



Guia de Benefícios para Funcionários

Planos de Saúde GlobalPass para a América Latina
Válido a partir de 1º de Maio de 2024

Bem-vindo(a)

Você e sua família podem agora contar com a Allianz Care como sua seguradora de saúde para ter acesso ao melhor atendimento médico possível.

Este guia possui duas partes: A seção “Como usar a sua cobertura” contém um resumo de todas as informações importantes que você provavelmente usará com frequência. A seção “Termos e condições de sua cobertura” explica a sua cobertura em maior detalhe. Para que você aproveite ao máximo o seu Plano de Saúde Internacional, leia este guia junto com o seu Certificado de Seguro e com a Tabela de Benefícios.

Como usar sua cobertura

Serviços de suporte	5
Entenda como sua cobertura funciona	12
Precisa de tratamento?	16
Informações adicionais sobre pedidos de reembolso	21

Termos e condições de sua cobertura

Administração de sua apólice	26
Pagamento de prêmios	31
Os seguintes termos também se aplicam à sua cobertura	33
Proteção de dados	35
Procedimento de gestão de reclamações	36
Definições	37
Exclusões	50

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

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

Como usar sua cobertura




Serviços de suporte

Desejamos fornecer o alto nível de serviço que você merece. Nas próximas páginas descrevemos a gama completa de serviços que oferecemos. Continue lendo para descobrir as opções disponíveis para você.

Fale conosco, adoramos ajudar!

A nossa Central de Atendimento multilíngue está disponível 24 horas por dia, 7 dias por semana, para responder quaisquer questões sobre a sua apólice ou se você precisar de assistência em uma emergência.

Central de Atendimento

 +353 1 645 4040

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

 client.services@e.allianz.com

Você sabia...

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

Serviços digitais MyHealth

Através do aplicativo ou portal MyHealth você tem acesso fácil e conveniente à sua cobertura, independentemente de onde você estiver ou de qual dispositivo você usar.

Funcionalidades do aplicativo e do portal on-line MyHealth



Minha apólice

Acesso a documentos da apólice e à Carteirinha do Segurado em qualquer lugar.



Meus pedidos de reembolso

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



Meus contatos

Acesse nossa Central de Atendimento multilíngue, disponível 24 horas. Chat ao vivo também está disponível (apenas no portal on-line e em inglês).



Verificador de sintomas

Obtenha uma avaliação rápida e fácil de seus sintomas.



Buscador de provedores médicos

Encontre provedores médicos perto de você.



Assistente de farmácia

Pesquise os nomes de medicamentos locais equivalentes aos medicamentos de marca.



Tradutor de termos médicos

Traduza os nomes de doenças comuns em 17 idiomas.



Contato de emergência

Acesse números locais de emergência no mundo todo.

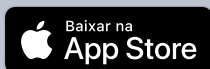
Recursos úteis adicionais

- Atualize seus dados on-line (e-mail, número de telefone, senha, endereço (se for o mesmo país que o endereço anterior), preferências de marketing, etc.
- Visualize o saldo disponível sob cada benefício incluído em sua Tabela de Benefícios.
- Pague seu prêmio on-line e confira os pagamentos recebidos.
- Adicione ou altere dados de cartão de crédito (se você for responsável pelo pagamento de seu prêmio, em vez de sua empresa).

Todos os dados pessoais dentro dos Serviços Digitais MyHealth são criptografados para proteção de dados.

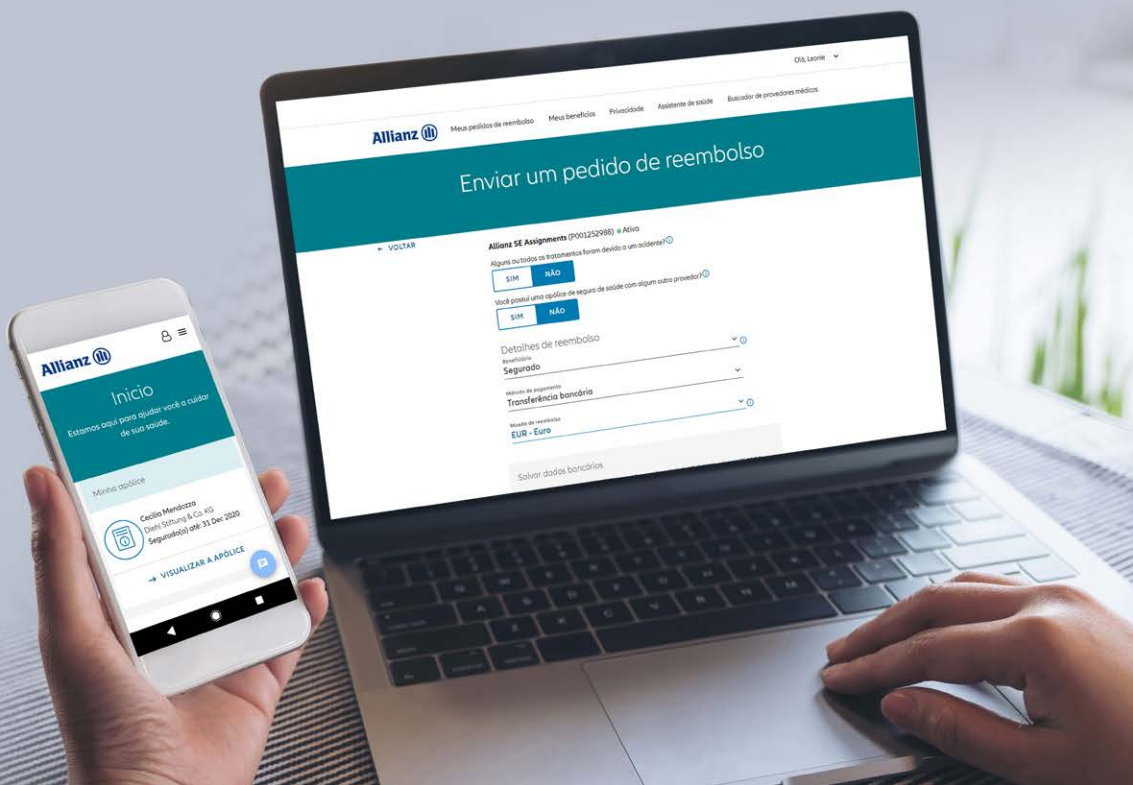
Informações de acesso:

1. Faça o login no MyHealth On-line para registrar-se: Acesse my.allianzcare.com/myhealth, clique em "Registre-se aqui" no final da página e siga as instruções que aparecem na tela. Tenha o número de sua apólice em mãos. Você pode encontrá-lo no Certificado de Seguro.
2. Ou, se preferir, você pode se registrar usando o aplicativo MyHealth. Para baixá-lo, procure "Allianz MyHealth" na App Store da Apple ou no Google Play para Android.



3. Após a configuração, utilize o e-mail (nome de usuário) e a senha cadastrados para fazer login no portal on-line ou aplicativo MyHealth. Os mesmos dados de login são usados para ambos e, no futuro, se você alterar os detalhes de login de um, ele será automaticamente aplicado ao outro, de modo que você não precisa alterar em ambos os canais. Também oferecemos uma opção de login biométrico no aplicativo, por exemplo com reconhecimento facial (Face ID) ou leitura de impressão digital (Touch ID), quando compatível com seu dispositivo.

Para mais informações, visite www.allianzcare.com/pt/myhealth.html



Serviços On-Line para segurados

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


- pesquisar por provedores médicos (você não está restrito a usar os provedores médicos listados em nosso diretório);
- baixar formulários;
- acessar nossos Guias de Saúde;
- acessar o “My Expat Life” (apenas em inglês), um portal com tudo sobre a mudança para o exterior, desde o planejamento da viagem até como se adaptar ao seu novo país de residência.

Segunda opinião médica**

Como seu parceiro de saúde, nosso objetivo é proporcionar-lhe segurança. Você foi diagnosticado com uma doença grave ou aconselhado a fazer uma cirurgia? Você precisa de ajuda especializada sobre as melhores opções de tratamento disponíveis e onde obter o tratamento mais adequado? Como parte de sua cobertura, você tem acesso ao nosso serviço de Segunda Opinião Médica.

Quando você acessa este serviço, atribuímos a você um gerente de caso médico exclusivo, ou seja, um profissional de saúde de nossa própria equipe médica para orientá-lo e auxiliá-lo. Você deverá fornecer a ele todas as informações necessárias sobre o seu caso médico - assim, ele o ajudará a encontrar um hospital, médico ou especialista para oferecer a Segunda Opinião Médica a você.

Para ter acesso a este serviço, entre em contato conosco:

 + 353 1 645 4040

 medical.smo@e.allianz.com

...e solicite o serviço de Segunda Opinião Médica. Você deverá fornecer o seu número de apólice para identificação.



Serviços ao segurado inclusos na sua cobertura

Sua apólice não cobre apenas suas despesas médicas. Também inclui uma variedade de serviços gratuitos para membros. Consulte a sua Tabela de Benefícios para confirmar quais dos benefícios abaixo estão incluídos na sua cobertura.



Olive – nosso programa de saúde e bem-estar

Desenvolvido para motivar e guiar você para uma vida mais saudável. Ele inclui acesso a:

- **Portal de Saúde e Bem-Estar**, que oferece avaliações de saúde online, webinários sobre bem-estar apresentados por especialistas, artigos sobre assuntos como sono e nutrição, etc.
- **Nosso aplicativo de fitness**, que, ao conectar-se a smartphones, smartwatches e outros aplicativos, monitora o número de passos caminhados, as calorias queimadas, o horário de sono e muito mais. Você também pode participar de desafios com outros usuários e/ou definir suas metas e planos de bem-estar.
- **Aplicativo de coaching mental**, seu assistente virtual para falar sobre seus sentimentos. Você também pode conversar com um profissional de saúde mental quando quiser um toque mais pessoal.



TeleHealth Hub – serviços de consulta por vídeo

Se o seu plano inclui cobertura para serviços de videoconsulta, você tem acesso direto a consultas médicas online. Com o Portal de Telessaúde, você pode economizar tempo consultando um médico via vídeo, do conforto da sua casa ou escritório. Oferecendo um serviço seguro e confidencial, nossa rede de médicos de telessaúde pode fornecer aconselhamento médico, recomendar tratamentos e oferecer prescrições para questões não emergenciais. As prescrições estarão disponíveis se o seu plano oferecer cobertura e se a regulamentação local permitir.



PAE – Programa de Assistência ao Empregado

Quando situações desafiadoras surgem na vida ou no trabalho, nosso PAE fornece a você e seus dependentes um apoio imediato e confidencial. O serviço inclui:

- **Aconselhamento profissional confidencial** por telefone, vídeo ou presencialmente sobre assuntos como estresse, equilíbrio entre vida pessoal e profissional, parentalidade, ansiedade, choque cultural, preocupações com vício, etc.
- **Serviços de encaminhamento jurídico e financeiro**, para, por exemplo, comprar uma casa, lidar com uma disputa jurídica ou criar um plano financeiro.



Serviços de Segurança em Viagens

Acesso 24 horas, 7 dias por semana, a informações e conselhos de segurança pessoal para suas viagens, muito necessárias na medida em que o mundo testemunha um constante aumento nas ameaças à segurança. Você pode acessar:

- **Linha de Assistência a Emergências de Segurança**, para falar com um especialista em segurança sobre quaisquer preocupações relacionadas a seu destino de viagem.
- **Serviço de inteligência**, que oferece informações de segurança e orientações sobre muitos países.
- **Atualizações diárias de notícias sobre segurança**, para receber alertas por e-mail sobre eventos de alto risco nas proximidades de sua localização, incluindo terrorismo ou riscos climáticos severos.

