamento elegível. Os custos são cobertos pela duração do tratamento do segurado, e apenas para um caso de internação por ano de vigência do seguro. 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.

Doenças preexistentes são condições médicas que incluem mas não estão limitadas à “tabela de casos médicos” (incluída neste guia na seção “Explicando a sua cobertura”), e cujos sintomas tenham sido apresentados no período dos últimos 10 anos até:

- A data de emissão do Certificado de Seguro ou
- A data de início de sua apólice

Isto se aplica independentemente de você ou seus dependentes já terem recebido aconselhamento médico ou tratamento, ou se receberam um diagnóstico. Você precisará fornecer evidências médicas de um médico para comprovar que você ou seus dependentes não apresentaram nenhum sintoma, não buscaram aconselhamento médico, não precisaram de exames ou investigações, nem receberam nenhuma forma de tratamento para uma condição médica. Consideraremos preexistente qualquer condição que podemos razoavelmente assumir que você ou seus dependentes pudessem estar cientes. Se estabelecermos que a condição médica é preexistente, os pedidos de reembolso para esse caso médico serão declinados.

E

Emergência é 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.

Empresa é o seu empregador, cujo nome é mencionado no Acordo da Empresa.

Epilepsia severa se refere à epilepsia refratária/ resistente a medicamentos. É uma forma de epilepsia que não responde a pelo menos dois medicamentos para convulsão. Nós cobrimos as seguintes intervenções cirúrgicas para remover o tecido cerebral na área de origem das convulsões:

- Cirurgia ressectiva
- Terapia térmica intersticial a laser
- Estimulação cerebral profunda
- Calosotomia de corpo
- Hemisferectomia
- Hemisferectomia funcional
- Cirurgia para sequelas da encefalite

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.

Exames para diagnósticos são exames como raios X ou testes sanguíneos realizados para determinar a causa dos sintomas apresentados.

G

Gerente de casos médicos é uma pessoa que ajuda com o planejamento, coordenação, monitoramento e avaliação de serviços médicos em seu nome, e prima pela qualidade do tratamento, a continuidade dos serviços e a relação custo-benefício.

H

Honorários de especialista referem-se ao tratamento não-cirúrgico executado ou ministrado por um médico licenciado. 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 de médicos referem-se às despesas cobradas por 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

Medicamento necessário refere-se a tratamentos, serviços ou materiais médicos que atendem ao seguinte:

- a) São essenciais para identificar ou tratar sua condição, doença ou lesão.
- b) São coerentes com os sintomas, diagnóstico e tratamento de sua condição.
- c) 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).
- d) São necessários por outros motivos além do conforto ou conveniência propiciada a você ou ao seu médico.
- e) Tem valor médico comprovado e demonstrado (isto não se aplica a métodos de tratamentos complementares, caso estes façam parte de sua cobertura).
- f) São considerados serviços ou materiais médicos do tipo e nível mais apropriado.
- g) São fornecidos em um estabelecimento apropriado, com instrumental apropriado e com o nível de cuidados apropriado para o tratamento das suas condições médicas.
- h) São 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, “medicamento necessário” também significa que não é possível estabelecer um diagnóstico, nem fornecer tratamento de maneira segura e eficaz na forma ambulatorial.

Medicamentos prescritos referem-se a produtos que não podem ser comprados sem prescrição e são 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.

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

Membros artificiais após a perda de membros em um acidente se refere aos casos em que, devido a um acidente ou cirurgia, o paciente precisa de uma prótese artificial para substituir o membro que perdeu, ou parte dele. A perda de membros não é coberta quando causada por uma doença congênita.

Nós cobrimos os seguintes tipos de prótese:

- Próteses passivas
- Próteses controladas pelo corpo
- Próteses biônicas

Meningite/encefalite se refere a doenças que afetam o cérebro. A meningite é uma inflamação aguda das membranas que cobrem o cérebro e a medula espinhal, e geralmente provoca febre, dor de cabeça muito forte e rigidez do pescoço. A encefalite é uma inflamação do cérebro, e é geralmente causada por uma infecção viral ou doença autoimune.

Nós cobrimos tratamento agudo para meningite e encefalite (seja em Unidade de Terapia Intensiva ou não), mas o benefício não cobre reabilitação, nem tratamento de longo prazo.

N

Neurocirurgia se refere ao tratamento cirúrgico de doenças do cérebro e da medula espinhal. Nós cobrimos neurocirurgia para os seguintes casos:

- Tumores no cérebro (benignos ou malignos)
- Aneurisma cerebral
- Malformação arteriovenosa cerebral
- Tumores da medula espinhal (benignos ou malignos)

Nós/Nosso refere-se a Allianz Care.

P

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 é o país em que o segurado e seus dependentes (se relevante) moram por mais de oito meses do ano.

Parceiro refere-se à pessoa com quem você vive em uma relação conjugal 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 casos médicos. A sua Tabela de Benefícios mostra quais casos médicos estão sujeitos a períodos de carência.

Ponte na artéria coronária é necessária para melhorar o fluxo sanguíneo para o músculo cardíaco quando há uma artéria bloqueada. Um vaso sanguíneo saudável da perna, do

braço ou do peito é usado para criar uma ponte e redireciona o fluxo sanguíneo ao redor da seção da artéria bloqueada.

Nós cobrimos esse tipo de cirurgia quando pelo menos uma dessas situações se aplica:

- Há uma estenose de mais de 50% na principal artéria coronária esquerda.
- Há um redução de mais de 70% no diâmetro da artéria descendente anterior esquerda.
- Há uma doença de três vasos em angina assintomática ou com sintomas leves.

Q

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.

R

Razoável e costumeiro refere-se ao 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.

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 imediatamente após o tratamento médico agudo e/ou cirúrgico.

Repatriação de restos mortais é o transporte dos restos mortais do segurado falecido do país onde estava recebendo tratamento para o país onde deve ser realizado o enterro. Essa cobertura é válida quando infelizmente o segurado falece por razões diretamente relacionadas a um caso médico elegível e enquanto estava recebendo tratamento fora de seu país de residência. A repatriação de restos mortais também

está coberta quando o doador vivo do segurado (necessário como parte de tratamento elegível) acaba falecendo fora de seu país de residência por causas diretamente relacionadas à doação do órgão. 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.

S

Segunda opinião médica é uma avaliação de sintomas, dados e resultados de exames médicos de um especialista médico externo e independente. Essa segunda opinião é necessária para confirmar e/ou complementar o diagnóstico médico e plano de tratamento iniciais propostos por um médico consultado previamente. Uma segunda opinião médica também pode oferecer um diagnóstico e abordagem de tratamento alternativos.

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

Serviço de concierge se refere ao conjunto de serviços que fornecemos ao segurado que recebe tratamento no exterior dentro da rede Avenue. Esses serviços podem incluir, por exemplo, as “boas vindas” a um hospital ou hotel, e serviços de tradução e intérprete durante o seu tratamento. Essas vantagens podem ser fornecidas diretamente pelo hospital ou por um terceiro organizado por nós.

Síndrome de Kawasaki é também conhecida como síndrome do linfonodo mucocutâneo. Trata-se de uma doença rara e que atinge principalmente crianças menores de cinco anos. Essa síndrome causa inflamação dos vasos sanguíneos, dos nódulos linfáticos e das membranas mucosas dentro da boca, do nariz, dos olhos e da garganta, além de febre e, em um estágio mais avançado, dor nas articulações. Podem ocorrer complicações como envolvimento das artérias coronárias.

As crianças seguradas por esse plano estarão cobertas para tratamento em hospitais públicos ou particulares da rede Avenue.

Subscrição médica é a avaliação do risco de seguro baseado nas informações que você nos fornece quando solicita cobertura. Nossa Equipe de Subscrição Médica usa essa informação para decidir os termos de nossa oferta.

Substituição ou reparo de válvulas cardíacas refere-se à cirurgia que é necessária quando uma das quatro válvulas que mantêm o sangue circulando na direção certa pelo coração não está funcionando corretamente. A substituição ou reparo de válvulas cardíacas é coberta tanto para adultos quanto para crianças. No entanto, a cobertura para crianças é oferecida quando o dano à válvula é adquirido, e não congênito.

A intervenção cirúrgica pode variar de um reparo minimamente invasivo usando um cateter à cirurgia de coração de “peito aberto”. Ela pode ser realizada tanto para reparar a válvula danificada quando para substituí-la por uma válvula artificial ou bioprótese.