Para saber mais ou acessar os serviços ao segurado acima, consulte:



www.allianzcare.com/pt/recursos/recursos-para-segurados.html

** Certos serviços que podem estar incluídos em seu plano são oferecidos por fornecedores terceirizados fora do grupo Allianz, como, por exemplo, o Programa de Assistência ao Empregado, os Serviços de Segurança em Viagens, o aplicativo HealthSteps e os serviços de Segunda opinião médica e telemedicina. Caso estejam incluídos em seu plano, esses serviços estarão listados na sua Tabela de Benefícios. Esses serviços são disponibilizados a você mediante sua aceitação dos termos e condições da sua apólice e dos termos e condições das terceiras partes envolvidas. Esses serviços podem estar sujeitos a restrições geográficas. O aplicativo de fitness não fornece conselhos médicos ou de saúde, e os recursos de bem-estar contidos no Olive são apenas para fins informativos. O aplicativo de fitness e os recursos de bem-estar contidos no Olive não devem ser considerados como substitutos do aconselhamento profissional (médico, físico ou psicológico). Eles também não substituem o diagnóstico, tratamento, avaliação ou cuidados que você possa precisar de seu próprio médico. Você entende e concorda que a AWP Health & Life SA - Sucursal na Irlanda e AWP Health & Life Services Limited não são responsáveis por qualquer indenização, perda ou dano como resultado direto ou indireto do uso de quaisquer dos serviços terceirizados citados acima.

Entenda como sua cobertura funciona

O que o meu plano cobre?

Você e seus dependentes estão cobertos para tratamentos médicos, assim como custos, serviços e materiais relacionados que considerarmos medicamente necessários, tal como indicado em sua Tabela de Benefícios. Os benefícios estão sujeitos a:

- **Definições da apólice e exclusões** (disponíveis neste guia)
- Para apólices com subscrição médica total, **quaisquer condições especiais** indicadas em seu Certificado de Seguro (e no Formulário de Condições Especiais emitido antes do início da apólice, quando relevante).
- **Custos razoáveis e costumeiros**: são aqueles considerados habituais no país onde o tratamento é realizado. Apenas reembolsaremos provedores médicos cujos custos estejam de acordo com os procedimentos médicos padrão e geralmente aceitos. Quando o pedido de reembolso for julgado inapropriado, nós nos reservaremos o direito de declinar ou reduzir o valor a ser pago.

Nós geralmente cobrimos doenças preexistentes (incluindo condições crônicas preexistentes) a menos que esteja indicado o contrário em seus documentos da apólice. Em caso de dúvidas, consulte sua Tabela de Benefícios para confirmar se doenças preexistentes estão cobertas.

Se você tiver dúvidas quanto à cobertura do seu tratamento médico planejado, entre em contato com nossa Central de Atendimento.

Onde posso receber tratamento?

Você pode receber tratamento em qualquer país dentro de sua área geográfica de cobertura, tal como descrito no seu Certificado de Seguro.

Se o tratamento médico necessário estiver disponível localmente, mas você optar por viajar para outro país na sua área geográfica de cobertura, reembolsaremos todos os custos médicos qualificados incorridos nos termos de seu plano, exceto suas despesas de viagem.

Se o tratamento elegível não estiver disponível no local, e sua cobertura incluir “Evacuação médica”, as despesas de viagem para o centro de excelência médica mais próximo também serão cobertas. Para solicitar o reembolso de despesas médicas e de viagem, você deverá preencher o Formulário de Pré-autorização e nos enviar antes de viajar.

Você está coberto para as despesas incorridas no seu país de origem, desde que este esteja localizado na sua área geográfica de cobertura.

Quais são os limites dos benefícios?

A sua cobertura pode estar sujeita a um **limite máximo do plano**. Esse é o valor máximo que pagaremos no total para todos os benefícios incluídos no plano por membro, por ano de vigência do seguro.

Se a sua cobertura tem um limite máximo de plano, ele será aplicado mesmo quando:

- o termo "Reembolso total" aparece próximo ao benefício;
- um limite de benefício específico se aplica, ou seja, quando o benefício está limitado a um valor específico (por exemplo, US\$ 2.000).

Os limites de benefício poderão ser fornecidos "por ano de vigência do seguro", "ao longo de toda a vida" ou "por evento" (como por viagem, por consulta ou por gravidez).

Em alguns casos, além do limite do benefício, pagaremos uma porcentagem dos custos relativos ao benefício específico, como por exemplo, reembolso de 50%.

Benefícios relacionados à maternidade

Os benefícios "Rotinas de maternidade" e "Complicações na gravidez e no parto" são reembolsados "por gravidez" ou "por ano de vigência do seguro". Sua Tabela de Benefícios confirmará o que está coberto.

Se os seus benefícios de maternidade são pagos "por gravidez"

Quando uma gravidez abrange dois anos de vigência do seguro e o limite de benefício muda na renovação da apólice, aplicam-se as seguintes regras:

- No primeiro ano: os limites dos benefícios se aplicam a todos os gastos elegíveis.
- No segundo ano: os limites atualizados se aplicam a todas as despesas elegíveis incorridas no segundo ano, menos o valor total do benefício já reembolsado no primeiro ano.
- Se o limite do benefício diminuir no segundo ano e já tivermos pago até ou além desse novo valor para os custos elegíveis incorridos no primeiro ano, não pagaremos nenhum benefício adicional no segundo ano.

Limite para bebês nascidos de gravidez múltipla, gravidez de substituição, adotados ou tutelados

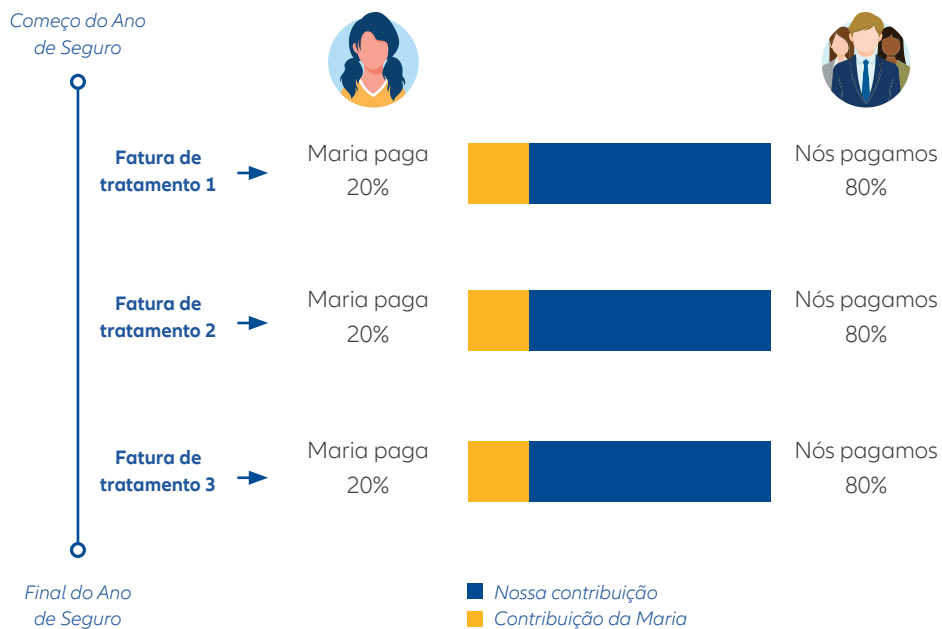
Há um limite para o tratamento hospitalar para os três primeiros meses após o nascimento se o bebê:

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

Este limite é US\$ 40.500 por criança. Tratamentos ambulatoriais serão pagos sob os termos do Plano Ambulatorial.

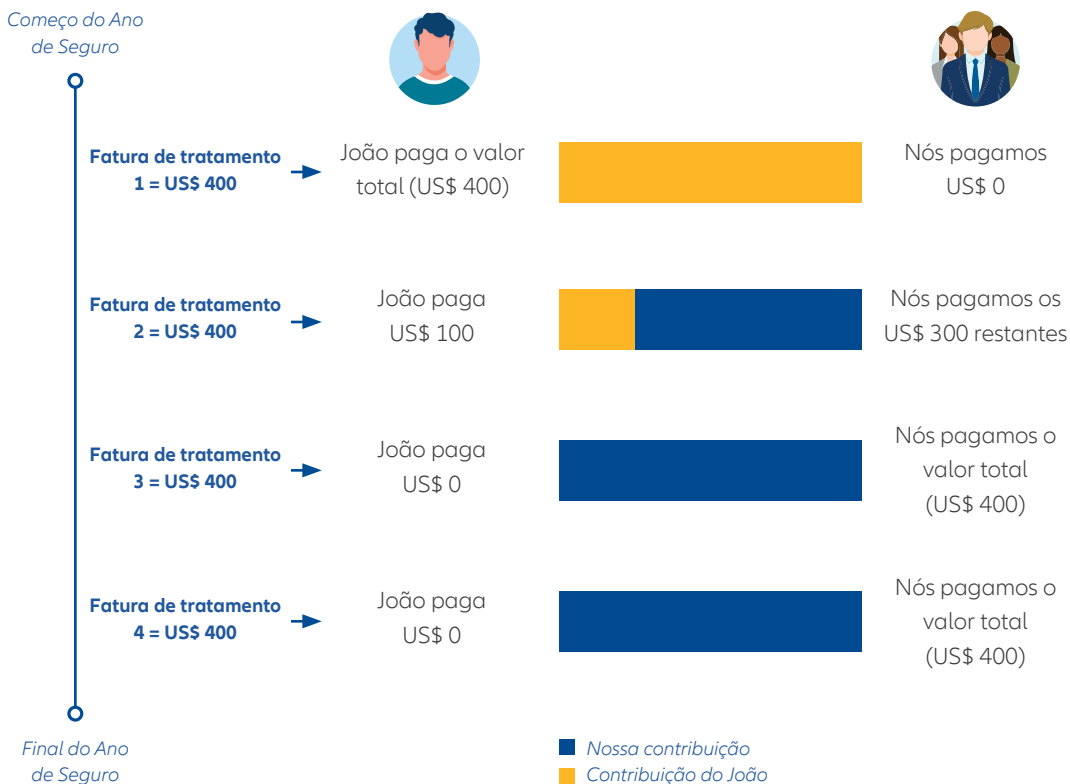
O que são copagamentos?

Um **copagamento** é quando você paga uma porcentagem das despesas médicas. Sua Tabela de Benefícios mostrará se isto se aplica ao seu plano. No exemplo a seguir, Maria precisa de diversos tratamentos odontológicos ao longo do ano. Seu benefício de tratamento odontológico possui um copagamento de 20%, o que significa que pagaremos 80% dos custos de cada tratamento elegível. O total do valor reembolsável pode estar sujeito a um limite máximo do plano.



O que são franquias?

Uma **franquia**, também conhecida no jargão de plano de saúde como “dedutível” ou “excesso”, é um valor fixo que você deve pagar pelos seus gastos médicos por período de cobertura antes de fazer pedidos de reembolso. Sua Tabela de Benefícios mostrará se isto se aplica ao seu plano. No exemplo a seguir, João precisa receber tratamento médico ao longo do ano. O plano dele inclui uma franquia de US\$ 500.



Os benefícios sujeitos à franquia estão indicados na sua Tabela de benefícios com a letra A. Quando a franquia aplicável à sua apólice for "por família", ela será aplicada ao(s) primeiro(s) pedido(s) de reembolso enviado(s) por qualquer um dos segurados.

Precisa de tratamento?

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

Verifique o seu nível de cobertura

Primeiramente, verifique se o seu plano oferece cobertura para o tratamento que você precisa receber. Sua Tabela de Benefícios confirmará o que está coberto. Entretanto, você pode entrar em contato com a nossa Central de Atendimento sempre que tiver dúvidas.

Alguns tratamentos exigem nossa pré-autorização

Confira na Tabela de Benefícios quais tratamentos requerem nossa pré-autorização (por meio de um formulário de Pré-Autorização). Geralmente, a pré-autorização é necessária para tratamentos hospitalares e de alto custo. Esse processo de pré-autorização nos ajuda a avaliar cada caso, a organizar tudo com o hospital antes da sua chegada e a facilitar o pagamento direto de sua despesa hospitalar, quando possível.

Salvo acordo em contrário entre nós e a sua empresa, se a Pré-Autorização não for obtida serão aplicadas as seguintes condições:

- Se for provado posteriormente que o tratamento não era medicamente necessário, **nós nos reservamos o direito de declinar o seu pedido de reembolso.**
- Se for provado posteriormente que o tratamento era clinicamente necessário, pagaremos apenas 80% para benefícios de assistência hospitalar e 50% para os outros benefícios.

Como receber internação hospitalar (necessária a pré-autorização)



Baixe o Formulário de Pré-Autorização em nosso site:
www.allianzcare.com/pt/recursos/recursos-para-segurados.html



Envie-nos o formulário preenchido **pelo menos cinco dias úteis antes** do início do tratamento:
Você pode enviá-lo por e-mail ou correio para o endereço indicado no formulário.