Nós cobrimos a cirurgia de válvula cardíaca se for necessária para qualquer uma das condições médicas a seguir:

- Estenose ou insuficiência da válvula aórtica
- Estenose ou insuficiência da válvula mitral
- Estenose ou insuficiência da válvula tricúspide
- Estenose ou insuficiência da válvula pulmonar

T

Transplante de medula (alogenico) se refere ao transplante de células-tronco do sangue saudáveis da medula do doador para o paciente que sofre de doença ou lesão na medula.

Nós cobrimos o transplante de medula alogênico quando necessário para as condições médicas a seguir:

- Leucemia
- Síndrome mielodisplásica
- Linfomas
- Neuroblastoma
- Sarcoma de Ewing
- Anemia aplástica
- Hemoglobinúria paroxística noturna

Para os custos do doador, cobriremos os seguintes procedimentos alogênicos relacionados à medula:

- Tipificação de HLA do doador proposto
- Procedimento de coleta da medula
- Recuperação do doador

Consulte sua Tabela de Benefícios para ver os limites de benefícios aplicáveis aos custos médicos de um doador vivo.

Observe que sua apólice não garante a disponibilidade da medula do doador. O transplante de medula só poderá ser realizado quando o doador de medula estiver disponível, e de acordo com as regras e regulamentações aplicadas no país onde o tratamento é feito.

Transplante de órgãos com doador vivo refere-se à cirurgia para substituir um órgão danificado de maneira terminal por outro (inteiro ou parte dele) doado por uma pessoa viva (o doador).

Veja a seguir os transplantes de órgãos cobertos por nós:

- Rim (órgão inteiro)
- Fígado (órgão inteiro)

- Pâncreas (parcial)
- Pulmão (parcial)
- Intestino (parcial)

Nós cobriremos os seguintes tratamentos e procedimentos relacionados aos transplantes de órgãos citados acima:

- Tipificação de HLA tanto para o segurado quanto para o doador em potencial.
- Quaisquer custos de viagem ou gerenciamento de viagem necessários para o segurado e o doador, se eles precisarem fazer tratamentos ou cirurgia em outro país.
- Cirurgia para coletar o órgão do doador, incluindo testes pré-operatórios.
- Cirurgia para retirar o órgão danificado do paciente (incluindo testes pré-operatórios) e para transplantar o órgão recém-doador.
- Procedimentos de tratamento posterior ou recuperação tanto para o segurado quanto para o doador até que tenham condições médicas de voltarem para casa (caso a cirurgia tenha sido realizada no exterior).
- Procedimentos de tratamento posterior ou recuperação tanto para o segurado quanto para o doador quando o tratamento é realizado no país de origem de ambos.

Observe que sua apólice não garante a disponibilidade do órgão do doador. O transplante de órgão vivo só pode ser feito quando o órgão vivo do doador está disponível e de acordo com as regras e regulamentações que se aplicam ao país onde o tratamento é realizado.

Tratamento refere-se ao procedimento médico necessário para curar ou aliviar 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 de longo prazo refere-se ao cuidado recebido por um período prolongado, após o término do tratamento para uma condição médica aguda. Geralmente, é necessário para um quadro que requer atendimento periódico, intermitente ou contínuo. O tratamento de longo prazo pode ser fornecido em domicílio, em um hospital ou em uma clínica de convalescença.

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 durante o dia, incluindo acomodação hospitalar e cuidados de enfermagem, que não requer medicamente o pernoite do paciente no hospital, e para o qual se emite uma notificação de alta.

Tratamento no exterior refere-se a tratamento fornecido em um país que não é o seu país principal de residência. Os tratamentos no exterior só podem ser recebidos em um

hospital incluso na nossa rede Avenue e serão cobertos apenas com a pré-aprovação da nossa Equipe Médica.



Você/Seu refere-se à pessoa que trabalha na empresa e quaisquer dependentes nomeados no Certificado de Seguro.

EXCLUSÕES

Não cobrimos as seguintes despesas, a não ser que a cobertura seja confirmada na Tabela de Benefícios ou em qualquer endosso contratual.



a) As exclusões a seguir aplicam-se a todos os nossos casos médicos cobertos pelo seu plano, a menos que esteja indicado em outra forma:

Benefícios que não estão em sua Tabela de Benefícios

Benefícios, condições médicas, tratamentos, procedimentos médicos e medicamentos que não estão listados na sua Tabela de Benefícios.