Contataremos o hospital diretamente para organizar o pagamento de suas faturas, quando possível.

Em casos de emergência

Procure o tratamento de emergência necessário e entre em contato conosco caso precise de aconselhamento ou apoio.

Caso você seja hospitalizado, você, seu médico, um de seus dependentes ou um colega deverá ligar para a nossa Central de Atendimento (no prazo de 48 horas do ocorrido) e nos informar sobre a internação. Podemos solicitar informações referentes ao Formulário de Pré-Autorização por telefone quando você nos ligar.

Se o tratamento estiver programado para começar em 72 horas, nossa Central de Atendimento poderá receber informações referentes ao Formulário de Pré-Autorização por telefone. É importante observar que podemos declinar seu pedido de reembolso caso a pré-autorização não seja obtida.



Solicitando o reembolso de despesas ambulatoriais, odontológicas e outras

Se seu tratamento não requer nossa pré-autorização, basta pagar a fatura e solicitar o reembolso de suas despesas conosco. Neste caso, siga estes passos:



Receba o tratamento médico e pague ao provedor médico.



Obtenha uma fatura de seu provedor médico. Certifique-se de que na fatura constem claramente seu nome, data(s) do tratamento, o diagnóstico ou o quadro clínico tratado, a data de início dos sintomas, a natureza do tratamento e o valor total cobrado.



Solicite o reembolso dos custos elegíveis pelo nosso aplicativo MyHealth ou no portal on-line (www.allianzcare.com/pt/myhealth.html)

Basta fornecer alguns detalhes importantes, anexar sua fatura médica e clicar em “enviar”.



Processamento rápido dos pedidos de reembolso

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

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

Evacuação Médica

Ao primeiro sinal de que você precisa de uma evacuação médica, entre em contato com a nossa Central de Atendimento 24 horas. Dada a urgência, recomendamos que você ligue, se possível. No entanto, você também pode contatar-nos por e-mail. Se enviar um e-mail, por favor escreva "Urgente - Evacuação" no assunto da mensagem.

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

☎ +353 1 645 4040

@ medical.services@e.allianz.com



Buscando tratamento nos EUA

Você tem acesso a uma rede exclusiva de provedores médicos nos EUA, aos quais efetuamos o pagamento direto das suas despesas médicas. A lista completa dos provedores da nossa rede exclusiva está disponível on-line.

 allianzglobalpass.com

Você não está restrito a usar esta rede. No entanto, se você estiver coberto pelo plano GlobalPass Connect e optar por um provedor fora dessa rede para tratamentos hospitalares ou em centro de cuidados diários, reembolsaremos apenas 60% das despesas médicas.

Se você tem cobertura "Mundial" e gostaria de localizar um provedor de serviços médicos nos EUA, entre em contato conosco na linha dos EUA:

 **(+1) 800 541 1983** (número gratuito dos EUA)

Como alternativa, você também pode solicitar uma ligação na página de contatos do site allianzglobalpass.com, seguindo as instruções que aparecem na tela.

Quando viajar para os EUA para receber tratamento, é recomendável que você entre em contato conosco no prazo de 10 dias úteis antes da viagem para que possamos garantir que não haja atrasos na hora da admissão.

Você também pode solicitar um cartão de desconto para compras em farmácias, que pode ser usado quando os medicamentos prescritos não forem cobertos pela sua apólice. Para registrar-se e obter o seu cartão de desconto em farmácias, basta acessar o link abaixo e clicar em "Print Discount Card" ("Imprima seu cartão agora").

 allianzglobalpass.com

Informações adicionais sobre pedidos de reembolso

Pedidos de reembolso

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

- **Prazo limite de envio:** Você deve enviar todos os pedidos de reembolso (através do nosso aplicativo ou portal MyHealth) em no máximo seis meses após o término do ano de vigência do seguro. Se a cobertura for cancelada durante o ano de vigência do seguro, você deve enviar seus pedidos de reembolso dentro do prazo máximo de seis meses após o término da cobertura. Após esse período, estaremos desobrigados de efetuar o pagamento do reembolso.
- **Envio dos pedidos de reembolso:** Você deve preencher um Formulário de Pedido de Reembolso distinto para cada pessoa e para cada quadro clínico que esteja motivando tal pedido.
- **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.
- **Franquia:** Se o valor do pedido de reembolso for inferior ao da franquia de seu plano, você pode:
 - guardar todos os recibos dos tratamentos ambulatoriais até que o valor total exceda aquele da franquia do seu plano;
 - enviar cada pedido de reembolso após receber o tratamento. Quando você atingir o valor da franquia, faremos o reembolso.

Anexe todos os recibos e/ou faturas ao seu pedido de reembolso. Não podemos aceitar recibos de cartão de crédito sem as faturas.

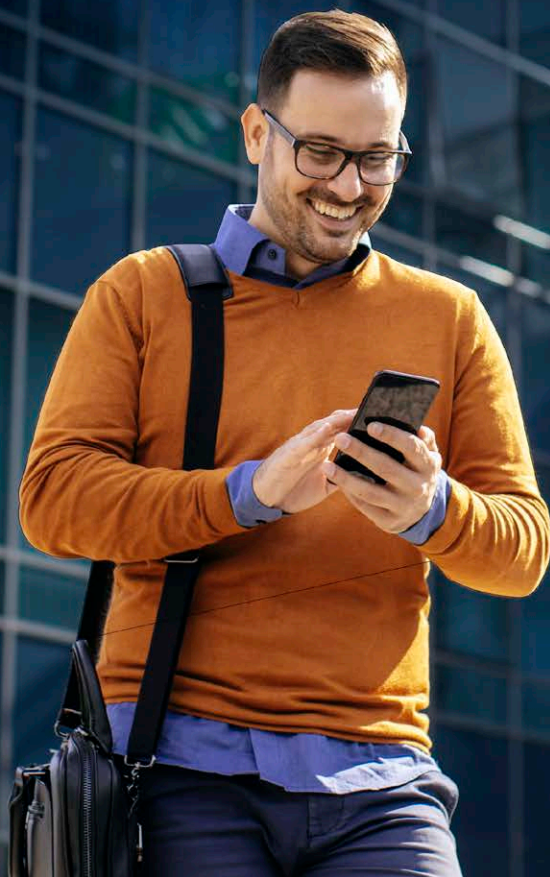
Observe que, se você tiver cobertura local (com outra seguradora de saúde), você poderá solicitar que qualquer tratamento hospitalar ou em centro de cuidados diários pago pela outra seguradora e que também esteja coberto pelo nosso plano, seja aceito como uma contribuição para o valor da franquia do seu plano de saúde com a Allianz Care. Isto apenas se aplica para tratamentos elegíveis recebidos em um hospital ou clínica (com ou sem internação). Envie-nos uma cópia detalhada da fatura do hospital com um extrato de contas ou documento oficial confirmando o pagamento feito pela seguradora local.

- **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.
- **Reembolso:** Reembolsaremos apenas os custos incorridos como resultado de tratamentos elegíveis dentro dos limites da sua apólice, após levarmos em consideração a necessidade de pré-autorização e analisarmos quaisquer franquias ou copagamentos indicados na Tabela de Benefícios.
- **Custos razoáveis e costumeiros:** Reembolsaremos apenas custos que sejam razoáveis e costumeiros, e que vão de acordo com os procedimentos médicos padrão e geralmente aceitos. Se considerarmos um pedido de reembolso inadequado, nos reservamos o direito de declinar seu pedido ou reduzir o valor a ser pago.
- **Depósitos:** Caso você tenha de pagar um depósito antes do início de qualquer tratamento médico, reembolsaremos os gastos somente após o final do tratamento.
- **Envio de informações:** Você e seus dependentes concordam em nos ajudar a obter todas as informações que precisamos para processar um pedido de reembolso. Temos o direito de acessar todos os registros médicos e de entrar em contato diretamente com o prestador de serviços médicos ou com o médico responsável pelo tratamento. Poderemos também, quando julgarmos necessário e com despesas pagas por nós, solicitar a realização de um exame médico por nossos especialistas. Todas as informações terão caráter confidencial. Nós nos reservamos o direito de não oferecer cobertura para seus benefícios caso você ou seus dependentes não colaborem conosco na obtenção das informações que precisamos.
- **Reembolso por morte acidental:** Se o seu pedido de reembolso estiver relacionado ao tratamento necessário por causa de um acidente, envie-nos uma cópia do boletim de ocorrência. Em alguns casos, também poderemos solicitar informações adicionais.

Se o seu tratamento for necessário devido à ação de terceiros

Você deverá nos informar por escrito com a maior brevidade possível quando estiver solicitando tratamento que você necessita como resultado da falha de alguma outra pessoa. Por exemplo, se você precisar de tratamento após um acidente de trânsito em que você foi vítima. Tome todas as providências cabíveis que solicitarmos para obter dados sobre o seguro da pessoa que causou a negligência. Podemos então recuperar da outra seguradora o custo do tratamento pago por nós. Se você conseguir recuperar diretamente o custo de qualquer tratamento pelo qual tenhamos pago, precisará repassar o montante (e quaisquer juros relacionados) a nós.

Termos e condições de sua cobertura



Termos e condições

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

- O **Certificado de Seguro** detalha o(s) plano(s) e a área geográfica que sua empresa escolheu para você e seus dependentes (se aplicável). Ele também especifica a data de início e de renovação da sua cobertura. Para apólices com subscrição médica total, este documento apresentará quaisquer termos especiais que se aplicam a 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 inclusão de um dependente) – desde que aprovadas por sua empresa e aceitas por nós.
- Sua **Tabela de Benefícios** detalha o(s) plano(s) selecionados por sua empresa e os benefícios disponíveis a você, além de especificar quais benefícios/tratamentos requerem o envio do Formulário de Pré-Autorização. Também confirma se limites específicos de benefícios, períodos de carência, franquias e/ou copagamentos são aplicáveis ao seu plano. Sua Tabela de Benefícios será apresentada em dólares americanos.

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 podem mudar periodicamente, conforme acordado com a empresa.

Administração de sua apólice

Quando a cobertura inicia

Sua cobertura é válida a partir da data de início indicada no Certificado de Seguro, e continuará em vigor até a data de renovação do grupo (também especificada no Certificado de Seguro). Geralmente, o contrato tem a duração de um ano de vigência do seguro, salvo acordo em contrário entre sua empresa e nós, ou caso você se torne nosso segurado durante o ano do contrato. Ao final desse período, sua empresa poderá renovar o contrato com base nos termos e condições aplicáveis naquele momento. Você estará vinculado a esses termos.

A cobertura para dependentes (se aplicável) é válida a partir da data de início indicada no seu Certificado de Seguro mais recente e que apresenta essas pessoas como seus dependentes. A cobertura dos seus dependentes poderá continuar enquanto você fizer parte do esquema de grupo, e, para filhos, até eles atingirem a idade limite. A cobertura para filhos dependentes é válida sob a sua apólice até o dia anterior ao 18º aniversário ou até o dia anterior ao 26º aniversário, caso sejam estudantes em tempo integral. Após atingirem a idade máxima para dependentes, estes poderão solicitar sua própria cobertura sob um de nossos Planos de Saúde para Indivíduos e Famílias.

Inclusão de dependentes

Você está se casando ou vai ter um bebê? Parabéns!

Você pode solicitar a inclusão de qualquer membro de sua família ao seu plano como dependente, desde que esteja autorizado a fazê-lo nos termos do acordo entre sua empresa e nós. O processo é diferente dependendo do tipo de apólice que você possui:

- Apólices com subscrição médica total; ou
- Apólices sem subscrição médica

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

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

Apólices com subscrição médica total

Para solicitar a inclusão de qualquer membro da sua família, basta preencher o formulário de solicitação relevante. Seus dependentes passarão por uma avaliação e, se aceitos, a cobertura começará a partir da data de aceitação.

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

Como posso adicionar um recém-nascido à minha apólice?

Envie a certidão de nascimento do bebê para underwriting@e.allianz.com em até seis semanas da data de nascimento. Com exceção de bebês nascidos de gravidez múltipla, aceitaremos o bebê sem avaliação médica se um dos pais biológicos ou um dos pais adotivos (no caso de maternidade por substituição) tiver sido nosso segurado por no mínimo seis meses consecutivos. A cobertura começará a partir do nascimento.