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.

Tratamento complementar

Tratamento complementar existente fora de instituições em que a medicina convencional ocidental é ensinada, por exemplo, tratamento quiroprático, osteopatia, medicina herbal chinesa, homeopatia, acupuntura e podologia praticados por terapeutas habilitados.

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 um médico que não faz parte do tipo de rede disponível no seu plano

Consultas hospitalares ou ambulatoriais e quaisquer medicamentos e tratamentos que:

- sejam realizadas/receitados por um médico que não faça parte da rede indicada na sua Tabela de Benefícios, a não ser em caso de uma autorização por escrito da Allianz Care, e
- não tenham sido autorizadas por nós por escrito antes do começo do tratamento, ou em qualquer estágio subsequente do tratamento.

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.

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).

Despesas de natureza não-médica

Qualquer despesa não-médica (como honorários de intérpretes, custos de Wi-Fi no hospital, refeições, ligações telefônicas etc.) incorridas pelo segurado ou pelos acompanhantes, exceto pelas despesas não-médicas listadas na sua Tabela de Benefícios.

Terapia ou tratamento com medicamentos experimentais ou não comprovados

Qualquer forma de procedimento para diagnóstico, tratamento ou terapia com medicamentos que, em nossa opinião razoável, seja considerado experimental ou não comprovado com base na prática médica normalmente aceita, por exemplo:

- que não tenham sido aprovados pelas agências FDA, EMA ou NICE, ou
- que não façam parte de diretrizes de práticas clínicas reconhecidas ou emitidas por outras organizações médicas especializadas globais.

Falha em procurar ou seguir a orientação médica

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

Terapia familiar

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

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.

Testes genéticos

Testes genéticos, exceto exames para receptores genéticos de tumores.

Visitas médicas em domicílio

Visitas médicas em domicílio, a menos que sejam necessárias em seguida a uma emergência que impeça você de ir a seu médico, clínico ou terapeuta.

Lesões decorrentes do envolvimento em esportes profissionais ou em atividades perigosas

Tratamento ou procedimentos de diagnóstico de lesões decorrentes do envolvimento em esportes profissionais ou atividades perigosas incluindo, mas não limitadas a: esportes de montanha, esportes na neve, esportes equestres, esportes aquáticos, esportes motorizados em carro ou moto, esportes de combate, esportes aéreos e atividades recreativas perigosas, como bungee jumping.

Doenças causadas intencionalmente ou lesões auto-infligidas

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

Queda de cabelo e qualquer substituto para o cabelo

Pesquisa e tratamento para queda de cabelo e qualquer substituto para o cabelo, a menos que a perda de cabelo seja devido ao tratamento de câncer.

Casos médicos diagnosticados ou tratados durante o período de carência

Os casos médicos que tiverem sido diagnosticados ou tratados durante o período de carência não serão cobertos por seu Plano Avenue, a não ser como resultado direto de um acidente

ocorrido durante o período de carência. Esses casos médicos relacionados a acidentes serão avaliados e cobertos após o final dos períodos de carência.

Erro médico

Tratamento necessário como resultado de erro médico.

Equipamento não-médico

Qualquer despesa decorrente da compra ou aluguel de cadeiras de rodas, camas especiais, purificadores de ar ou outros itens ou equipamentos similares.

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 seguintes (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

Cirurgia plástica

Qualquer tratamento realizado por um cirurgião plástico, ainda que por razões médicas/psicológicas, assim como tratamentos cosméticos ou estéticos com o objetivo de melhorar a sua aparência, mesmo quando prescritos por um médico. A única exceção são as 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. Note que sua apólice deve estar em vigor no momento do acidente ou cirurgia.

Doenças preexistentes

Doenças preexistentes (incluindo quadros crônicos preexistentes) que tenham se manifestado durante o período dos últimos 10 anos até a data de início da sua apólice.

Produtos comprados sem receita médica

Produtos que podem ser comprados sem prescrição médica.

Tratamentos relacionados à reprodução

Qualquer tratamento relacionado à reprodução ou à infertilidade.

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.