O que acontece se eu não enviar a notificação do nascimento dentro de seis semanas?

A criança será submetida a uma avaliação e, se aceita, a cobertura começará a partir da data de aceitação.

E se eu estiver adicionando bebês múltiplos (como gêmeos, trigêmeos, etc.)?

Bebês nascidos de gravidez múltipla serão submetidos a uma avaliação e, se aceitos, a cobertura começará a partir da data de aceitação.

Apólices sem subscrição médica

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

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

Como posso adicionar um recém-nascido à minha apólice?

Bebês recém-nascidos (incluindo bebês de gravidez múltipla, de gravidez por substituição, bem como crianças adotadas e tuteladas) serão aceitos para cobertura desde o nascimento, desde que sejam notificados dentro de seis semanas da data de nascimento. Para adicionar um recém-nascido à sua apólice, você deve solicitar à sua empresa que submeta um pedido por escrito, incluindo uma cópia da certidão de nascimento, para a pessoa de contato habitual para alterações na lista de filiação.

O que acontece se eu não notificar minha empresa dentro de seis semanas?

Se formos notificados após seis semanas do nascimento, o recém-nascido receberá cobertura a partir da data de notificação.

Limites de tratamento hospitalar para dependentes recém-nascidos

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

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

O limite é de US\$ 40.500 por criança e será aplicado antes de qualquer outro benefício de seu plano. Tratamentos ambulatoriais serão pagos sob os termos do Plano Ambulatorial.

Mudando de país de residência

É importante que você entre em contato com a nossa Central de Atendimento e avise seu administrador da conta corporativa caso mude de país de residência. Isto pode afetar sua cobertura ou prêmio, mesmo se você se mudar para um país dentro de sua área geográfica de cobertura, já que o seu plano atual pode não ser válido lá. Observe que a cobertura em alguns países está sujeita a restrições locais impostas às seguradoras de saúde, principalmente para residentes nesses países. É sua responsabilidade garantir que sua cobertura médica esteja de acordo com as exigências legais. Em caso de dúvida, nós recomendamos que você busque assessoria jurídica sobre o assunto, já que nossa cobertura pode não ser válida em seu novo país de residência. Nossa cobertura não substitui o seguro-saúde obrigatório local.

Alterações em seu endereço postal ou e-mail

Toda correspondência será enviada para os endereços de contato que temos em nossos registros, a menos que solicitado em outra forma. Você deverá nos informar por escrito o quanto antes sobre qualquer possível alteração em seu endereço residencial, profissional ou e-mail.

Correspondência

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

Renovação da cobertura

Se a sua empresa for responsável pelo pagamento do seu prêmio, a renovação da sua cobertura (e a de seus dependentes, quando aplicável) é decisão de sua empresa.

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

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

Término de sua cobertura

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

- ao final do ano de vigência do seguro, se o acordo entre nós e sua empresa for rescindido;
- se sua empresa decidir terminar ou não renovar sua cobertura;
- se sua empresa não pagar os prêmios ou não fizer qualquer outro pagamento devido sob os termos do Acordo da Empresa;
- se você for o responsável pelo pagamento dos prêmios e não efetuar tais pagamentos ou qualquer outro pagamento devido nos termos do Acordo da Empresa conosco;
- quando você parar de trabalhar para a empresa;
- caso o funcionário segurado venha a falecer.

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

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

Expiração da apólice

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

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 de Saúde Privados. Basta enviar um e-mail para nós (detalhes abaixo). Porém, observe que a sua apólice pode estar sujeita a uma subscrição médica. Além disso, se você for membro de uma apólice com subscrição médica total e sua apólice estiver ativa por dois anos consecutivos, você poderá solicitar uma cobertura individual sem subscrição médica, desde que o nível de cobertura seja mantido ou reduzido. Se você optar por uma cobertura mais abrangente ou se a apólice estiver ativa por menos de dois anos consecutivos, nós nos reservaremos o direito de avaliar o seu histórico médico antes de aceitarmos a sua solicitação de cobertura. A solicitação deverá ser enviada no prazo de um mês após você deixar a conta corporativa. Se aceitarmos a sua solicitação, a cobertura iniciará um dia após a sua saída da apólice de grupo.

① individual.sales@allianzworldwidecare.com

Pagamento de prêmios

Se a sua empresa paga o prêmio do seu seguro

Na maioria dos casos, sua empresa é responsável pelo pagamento dos prêmios da sua apólice e de seus dependentes cobertos pelo Acordo da Empresa. Sua empresa também pode pagar outros custos associados à sua cobertura. Entretanto, você pode ser o responsável pelo pagamento dos impostos relacionados aos prêmios pagos pela sua empresa. Para mais informações, consulte sua empresa.

Se você paga o prêmio do seu seguro

Se você for o responsável pelo pagamento de seus prêmios, você deverá pagar antecipadamente pelo período de sua cobertura. Seu Certificado de Seguro mostra o valor que sua empresa acordou conosco e a frequência de pagamento selecionada. O **prêmio inicial**, ou a primeira parcela do prêmio, deverá ser pago imediatamente após aceitarmos sua solicitação de cobertura. Quando você receber sua fatura, verifique se o prêmio corresponde ao valor indicado na cotação acordada e, se houver alguma diferença, entre em contato imediatamente. Não 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 pagar os seguintes impostos, além do valor do seu prêmio:

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

Tais cobranças podem já estar em vigor no momento da aceitação de sua cobertura, ou podem ser introduzidas (ou alteradas) posteriormente. Sua fatura mostrará esses impostos. Se essas cobranças mudarem ou novos impostos forem introduzidos, escreveremos para informá-lo. Caso você não esteja de acordo com essas alterações, pode escolher terminar a sua cobertura. Não aplicaremos nenhuma das alterações se você encerrar seu contrato dentro de 30 dias a partir da data em que elas entrarem em vigor ou dentro de 30 dias após informarmos você sobre as alterações (prevalecendo a data mais tardia).

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. Nesse caso, você será informado a respeito dessas alterações, e estas devem entrar em vigor apenas a partir da data de renovação. Se você desejar, pode alterar a forma de pagamento na renovação da apólice. Para tanto, envie-nos por escrito sua solicitação com pelo menos 30 dias de antecedência da data de renovação da apólice.

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

Os seguintes termos também se aplicam à sua cobertura

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

Cláusula de suspensão de sanções: Quaisquer pagamentos de benefícios, coberturas e reembolsos serão suspensos se qualquer elemento da cobertura, benefício, atividade, negócio ou negócio subjacente nos expor a:

- qualquer sanção, proibição ou restrição aplicável nos termos das resoluções das Nações Unidas, ou;
- sanções comerciais ou econômicas, leis ou regulamentos da União Europeia, do Reino Unido ou dos Estados Unidos da América.

A suspensão acima continuará até que não estejamos mais expostos a qualquer sanção, proibição ou restrição.

Quem está coberto: Somente os funcionários e seus dependentes, como descrito no Acordo da Empresa, são elegíveis para cobertura.

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

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

Quando a cobertura for fornecida por outra instituição: Podemos rejeitar um pedido de reembolso se você ou algum de seus dependentes tiver o direito de solicitar benefícios por meio de:

- um esquema público de seguro-saúde;
- qualquer outra apólice de seguro;
- qualquer outra terceira parte.

Se este for o caso, você precisará nos informar e fornecer todas as informações necessárias. O segurado e o terceiro não podem chegar a um acerto final, nem renunciar nosso direito de recuperar gastos, sem o nosso acordo prévio por escrito. Caso contrário, estamos autorizados a recuperar de você os valores pagos por nós e a cancelar a apólice.

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

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

Cancelamento e fraude:

- a) Para apólices com subscrição médica total (sujeitas a avaliação), as informações que você e seus dependentes nos fornecem (por exemplo, no Formulário de Solicitação ou em documentos de apoio) devem ser precisas e completas. Informações incorretas ou a omissão de qualquer fato que possa afetar nossa avaliação de risco podem resultar na anulação da apólice a partir de sua data de início. Você também deve nos informar sobre quaisquer condições médicas que possam surgir entre o preenchimento do formulário de solicitação e a data de início da apólice. As condições médicas sobre as quais você não nos informa provavelmente não serão cobertas. Caso não tenha certeza se uma determinada informação é relevante, entre em contato conosco para que possamos esclarecer sua dúvida.
- b) 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.


Entrando em contato com dependentes: Para que possamos administrar a sua apólice, podemos solicitar informações adicionais. Se precisarmos perguntar sobre um de seus dependentes (por exemplo, quando precisarmos coletar um endereço de e-mail para um dependente adulto), poderemos entrar em contato com você, como a pessoa que atua em nome do dependente, e solicitar as informações relevantes, desde que não sejam confidenciais. Da mesma forma, para o propósito de administração dos pedidos de reembolso, podemos enviar a você informações não confidenciais relacionadas a um membro da família.

Proteção de dados

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

 www.allianzcare.com/pt/privacidade.html

Como alternativa, entre em contato conosco por telefone e solicite uma cópia impressa.


 +353 1 645 4040

Se você tiver alguma dúvida sobre como utilizamos seus dados pessoais, envie um e-mail para:


 AP.EU1DataPrivacyOfficer@allianz.com

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@e.allianz.com

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

Lidaremos com sua reclamação de acordo com nosso procedimento interno de gestão de reclamações. Para mais informações, visite:

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

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

Definições

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

A

Acidente

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

Acomodação hospitalar

Refere-se a um quarto padrão, particular ou semiparticular, como indicado na Tabela de Benefícios – quartos de luxo, executivos e suítes não têm cobertura. O benefício de acomodação hospitalar é aplicado apenas quando nenhum outro benefício hospitalar incluso em seu plano cobrir o tratamento hospitalar necessário. Por exemplo, se um segurado for hospitalizado para tratamento de câncer, a acomodação hospitalar será coberta sob o benefício de oncologia, ao invés de pelo benefício de acomodação hospitalar. Exemplos de benefícios que já incluem acomodação hospitalar (quando inclusos em seu plano) são: Psiquiatria e psicoterapia, transplante de órgãos, oncologia, rotinas de maternidade, atendimento paliativo e tratamento de longo prazo.

Acordo da Empresa

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

Administrador da conta corporativa

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

Agudo

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

Ambulância local

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

Ano de vigência do seguro

Aplica-se a partir da data de vigência 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 marca-passos implantados.

Apólices com subscrição médica total

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

Apólices sem subscrição médica

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

Armazenamento de células-tronco

Refere-se aos custos da extração e um ano de preservação das células-tronco. O limite deste benefício se aplica à apólice da mãe segurada, por gravidez. Nenhum custo de transporte ou acomodação será coberto se o serviço de armazenamento de células-tronco não estiver disponível no país onde o bebê nascer.

Atendimento pós-natal

Refere-se ao atendimento médico rotineiro pós-parto recebido pela mãe, até seis semanas após o parto.

Atendimento pré-natal

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



Casos entre parentes mais próximos

Referem-se a pais, avós, irmãos ou filhos 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 sua estada noturna por necessidade médica.

Cirurgia bariátrica

Refere-se a procedimentos cirúrgicos com o objetivo de perder peso, por necessidade médica. Os seguintes procedimentos cirúrgicos estão cobertos: Bypass Gástrico ou Cirurgia de Capella, Gastrectomia Vertical ou Sleeve, Derivação Biliopancreática (com ou sem Duodenal Switch), Banda Gástrica Ajustável. Também refere-se a todas as avaliações pré e pós-cirúrgicas, consultas e quaisquer complicações posteriores, até o limite do benefício.

A cobertura é oferecida somente para os casos que apresentam todos os critérios a seguir:

- O segurado tem um Índice de Massa Corporal (IMC) de 40 ou acima, ou um IMC de 35 a 40 juntamente com outras duas doenças relevantes que poderiam ter o quadro melhorado com a perda de peso: Hipertensão, Diabetes Mellitus Tipo 2, Hipercolesterolemia, Doença Cardíaca Isquêmica.
- O segurado experimentou, sem êxito, todos os meios não-cirúrgicos para atingir ou manter o peso clinicamente adequado, por pelo menos um ano. Todos os esforços para a perda de peso de maneira natural, incluindo uma alimentação saudável e exercícios regulares, precisam ser comprovados para a Allianz Care.
- O segurado recebeu ou irá receber o acompanhamento intensivo de um serviço especializado em obesidade. Temos o direito de decidir se uma clínica de obesidade/ cirurgia bariátrica opera adequadamente, como um serviço especializado em obesidade.
- O estado de saúde do segurado é considerado adequado para a anestesia e cirurgia de acordo com a decisão de nosso Diretor Médico.
- O segurado se compromete em se submeter a um acompanhamento de longo prazo e supervisionado.

Nosso diretor médico tem o direito de declinar a cobertura para Cirurgia Bariátrica caso a considere não medicamente necessária.

Cirurgia odontológica

Inclui extrações cirúrgicas de dentes, assim como outras cirurgias relacionadas à área odontológica, como apicectomia e medicamentos odontológicos prescritos. Todos os procedimentos de investigação que estabelecem a necessidade de cirurgia dentária, tais como testes de laboratório, raios-X, tomografia computadorizada e ressonância magnética estão incluídos sob este benefício. A cirurgia dentária não cobre tratamento cirúrgico relacionado a implantes dentários.

Cirurgia preventiva

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

- houver casos de câncer hereditário entre parentes mais próximos, como câncer de mama ou de ovário, na família do segurado, e;
- quando testes genéticos estabelecerem a presença de síndrome de câncer hereditário.

Complicações na gravidez

Referem-se à saúde da mãe. Apenas as seguintes complicações que surgem durante os estágios pré-natais da gravidez são cobertas: diabetes gestacional, pré-eclâmpsia, natimorto, mola hidatiforme, gravidez ectópica, aborto espontâneo e risco de aborto espontâneo.

Complicações no parto

Custos médicos necessários devido a complicações no parto. Quando o seu plano também incluir os benefícios de “Rotinas de maternidade” ou “Rotinas de parto e cuidados neonatais”, as “Complicações no parto” também se referem a cesarianas medicamente necessárias.

Condições congênicas

Referem-se a qualquer anormalidade, deformidade, doença, transtorno, distúrbio, malformação, defeito, anomalia ou lesão que seja hereditária ou tenha sido adquirida antes ou durante o parto. Uma condição congênita pode ser diagnosticada no nascimento ou posteriormente.

Condições hereditárias

Referem-se a qualquer anormalidade, deformação, doença ou enfermidade que tenha sido transmitida à pessoa através das gerações de sua família. Inclui, mas não de forma limitativa, anemia falciforme e coréia de Huntington.

Copagamento

É a porcentagem dos custos que você deve pagar. Por exemplo, se um benefício tem um reembolso de 80%, isso significa que se aplica um copagamento de 20%. Portanto, pagaremos 80% dos custos de cada tratamento elegível por segurado, por ano de seguro. Os serviços de consulta por vídeo não estão sujeitos a copagamentos quando acessados pelo Portal de Telessaúde.

Cuidados de enfermagem domiciliar ou em clínica de convalescença

Referem-se aos cuidados de enfermagem recebidos imediatamente após o tratamento hospitalar ou ambulatorial, ou em substituição a esses tratamentos. Cobriremos o benefício listado na Tabela de Benefícios se o médico decidir que é medicamente necessário que você permaneça em uma clínica de convalescença ou receba o atendimento de um enfermeiro em domicílio. A cobertura também deve ser aprovada pelo nosso diretor médico. Este benefício não cobre spas, centros de cura, resorts de saúde, atendimento paliativo ou tratamento de longo prazo.

Cuidados neonatais

Os seguintes exames, procedimentos diagnósticos e tratamentos essenciais, conforme necessário após o parto:

- exames costumeiros necessários para avaliar a integridade e as funções básicas dos órgãos e da estrutura óssea da criança;
- um exame auditivo;
- exames diagnósticos para fenilcetonúria (PKU), hipotireoidismo congênito e deficiência de G6PD;
- vacinas de vitamina K, BCG e contra hepatite B.

A cobertura não inclui procedimentos adicionais de diagnóstico preventivo, como coleta de amostras para exames de rotina ou classificação do tipo sanguíneo. No entanto, todas as pesquisas de acompanhamento e tratamento medicamente necessárias serão cobertas pela apólice do recém-nascido (se este tiver sido adicionado como um dependente). O tratamento hospitalar para bebês nascidos de gravidez múltipla resultante da reprodução assistida e para bebês nascidos de gravidez de substituição, bem como para bebês adotados ou tutelados, está limitado a US\$ 40.500 por criança para os primeiros três meses após o nascimento. Esse limite é aplicado antes de qualquer outro benefício sob seu plano. Tratamentos ambulatoriais serão pagos nos termos do Plano Ambulatorial.

Cuidados paliativos

Refere-se ao tratamento continuado para aliviar o sofrimento físico/psicológico provocado por doenças progressivas e incuráveis, e para manter a qualidade de vida. O atendimento paliativo inclui tratamento hospitalar, ambulatorial ou em centro de cuidados diários após a confirmação de que a condição médica é terminal. Esse benefício inclui despesas com cuidados físicos e psicológicos, assim como acomodação hospitalar ou em casa de repouso, cuidados de enfermagem e medicamentos prescritos.

Custos médicos de um doador vivo

Refere-se aos gastos médicos de um doador para o transplante de órgãos realizado em um tratamento hospitalar com ou sem internação. Inclui também todos os testes necessários para determinar a compatibilidade, uma vez que um doador potencial tenha sido identificado. Os custos apenas serão cobertos quando o segurado for o receptor do órgão doado.

Custos razoáveis e costumeiros

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.

D

Dependente

Cônjuge ou parceiro e filhos não casados nomeados no Certificado de Seguro como seus dependentes. Filhos são cobertos até o dia anterior a seu 18º aniversário; ou até o dia anterior ao 26º aniversário, caso sejam estudantes em tempo integral.

Despesas de acomodação para um dos pais acompanhando um dependente menor

Referem-se aos custos de acomodação hospitalar para um dos pais ou guardião legal pelo tempo de internação do menor para tratamento elegível. Caso um leito não esteja disponível no hospital, nós contribuiremos com o equivalente à tarifa de uma diária em hotel três estrelas para quaisquer despesas incorridas em acomodação em hotel. No entanto, não cobriremos despesas diversas, como refeições, chamadas telefônicas ou jornais. Consulte sua Tabela de Benefícios para confirmar se há um limite de idade aplicável aos seus filhos.

Despesas de um acompanhante do paciente evacuado

Referem-se aos custos de transporte de uma pessoa acompanhando o segurado evacuado. Se o acompanhante não puder viajar no mesmo veículo, pagaremos por uma forma alternativa de transporte em tarifa econômica. Finalizado o tratamento, ofereceremos cobertura também para a viagem de volta, em classe econômica, para o país desde onde a evacuação ou repatriação começou. A cobertura não inclui hospedagem em hotel ou outras despesas relacionadas.

Despesas de viagem de segurados acompanhando um membro de sua família em sua evacuação

Referem-se aos custos de transporte padrão para todos os membros segurados da família do segurado evacuado, incluindo menores de idade que, do contrário, ficariam sem a supervisão de um adulto. Se todos os membros da família não puderem viajar no mesmo veículo com a pessoa evacuada, pagaremos pelo transporte de ida e volta em tarifa econômica. A cobertura não inclui hospedagem em hotel ou outras despesas relacionadas.

Despesas de viagem para acompanhantes em casos de repatriação dos restos mortais de segurados

Referem-se aos custos razoáveis de transporte de qualquer segurado que more no exterior com o segurado falecido, para que este possa retornar ao país de origem ou país do sepultamento. Custos de transporte razoáveis são considerados custos de transporte de ida e volta nas tarifas econômicas. A cobertura não inclui hospedagem em hotel ou outras despesas relacionadas.

Disforia de gênero

A disfunção devido à incompatibilidade entre a identidade de gênero de uma pessoa e seu sexo atribuído no nascimento.

Doenças preexistentes

São condições médicas cujos sintomas tenham sido apresentados em algum ponto durante a sua vida ou a de seus dependentes. Isto se aplica independentemente de você ou seus dependentes já terem recebido aconselhamento médico ou tratamento. Consideraremos preexistente qualquer condição que possamos razoavelmente presumir que você ou seus dependentes pudessem estar cientes antes da data de início da apólice. Sua apólice cobrirá doenças preexistentes, a menos que informado o contrário por escrito.

Também consideraremos preexistentes quaisquer doenças que possam surgir entre a data de preenchimento do Formulário de Solicitação e o último dos seguintes:

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

Doenças preexistentes estarão sujeitas à subscrição médica e, se não nos forem declaradas, não serão cobertas. Consulte a seção de "Notas" na sua Tabela de Benefícios para confirmar se doenças preexistentes estão cobertas dentro dos limites do seu plano.

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

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

Equipamentos médicos prescritos

Referem-se a qualquer instrumento, aparelho ou dispositivo medicamente necessário para permitir que você mantenha habilidades condizentes com atividades da vida diária.

Os exemplos incluem:

- Instrumentos de bioquímica, como bombas de insulina, glicosímetro e máquinas de diálise peritoneal.
- Aparelhos para a locomoção, como muletas, cadeiras de rodas, suportes/aparelhos ortopédicos, membros artificiais e próteses.
- Aparelhos de suporte a audição e a fala, como laringe eletrônica.
- Meias elásticas médicas de compressão graduadas.
- Auxílio para curativos de feridas de longo prazo como ataduras e acessórios para ostomias.

Não cobriremos os custos de equipamentos médicos quando relacionados ao atendimento paliativo ou tratamento de longo prazo.

Especialista

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

Esportes profissionais

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

Evacuação médica

Aplica-se aos seguintes cenários:

- Se o tratamento necessário para o qual você tem cobertura não estiver disponível localmente;
- Se não houver disponibilidade de sangue que tenha passado por triagem no ato da emergência.

Nós lhe transportaremos para o centro médico apropriado mais próximo (que pode ou não estar no seu país de origem) por ambulância, helicóptero ou avião. A evacuação médica deve ser solicitada pelo seu médico e será realizada da maneira mais econômica e que é apropriada para o seu quadro clínico. Finalizado o tratamento, ofereceremos cobertura também para a viagem de volta, em transporte de classe econômica, para o seu país principal de residência.

Se você estava internado e não foi autorizado por seu médico a viajar ou ser submetido à evacuação médica após a alta, nós cobriremos os custos razoáveis de acomodação em hotel até o máximo de sete dias para instalações de quarto particular com banheiro. Não cobriremos os custos para suítes de hotel, acomodação em hotel de quatro ou cinco estrelas, nem acomodação para acompanhantes.

Se você for transportado para o centro médico mais próximo para tratamento continuado, nós também cobriremos os custos razoáveis de acomodação de hotel de um quarto particular com banheiro. O custo da hospedagem deverá ser mais econômico do que o custo de transporte sucessivo entre o centro médico apropriado mais próximo e o seu país principal de residência. A cobertura da hospedagem em hotel não inclui acompanhantes.

Caso não exista no local sangue que tenha passado pelo processo de triagem, nós, quando apropriado, tentaremos localizar e transportar sangue previamente testado e equipamento esterilizado para a transfusão, quando isso for aconselhado pelo médico que está realizando o tratamento e por nossos especialistas médicos. Nós e nossos agentes não assumimos nenhuma responsabilidade se não obtivermos êxito ou se sangue ou equipamento contaminado for usado pela autoridade responsável pelo tratamento.

Você deve nos contatar ao primeiro sinal de que uma evacuação médica seja necessária. A partir deste momento, organizaremos e coordenaremos a evacuação até você chegar com segurança ao seu destino de atendimento. Se os serviços de evacuação não forem organizados por nós, nós nos reservamos o direito de recusar todos os custos incorridos.

Exames de rotina e bem-estar, incluindo exames para a detecção de doenças em sua fase inicial

Testes ou exames realizados a um intervalo de tempo apropriado, sem que haja a presença de sintomas clínicos. A cobertura será válida se você fizer os exames de rotina e bem-estar em uma instituição médica licenciada ou em uma instituição de saúde licenciada, ou sob a orientação de um médico em uma clínica adequada e que siga as diretrizes de práticas clínicas internacionais.