Esterilização, disfunção sexual e contracepção

Pesquisas para descobrir causas, tratamento e complicações decorrentes de:

- Esterilização
- Disfunção sexual (a não ser como resultado de uma prostatectomia total após uma cirurgia de câncer)
- Contracepção (inclusive inserção e remoção de aparelhos contraceptivos e todos os outros contraceptivos, mesmo quando prescritos por razões médicas).

Maternidade por substituição

Tratamento diretamente relacionado à maternidade por substituição, seja a segurada a mãe substituta ou a mãe final.

Interrupção da gravidez

Interrupção da gravidez, exceto quando a vida da mulher grávida está em perigo.

Custos de viagem e acomodação

Custos de viagem e acomodação para o local de tratamento e retorno, exceto quando aprovado por nossa equipe médica e organizado por nós, até o limite especificado na sua Tabela de Benefícios. Além disso, quaisquer despesas relacionadas a transporte (por exemplo, corrida de táxi) do hotel que reservamos para você até o provedor médico que você escolheu também não serão cobertas.

Tratamentos nos EUA

Tratamento 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, nos reservamos o direito de solicitar o reembolso de você.

Tratamento fora do tipo de rede disponível para o seu plano

Tratamento fora do tipo de rede disponível para o seu plano, exceto quando autorizado por nós.

Exame marcador tumoral

Exame marcador tumoral, a não ser que você tenha sido previamente diagnosticado com o tipo específico de câncer em questão. Nesse caso a cobertura será fornecida como parte do plano de tratamento para o caso médico "Câncer".

Embarcação no mar

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

Vistos e serviços para obter vistos

Vistos e serviços relacionados necessários para o segurado ou qualquer acompanhante quando o tratamento é realizado no exterior. Seu plano não cobre os custos relacionados à obtenção do visto. Além disso, a negociação com a autoridade competente para tirar o visto será de sua responsabilidade, já que serviços para obter vistos não estão inclusos na sua cobertura.

Vitaminas e minerais

Produtos classificados como vitaminas ou minerais (exceto para o tratamento de síndromes diagnosticadas de deficiência de vitaminas). Estes produtos são excluídos mesmo que medicamente recomendados, prescritos ou de efeito terapêutico reconhecido. Custos de consultas com nutricionistas, suplementos nutritivos ou dietéticos não tem cobertura.

b) As exclusões adicionais a seguir serão aplicáveis a casos médicos específicos:

1) Câncer

Câncer provocado por AIDS

Um câncer que, de acordo com nossa opinião razoável, foi causado direta ou indiretamente pela síndrome da imunodeficiência adquirida (AIDS), ou por qualquer vírus da imunodeficiência humana (HIV). Por esse motivo, se você for diagnosticado com câncer, solicitaremos um exame de sangue de HIV antes de confirmar a cobertura para o tratamento. Se o exame de sangue indicar a presença de qualquer vírus da imunodeficiência humana (HIV) ou anticorpos como um vírus, ficará estabelecido que existe AIDS ou infecção por HIV e, portanto, a cobertura não será oferecida. Observe que, para esta apólice, a definição de AIDS usada é aquela divulgada pela Organização Mundial de Saúde (OMS) em 1987, ou qualquer revisão subsequente da mesma definição feita pela OMS.

Câncer provocado por doenças preexistentes

Um câncer que tenha sido causado direta ou indiretamente por uma doença preexistente ou um câncer que seja preexistente (ou seja, você já teve esse tipo de câncer no passado, mesmo que tenha sido antes do início da sua cobertura).

Displasia cervical

Câncer causado por displasia cervical.

Câncer de pele

Câncer de pele, com exceção de melanomas e carcinomas de células escamosas.

2) Transplante de órgãos com doador vivo

Se o segurado é o doador

Qualquer transplante em que o segurado é o doador para uma pessoa que não está coberta sob a apólice do segurado.

Doença hepática alcoólica

Qualquer transplante necessário como consequência de doença hepática alcoólica.

Autotransplante

Qualquer autotransplante, com a exceção de transplantes de medula óssea.

Transplante de um doador falecido

Quaisquer transplantes de um doador falecido.

Transplante de órgãos comprados

Qualquer transplante facilitado pela compra dos órgãos necessários de um doador.

Fale conosco, adoramos ajudar!

Para obter mais informações, entre em contato conosco:

Central de Atendimento 24 horas por dia, 7 dias por semana

 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.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 vinculável 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.