Exames diagnósticos

São exames como raio X ou testes sanguíneos, realizados para fins de diagnóstico. Esses testes são cobertos quando você já está exibindo sintomas ou quando necessário após os resultados de outros exames médicos. Este benefício não cobre revisões anuais ou exames de rotina.

Exames para a detecção de câncer

Exames de saúde, testes e consultas para a detecção da doença em sua fase inicial, realizados em um período apropriado, sem que haja a presença de sintomas clínicos. A cobertura será válida se você fizer os exames de rotina e bem-estar em uma instituição médica licenciada ou em uma instituição de saúde licenciada, ou sob a orientação de um médico em uma clínica adequada e que siga as diretrizes de práticas clínicas internacionais.

Exames pré-hospitalização

Referem-se a exames ambulatoriais antes da cirurgia, realizados até 72 horas antes do tratamento hospitalar ou em centro de cuidados diários coberto sob seu plano.

F

Família

Refere-se a apólices com um titular e dois ou mais dependentes.

Fisioterapia não prescrita

Refere-se ao tratamento oferecido por um fisioterapeuta registrado, sem encaminhamento de um clínico geral antes do tratamento ser iniciado. A cobertura será limitada ao número de consultas indicado na sua Tabela de Benefícios. Um médico deve prescrever quaisquer consultas adicionais necessárias além desse limite. Essas consultas serão cobertas sob o benefício de fisioterapia prescrita. A fisioterapia não inclui terapias como Rolfin, massagem, Pilates, Fango e Milta.

Fisioterapia prescrita

Refere-se ao tratamento fornecido por um fisioterapeuta registrado, quando encaminhado por um médico. A fisioterapia (prescrita ou em tratamento combinado de consultas prescritas e não prescritas) é inicialmente restrita a 12 consultas por quadro clínico. Ao final das sessões, o tratamento deve ser revisto pelo médico que o encaminhou. Se precisar de mais sessões, você deverá nos enviar um novo relatório médico após cada 12 sessões, indicando a necessidade médica da continuidade do tratamento. A fisioterapia não inclui terapias como Rolfin, massagem, Pilates, Fango e Milta.

Fonoaudiologia

Refere-se a tratamentos realizados por um fonoaudiólogo qualificado para o tratamento de incapacidades físicas diagnosticadas. Isto inclui condições como obstrução nasal, transtornos neurogênicos (exemplo: paralisia lingual, lesão cerebral) ou distúrbios de articulação envolvendo a estrutura oral (exemplo: fenda palatina).

Franquia

Também conhecida no jargão de plano de saúde como “dedutível” ou “excesso”, é a parte do custo que você deve pagar e que nós deduzimos da quantia que pagamos. Oferecemos dois tipos de franquias: “por pessoa” e “por família”.

A franquia “por pessoa” se aplica a apólices com, no máximo, dois segurados. Tal franquia é aplicada individualmente a cada membro do contrato.

A franquia “por família” se aplica a apólices que cobrem uma família com três ou mais segurados. Tal franquia é aplicada coletivamente a todas as pessoas incluídas na apólice. Observe que os dois tipos de franquias se aplicam por ano de vigência do seguro. Isto significa que, se você enviar um pedido de reembolso no final do ano de vigência do seguro e o tratamento se estender após a data de renovação, a franquia anual deverá ser paga novamente, para o tratamento recebido no novo ano de vigência do seguro.

Os benefícios que estão sujeitos ao pagamento da franquia estão indicados na sua Tabela de Benefícios com um “A”.

Caso também tenha um seguro médico local em vigor (com alguma outra seguradora de saúde), você pode solicitar que qualquer pagamento efetuado pela seguradora local a tratamentos elegíveis (em regime hospitalar, com ou sem internação) sejam aceitos como uma contribuição para o valor da franquia do seu plano de saúde com a Allianz Care. Isto só se aplica para tratamentos elegíveis recebidos em um hospital ou clínica (com ou sem internação).

Confira a seção de “Pedidos de Reembolso” para obter mais informações.

G

Gravidez

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

H

Histórico familiar

Refere-se ao pai, avós, irmãos, filhos e tios que já foram diagnosticados com a condição médica em questão.

Honorários de enfermeiro(a) obstetra

Referem-se aos honorários cobrados por um(a) enfermeiro(a) obstetra ou assistente de parto que recebeu a formação necessária e submeteu-se aos exames necessários de acordo com as leis do país onde o tratamento é realizado.

Honorários de especialistas

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

Honorários de nutricionista

Refere-se aos custos do aconselhamento relacionado à nutrição ou dieta, fornecido por um profissional de saúde registrado e qualificado para exercer sua profissão no país onde o tratamento é aplicado. Se este benefício for coberto pelo seu plano, será fornecido apenas para quadros médicos diagnosticados elegíveis.

Honorários médicos

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

Honorários médicos

Referem-se aos honorários por consultas, incluindo honorários de médicos ou de terapeutas relacionados ao tratamento de pacientes ambulatoriais.

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.



Medicamentos especializados

Refere-se a medicamentos altamente especializados que são usados para tratar os seguintes quadros crônicos: esclerose múltipla, artrite reumatoide, hemofilia, HIV, psoríase, doença inflamatória intestinal (DII) e hepatite C. A eficácia dos medicamentos prescritos deve ser clinicamente comprovada no tratamento da condição médica e também devem ser reconhecidos pelo órgão farmacêutico regulamentador do país onde a prescrição é utilizada. Este benefício exclui qualquer forma de terapia

ou tratamento com medicamentos que, em nossa razoável opinião, seja considerada como experimental ou não comprovada com base na prática médica normalmente aceita.

Medicamentos odontológicos prescritos

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

Medicamentos prescritos

Referem-se a produtos que não podem ser comprados sem prescrição e são usados para o tratamento de uma condição médica ou diagnóstico confirmados, ou para compensar a falta de substâncias vitais do organismo. Exemplos são antibióticos, sedativos, etc. A eficácia dos medicamentos prescritos deve ser clinicamente comprovada no tratamento da condição médica. Eles devem ser reconhecidos pelas diretrizes médicas internacionalmente aceitas. Você pode solicitar o reembolso de um suprimento de até 3 meses a partir da data da prescrição, sujeito ao período restante na apólice.

Medicamentos prescritos sem receita

Referem-se a medicamentos de venda livre quando prescritos por um médico para:

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

Exemplos são aspirinas, vitaminas e agulhas hipodérmicas. A eficácia dos medicamentos prescritos deve ser clinicamente comprovada no tratamento da condição médica. Eles também devem ser reconhecidos pelo órgão farmacêutico regulamentador do país onde você usa a prescrição. Mesmo se, legalmente, for possível comprar um medicamento sem receita médica nesse país; você deve obter uma receita para que esses custos sejam cobertos.

Médico

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

N

Necessidade médica

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

- são essenciais para identificar ou tratar sua condição, doença ou lesão;
- são coerentes com os sintomas, diagnóstico e tratamento de sua condição;
- estão de acordo com a prática médica geralmente aceita e os padrões profissionais de atendimento na comunidade médica atual (isto não se aplica a métodos de tratamentos complementares, caso estes façam parte de sua cobertura);
- são requeridos por outros motivos além do seu conforto ou conveniência ou de seu médico;
- têm valor médico comprovado e demonstrado (isto não se aplica a métodos de tratamentos complementares, caso estes façam parte de sua cobertura);
- são considerados como serviços ou materiais médicos do tipo e nível mais apropriados;
- são fornecidos em um estabelecimento apropriado, com instrumental apropriado e com o nível de cuidados apropriado para o tratamento das suas condições médicas;
- são fornecidos somente por um período apropriado.

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

Nós/Nosso

Allianz Care.



Obesidade

É a condição diagnosticada quando a pessoa apresenta um Índice de Massa Corporal (IMC) maior que 30 (consulte a calculadora de IMC em: www.allianzcare.com/pt/recursos/recursos-para-segurados.html).

Óculos e lentes de contato prescritos, incluindo exame oftalmológico

Referem-se à cobertura de um exame oftalmológico de rotina realizado por um optometrista ou oftalmologista (limitado a um exame por ano de vigência do seguro), além de lentes e óculos para corrigir a visão.

Oncologia

Refere-se aos honorários de especialistas, exames para diagnósticos, radioterapia, quimioterapia e custos hospitalares incorridos em relação ao planejamento e à realização do tratamento do câncer, desde o diagnóstico. Também cobrimos os custos de uma prótese externa para fins estéticos, como por exemplo, uma peruca para perda de cabelo ou um sutiã protético devido ao tratamento do câncer.

Ortodontia

É o uso de aparelhos para corrigir a maloclusão (o desalinhamento dos dentes e da mordida). Você conta com cobertura apenas para o tratamento ortodôntico que atenda aos critérios medicamente necessários descritos abaixo. Como os critérios são bastante técnicos, entre em contato conosco antes de começar o tratamento para que possamos confirmar que o procedimento atende a essas especificações.

Critérios de necessidade médica:

- Aumento da superposição para acima de 6mm, mas menor ou igual a 9mm.
- Superposição reversa maior do que 3,5mm, sem nenhuma dificuldade de mastigação ou fala.
- Mordidas cruzadas anterior e posterior com uma discrepância maior que 2mm entre as posições de contato retroverso e a intercúspides.
- Deslocamentos graves de dentes: mais de 4.
- Mordidas abertas extremas laterais ou anteriores, maiores do que 4 mm.
- Sobremordida completa e aumentada com trauma gengival ou palatal.
- Hipodontia menos extensa, necessitando de ortodontia pré-restauradora ou ortodôntica para fechamento de espaço para evitar a necessidade de prótese.
- Mordida cruzada lingual posterior sem contato oclusal funcional em um ou ambos os segmentos bucais.
- Superposição reversa maior que 1mm, mas menor que 3,5mm, com dificuldade de mastigação e fala.
- Dentes parcialmente erupcionados, inclinados e impactos contra os adjacentes.
- Presença de número excedente de dentes.

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

- Um relatório médico emitido por um especialista em que conste o diagnóstico (tipo de maloclusão) e uma descrição dos seus sintomas causados pelo problema ortodôntico.
- Um plano de tratamento com estimativa de duração e custo do tratamento e tipo/material do aparelho usado.
- O pagamento acordado com o provedor médico.
- Comprovante de pagamento para tratamento ortodôntico.
- Fotografias de ambos os maxilares mostrando claramente a dentição antes do tratamento.
- Fotografias clínicas dos maxilares em oclusão central de visão frontal e lateral.
- Ortopantomografia (radiografia panorâmica).
- Radiografia cefalométrica (radiografia de perfil).
- Qualquer outro documento que possa ser solicitado para a avaliação do pedido de reembolso.

Apenas cobriremos o tratamento ortodôntico quando um aparelho padrão fixo (metálico) e/ou um aparelho padrão móvel forem utilizados. Aparelhos estéticos, como aparelho lingual e alinhadores invisíveis, têm cobertura até o valor de um aparelho padrão (metálico), sujeito ao limite do benefício "Tratamento ortodôntico".

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

O país onde você e seus dependentes (se aplicável) moram por mais de seis meses durante o 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 benefícios. A sua Tabela de Benefícios mostra quais benefícios estão sujeitos a períodos de carência. Períodos de carência não se aplicam a você, caso possua uma apólice sem subscrição médica.

Periodontia

Refere-se ao tratamento de doenças gengivais.

Podologia

Refere-se a tratamentos medicamente necessários realizados por um podólogo registrado pelo governo.

Procedimentos cirúrgicos orais e maxilofaciais

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

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

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

Profissionais médicos

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

Profissional de saúde mental

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

Prótese dentária

Inclui coroas, blocos, incrustações, reconstruções/restaurações internas e externas e adesivas, pontes, dentaduras e implantes, bem como todos os tratamentos auxiliares necessários.

Psiquiatria e psicoterapia

Referem-se ao tratamento de transtornos mentais, comportamentais e de personalidade, incluindo transtorno do espectro do autismo e distúrbios alimentares. O tratamento deve ser realizado por um psiquiatra, psicólogo clínico ou psicoterapeuta licenciado. A condição médica deve ser clinicamente significativa e o tratamento deve ser medicamente necessário.

Todas as internações em centros de cuidados diários ou hospitais devem incluir medicamentos prescritos relacionados à condição médica.

Quando coberto, o tratamento ambulatorial de psicoterapia deve ser encaminhado por um médico e é inicialmente limitado a 10 sessões por quadro. A cada 10 sessões, o tratamento deverá ser reavaliado por um psiquiatra. Caso sejam necessárias mais sessões, você deverá nos enviar um relatório sobre a evolução do quadro indicando o diagnóstico e a necessidade médica da continuidade do tratamento.

Aconselhamento terapêutico está disponível por meio do Programa de Assistência ao Empregado (PAE) e refere-se a intervenções de curto prazo focadas em soluções. Normalmente, esse tratamento lida com problemas atuais que são facilmente resolvidos no nível consciente. Isso não se destina a situações de longo prazo ou ao tratamento de distúrbios clínicos. O PAE pode ajudar você e sua família a lidar com situações desafiadoras que podem surgir na vida, como estresse, ansiedade, luto, desafios no local de trabalho, problemas de relacionamento, transição intercultural, isolamento e solidão. Para mais informações veja a seção “Programa de Assistência a Empregados (PAE)” deste guia.



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.



Reabilitação

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

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

Repatriação de restos mortais

É o transporte dos restos mortais do segurado falecido para seu país de origem. Se o segurado falecer em seu país de origem, cobriremos os custos de transporte até o local do enterro ou cremação naquele país, ou para outro país de origem, caso haja mais de um. Nós cobrimos custos como: embalsamamento, um invólucro legalmente apropriado para o transporte, custos de envio e autorizações governamentais pertinentes. Custos de cremação serão cobertos apenas quando a cremação for legalmente necessária. Não cobrimos os custos incorridos por alguém acompanhando os restos mortais, a menos que isso esteja listado em um benefício específico em sua Tabela de Benefícios.

Rotinas de maternidade

Referem-se aos custos medicamente necessários incorridos durante a gravidez e o parto. Isto inclui despesas hospitalares, honorários de especialista, atendimento pré-natal e pós-natal da mãe, honorários de parteira (apenas durante o parto) e cuidados com o recém-nascido (veja a definição de “Cuidados neonatais” para ver os procedimentos cobertos sob esse benefício e verificar os limites de tratamento hospitalar que se aplicam a filhos adotados ou tutelados, a todos os bebês nascidos de gravidez de substituição e de gravidez múltipla resultante de reprodução assistida).

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

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

S

Segunda opinião médica

Refere-se a uma nova avaliação realizada por outro profissional médico para confirmar um diagnóstico e plano de tratamento de um médico primário, ou para fornecer um diagnóstico e/ou plano de tratamento alternativo.

Segurado

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

Serviços de consulta por vídeo

Fornecem acesso direto a um médico via uma plataforma de telecomunicação. Este benefício cobre os custos de consultas por vídeo, conforme indicado em sua Tabela de Benefícios, e oferece aconselhamento médico, diagnóstico e emissão de receita, se necessário, para atendimento médico não urgente. O acesso aos serviços de teleconsulta e prescrições dependerá da sua localização geográfica e dos regulamentos locais do país. Você pode marcar uma consulta para falar com um médico em inglês, sujeito à disponibilidade. Alguns provedores terceirizados podem oferecer idiomas adicionais. Os custos dos medicamentos não estão incluídos, mas a entrega de medicamentos ou encaminhamentos podem ou não estar incluídos neste benefício, mesmo quando prescritos ou recomendados durante a consulta por vídeo.

Serviços para disforia de gênero

Qualquer um dos seguintes tratamentos medicamente necessários:

- Serviços de saúde comportamental, como aconselhamento para disforia de gênero e condições psiquiátricas relacionadas (por exemplo, ansiedade, depressão). O tratamento deve ser prescrito por um psiquiatra ou psicólogo clínico com PhD.
- Terapia hormonal.
- Exames preventivos de saúde específicos à idade e ao gênero, como exames de câncer cervical, de mama e de próstata, conforme apropriado para a anatomia biológica do indivíduo.
- Intervenção cirúrgica para mudança de sexo, se você for diagnosticado com disforia de gênero e os seguintes critérios forem atendidos:
 - Você tem pelo menos 18 anos de idade.
 - Você tem uma carta de recomendação de um profissional de saúde mental para cirurgia de mama/tórax ou duas cartas de recomendação de dois profissionais de saúde mental diferentes para cirurgia genital, incluindo um relatório detalhado.

Também aceitaremos uma carta de um profissional qualificado com mestrado (refere-se a qualquer pessoa que trabalhe na área de saúde mental – psiquiatra, enfermeiro de saúde mental ou psicólogo que tenha feito um mestrado relevante nesta área médica) se a segunda carta for de um psiquiatra ou psicólogo clínico com PhD.

A recomendação deve ser baseada em avaliações realizadas nos últimos 24 meses e deve indicar que sua decisão é atual e não devida a qualquer outra condição ou distúrbio tratável. Cada recomendação deve indicar que a cirurgia é clinicamente necessária de acordo com as diretrizes clínicas baseadas em evidências.

Subscrição médica completa

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.

T

Terapeuta

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

Terapia de reposição hormonal

Refere-se ao uso de hormônios femininos para o alívio dos sintomas resultantes do declínio da função ovariana, seja por menopausa natural ou em caso de remoção cirúrgica dos ovários. A cobertura inclui honorários médicos, honorários de especialistas e custos de medicamentos prescritos.

Terapia oculomotora

É um tipo especial de terapia ocupacional que visa a sincronizar o movimento dos olhos quando há falta de coordenação entre os músculos dos olhos.

Terapia ocupacional

É o tratamento que lhe ajuda a desenvolver habilidades necessárias em seu dia a dia e em suas interações com o mundo físico e social. Isto se refere a:

- Habilidades motoras finas e elementares (como você executa tarefas pequenas/precisas e movimenta o corpo inteiro).

- Integração sensorial (como o cérebro organiza respostas aos seus sentidos).
- Coordenação, equilíbrio e outras habilidades como vestir-se, alimentar-se, realizar higiene, etc.

Um relatório médico é necessário após cada 20 consultas.

Titular da apólice

É a primeira pessoa listada no Certificado do Seguro.

Transplante de órgãos

É o procedimento cirúrgico para transplantar órgãos e/ou tecidos que tenha sido aprovado pelo “Food and Drug Administration” (FDA), e estará sujeito a todos os termos, estipulações e exclusões da apólice. Este benefício proporciona a cobertura a medicamentos prescritos necessários para o tratamento pré e pós-transplante e o procedimento cirúrgico, até o limite máximo do benefício como indicado na sua Tabela de Benefícios. Os custos associados a aquisição, transporte e coleta dos órgãos, células ou tecidos também estarão cobertos. Porém estes custos podem ter um limite de cobertura diferenciado. Isto também se aplica para quaisquer complicações ou consequências relacionadas. Pagamos apenas pelos transplantes de órgãos necessários como resultado de uma condição coberta pelo plano.

Tratamento

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

Tratamento ambulatorial

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

Tratamento ambulatorial odontológico de emergência

É o tratamento recebido em consultório de cirurgia dentista ou sala de emergência hospitalar para o alívio imediato da dor causada por um acidente ou lesão em um dente natural sadio. O tratamento pode incluir a pulpotomia ou a pulpectomia e obturações temporárias subsequentes, limitadas a três obturações por ano de vigência do seguro. O tratamento deve ser recebido dentro de 24 horas do evento da emergência. Este benefício não inclui nenhuma forma de prótese dentária, restaurações permanentes ou a continuidade de tratamentos de canais. Entretanto, se a sua apólice incluir um Plano Odontológico, você contará com a cobertura para tratamento odontológico além do limite do benefício de tratamento ambulatorial odontológico de emergência. Neste caso, os termos do Plano Odontológico serão aplicados.

Tratamento complementar

Refere-se ao tratamento terapêutico e diagnóstico existente fora da medicina ocidental tradicional. Consulte sua Tabela de Benefícios para confirmar se os seguintes métodos de tratamento complementar estão cobertos em seu plano: tratamento quiroprático, osteopatia, medicina chinesa de ervas, homeopatia, acupuntura e podologia praticados por terapeutas habilitados.

Tratamento de distúrbios alimentares

Refere-se à combinação de psicoterapias, incluindo terapia cognitivo-comportamental, monitoramento médico, medicação prescrita e aconselhamento nutricional para tratar anorexia nervosa, bulimia nervosa e transtorno de compulsão alimentar periódica.

Todas as interações em centros de cuidados diários ou hospitais devem incluir medicamentos prescritos relacionados à condição médica.

Quando coberta, a terapia ambulatorial deve ser encaminhada por um médico e é inicialmente limitada a 10 sessões por quadro. A cada 10 sessões, o tratamento deverá ser reavaliado por um psiquiatra. Caso sejam necessárias mais sessões, você deverá nos enviar um relatório sobre a evolução do quadro indicando o diagnóstico e a necessidade médica da continuidade do tratamento.

O tratamento é coberto como parte do benefício “Psiquiatria e psicoterapia” do seu Plano Ambulatorial, se você tiver um. Consulte sua Tabela de Benefícios para quaisquer limites aplicáveis.

Tratamento de emergência fora da área de cobertura

É o tratamento para emergências médicas ocorridas durante viagens de negócios ou lazer fora da sua área de cobertura (ou fora do país de residência para segurados com cobertura Mundial). A cobertura é fornecida pelo período máximo de seis semanas por viagem dentro do limite máximo do benefício. Inclui o tratamento necessário devido a um acidente ou ao surgimento ou agravamento repentino de uma doença grave que representa uma ameaça imediata à sua saúde. O tratamento médico deve ser recebido dentro de 24 horas do evento da emergência. A cobertura não se aplica a quaisquer tratamentos curativos ou de acompanhamento que não sejam considerados emergenciais, mesmo que você não tenha condições de viajar para um país dentro de sua área de cobertura. Também não se aplica a cobranças relacionadas à maternidade, gravidez, parto ou qualquer complicação da gravidez ou do parto. Caso você tenha de se deslocar para fora de sua área de cobertura por mais de seis semanas, é recomendável entrar em contato com o administrador da conta da sua empresa.

Tratamento de longo prazo

Tratamento por um período prolongado após o término do tratamento para uma condição médica aguda. Geralmente, o tratamento de longo prazo é necessário para um quadro crônico ou invalidez que requer atendimento intermitente ou contínuo, ou quando as opções de tratamento são limitadas ao nível de assistência médica existente. O tratamento de longo prazo pode ser fornecido em domicílio, na comunidade, em um hospital, em uma clínica para tratamento de longo prazo ou em uma clínica de convalescença.

Tratamento do espectro do autismo

Refere-se a uma variedade de terapias destinadas a melhorar as habilidades de uma pessoa segurada com autismo. Isso inclui tratamento médico especializado e programas comportamentais credenciados. O tratamento é coberto como parte do benefício "Psiquiatria e psicoterapia" do seu Plano Ambulatorial, se você tiver um. Consulte sua Tabela de Benefícios para quaisquer limites aplicáveis. Não cobrimos internações, estadias ou tratamento de cuidados diários em instalações educacionais especializadas.

Tratamento hospitalar

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

Tratamento hospitalar odontológico de emergência

Refere-se ao tratamento odontológico de emergência grave para o alívio de dor devido a um acidente sério e que precisa de internação no hospital. O tratamento deve ser recebido dentro de 24 horas do evento da emergência. A cobertura não se estende a tratamento odontológico de acompanhamento, cirurgia dentária, próteses dentárias, ortodontia ou periodontia. Caso você tenha cobertura para esses benefícios, esta estará indicada na sua Tabela de Benefícios separadamente.

Tratamento hospitalar sem internação

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

Tratamento odontológico

Inclui uma avaliação anual, obturações simples relacionadas a cáries ou desgaste, tratamento de canal e medicamentos odontológicos prescritos.

Tratamento ortomolecular

Refere-se a um tratamento alternativo que visa restaurar o equilíbrio bioquímico individual através de suplementos. A medicina ortomolecular utiliza substâncias naturais como vitaminas, minerais, enzimas e hormônios.

Tratamento para a correção da visão a laser

Refere-se à cirurgia que tem como objetivo melhorar a qualidade da refração da córnea usando tecnologia a laser, incluindo investigações necessárias antes da cirurgia.

Tratamento para HIV ou Aids

É um benefício que cobre consultas, investigações e tratamento hospitalar e ambulatorial relacionado ao diagnóstico do Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) ou Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS). Se estiver incluído no seu plano como um benefício específico, a cobertura estará limitada ao valor indicado na sua Tabela de Benefícios.

Tratamento pós-hospitalização

Refere-se ao tratamento ambulatorial necessário dentro de 90 dias após a alta de um tratamento hospitalar ou em centro de cuidados diários para a mesma condição médica aguda. Esse benefício cobre honorários de médicos, honorários de especialistas, cirurgia ambulatorial, medicamentos e curativos prescritos, exames TAC, TEP e Ressonância Magnética, exames de raio-X, exames de patologia e outros exames e procedimentos diagnósticos.

Tratamento preventivo

Refere-se ao tratamento que você recebe sem a presença de sintomas clínicos no momento do tratamento, como a remoção de um nódulo pré-cancerígeno. O benefício é coberto quando o Tratamento preventivo estiver listado em sua Tabela de Benefícios.



Visitas domiciliares

São consultas realizadas pelo médico, clínico ou terapeuta na residência do segurador. As visitas domiciliares serão reembolsadas ao mesmo preço que uma consulta em um consultório do médico, clínico ou terapeuta. Os valores que ultrapassarem o valor de uma consulta padrão no consultório médico apenas serão reembolsados se a visita domiciliar for medicamente necessária, como após o surgimento súbito de uma doença grave que impossibilite o segurador de ir até o consultório do seu médico, clínico ou terapeuta.

Você/Seu

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

Exclusões

Apesar de oferecermos cobertura para a maioria dos tratamentos medicamente necessários, não cobrimos as seguintes despesas, a menos que a cobertura seja confirmada na Tabela de Benefícios ou em qualquer endosso contratual.

AQUISIÇÃO DE UM ÓRGÃO OU DE ÓRGÃOS TÉCNICOS OU DE ANIMAIS

Transplantes que impliquem órgãos técnicos ou de animais e despesas relacionadas à aquisição, o depósito ou armazenagem de células-tronco.

ATRASO NO DESENVOLVIMENTO

Atraso no desenvolvimento cognitivo ou físico, a menos que a criança não tenha atingido os marcos de desenvolvimento esperados para uma criança da mesma idade. Não cobrimos situações em que uma criança esteja ligeiramente ou temporariamente atrasada em seu desenvolvimento. O atraso no desenvolvimento deve ser medido quantitativamente por profissionais médicos qualificados e deve ser documentado como um atraso de pelo menos 12 meses.

AULAS PRÉ E PÓS-NATAL

Aulas pré e pós-natal.

BALÃO GÁSTRICO

Cirurgia/tratamento com balão intragástrico, bloqueio do nervo vago/Maestro Rechargeable System (implante com bateria recarregável) ou quaisquer complicações da cirurgia bariátrica onde a cirurgia original não foi coberta por nós.

COMPLICAÇÕES CAUSADAS POR CONDIÇÕES NÃO COBERTAS PELO SEU PLANO

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

CONSULTAS REALIZADAS POR VOCÊ OU POR UM MEMBRO DE SUA FAMÍLIA

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

CONTAMINAÇÃO QUÍMICA E RADIOATIVIDADE

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

CUIDADOS GERAIS DE ENFERMAGEM

A hospitalização requerida para cuidados gerais de enfermagem ou para quaisquer outros propósitos que não o de receber tratamento com cobertura no plano do segurado.

CUSTOS DE TRANSPORTE

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

DEPENDÊNCIA DE DROGAS OU ALCOOLISMO

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

DOENÇAS CAUSADAS INTENCIONALMENTE OU LESÕES AUTOINFLIGIDAS

Atendimento e/ou tratamento de doenças causadas intencionalmente ou lesões autoinfligidas, inclusive tentativas de suicídio.

DOENÇAS PREEXISTENTES

Para grupos subscritos, doenças preexistentes (incluindo quadros crônicos preexistentes) quando:

- indicado no Formulário de Condições Especiais que emitimos antes do início de sua apólice;
- não foram declaradas no formulário de solicitação;
- surgem entre o preenchimento do formulário de solicitação relevante e o mais tardar do seguinte:
 - a data de emissão do Certificado de Seguro, ou;
 - a data de início de sua apólice.

Tais condições também estarão sujeitas à subscrição médica e, se não nos forem declaradas, não serão cobertas.

EMBARCAÇÃO NO MAR

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

EQUIPAMENTOS MÉDICOS PRESCRITOS

Despesas relacionadas ao fornecimento e à instalação de equipamentos médicos prescritos, a menos que este benefício esteja indicado na sua Tabela de Benefícios.

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

ERRO MÉDICO

Tratamento necessário como resultado de erro médico.

EXAME DE MARCADOR TUMORAL

Exame de marcador tumoral, a menos que você tenha sido previamente diagnosticado com o tipo específico de câncer em questão. Nesse caso, a cobertura será fornecida sob o benefício "Oncologia".

EXAME OFTALMOLÓGICO

Exames oftalmológicos realizados por um optometrista ou oftalmologista, a menos que esteja indicado o contrário na sua Tabela de Benefícios.

FACETAS ODONTOLÓGICAS

Facetas odontológicas e procedimentos relacionados.

FALHA EM PROCURAR OU SEGUIR A ORIENTAÇÃO MÉDICA

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

FONOAUDIOLOGIA

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

HONORÁRIOS PARA O PREENCHIMENTO DO FORMULÁRIO DE PEDIDO DE REEMBOLSO

Honorários pagos para o preenchimento do Formulário de Pedido de Reembolso, ou outros encargos administrativos.

INTERRUPÇÃO DA GRAVIDEZ

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

LESÕES DECORRENTES DO ENVOLVIMENTO EM ESPORTES PROFISSIONAIS

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

MATERNIDADE POR SUBSTITUIÇÃO

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

MUDANÇA DE SEXO

Cirurgias relacionadas à mudança de sexo e tratamentos relacionados como:

- Blefaroplastia
- Implantes de bochecha/malar
- Implantes de queixo/nariz
- Injeções de colágeno
- Lifting facial/da testa
- Redução óssea facial (osteoplastia)
- Remoção de cabelo/transplante de cabelo
- Redução da mandíbula
- Laringoplastia
- Rinoplastia
- Rejuvenescimento cutâneo (por exemplo, dermoabrasão, peelings químicos)
- Condroplastia da tireoide
- Lifting do pescoço

- Aumento de lábios
- Botox e injeções de preenchimento

PARTICIPAÇÃO EM GUERRA OU ATOS CRIMINOSOS

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

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

PRODUTOS COMPRADOS SEM RECEITA MÉDICA

Produtos que podem ser comprados sem receita médica, a não ser que esses custos sejam cobertos por um benefício específico presente na Tabela de Benefícios.

QUEDA DE CABELO E QUALQUER SUBSTITUTO PARA O CABELO

Pesquisa e tratamento de perda de cabelo e qualquer substituto do cabelo, a menos que tal perda seja devida a tratamento de câncer.

TERAPIA FAMILIAR

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

TESTES GENÉTICOS

Testes genéticos, exceto:

- a) caso exames genéticos específicos estejam incluídos em seu plano;
- b) quando testes de DNA estão diretamente vinculados a uma amniocentese qualificável, como no caso de mulheres com 35 anos ou mais;
- c) quando pesquisas de receptores genéticos tumorais estiverem cobertas.

TESTES TRIPLO OU DE BART, QUÁDRUPLO OU ESPINHA BÍFIDA

Testes Triplo ou de Bart, Quádruplo ou Espinha Bífida, exceto para mulheres com idade igual ou superior a 35 anos.

TRATAMENTO AMBULATORIAL

Se um Plano Ambulatorial não faz parte da sua cobertura, o tratamento recebido em regime ambulatorial não estará coberto (isso significa atendimento em um consultório de um médico, terapeuta, especialista ou na emergência que não necessite admissão do paciente no hospital), exceto o tratamento ambulatorial que faz parte do Plano Principal, como os exames Ressonância Magnética, Tomografia Computadorizada e PET-CT.

TRATAMENTO COMPLEMENTAR

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

TRATAMENTO CONTRA A INFERTILIDADE

Tratamento contra a infertilidade, incluindo reprodução medicamente assistida ou quaisquer consequências adversas desta, a menos que você tenha um benefício específico para tratamento contra a infertilidade ou um Plano Ambulatorial. Se você possuir um Plano Ambulatorial, apenas cobriremos pesquisas não invasivas sobre a causa da infertilidade (dentro dos limites de seu Plano Ambulatorial).

TRATAMENTO CONTRA A OBESIDADE

Pesquisa e tratamento da obesidade, exceto quando o benefício de Cirurgia Bariátrica fizer parte de seu plano.

TRATAMENTO DE TRANSTORNOS DO SONO

Tratamento de transtornos do sono, inclusive insônia, apneia obstrutiva do sono, narcolepsia, ronco e bruxismo.

TRATAMENTO ESTÉTICO

Qualquer tratamento estético ou cosmético para melhorar sua aparência, mesmo quando prescrito por médicos. Isso inclui qualquer tratamento realizado por um cirurgião plástico, ainda que seja por razões médicas/psicológicas. As seguintes exceções se aplicam:

- Cirurgias reparadoras para restaurar a função física ou a aparência após um acidente que tenha desfigurado o paciente ou como resultado de uma cirurgia relacionada ao tratamento do câncer, quando o acidente ou cirurgia inicial houver sido coberta por esta apólice.

- Cirurgia de mudança de sexo se você atender aos critérios para a cobertura de serviços de disforia de gênero.

TRATAMENTO FORA DA ÁREA GEOGRÁFICA DE COBERTURA

Tratamento fora da área geográfica de cobertura, a não ser em casos de emergência ou autorizados por nós.

TRATAMENTO ORTOMOLECULAR

Consulte a definição de “Tratamento ortomolecular”.

TRATAMENTO OU MEDICAMENTOS EXPERIMENTAIS OU NÃO COMPROVADOS

Qualquer forma de terapia ou tratamento com medicamentos que sejam considerados experimentais ou não comprovados com base em evidências ou que não sejam aprovados pela “Food and Drug Administration” nos Estados Unidos para o quadro médico em questão.

TRATAMENTO PARA A CORREÇÃO DA VISÃO A LASER

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

TRATAMENTOS NOS EUA NAS SEGUINTE SITUAÇÕES

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.

VITAMINAS OU MINERAIS

Produtos classificados como:

- Vitaminas e minerais (exceto durante a gravidez ou para o tratamento de síndromes diagnosticadas de deficiência de vitaminas).
- Suplementos como comida especial para bebê e produtos cosméticos.

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

BENEFÍCIOS QUE NÃO ESTÃO EM SUA TABELA DE BENEFÍCIOS


Os seguintes benefícios ou quaisquer consequências ou complicações relacionadas a eles, a não ser que estejam indicados em sua Tabela de Benefícios.

- Exames para a detecção de câncer
- Tratamento quiroprático, osteopatia, homeopatia, medicina herbal chinesa, acupuntura e podologia
- Complicações na gravidez e complicações no parto
- Tratamento odontológico, cirurgia dentária, periodontia, tratamento ortodôntico e próteses dentárias, com exceção dos procedimentos cirúrgicos orais e maxilofaciais, que têm cobertura dentro do limite total máximo de seu Plano Principal
- Exames diagnósticos
- Honorários de nutricionista
- Honorários médicos
- Tratamento odontológico de emergência
- Exames de rotina e bem-estar, incluindo exames para a detecção de doenças em sua fase inicial
- Cuidados de enfermagem domiciliar ou em clínica de convalescença
- Consultas com nutricionistas
- Psiquiatria e psicoterapia ambulatorial
- Tratamento ambulatorial
- Cuidados paliativos
- Óculos e lentes de contato prescritos, incluindo exame oftalmológico
- Equipamentos médicos prescritos
- Fisioterapia prescrita
- Fonoaudiologia e terapia ocupacional prescritas
- Medicamentos prescritos
- Tratamento preventivo
- Tratamento de reabilitação
- Rotinas de maternidade
- Despesas de viagem de segurados acompanhando um membro de sua família em sua evacuação
- Despesas de viagem para acompanhantes em casos de repatriação dos restos mortais de segurados

Fale conosco, adoramos ajudar!

Para obter mais informações, entre em contato conosco:

Central de Atendimento 24 horas para dúvidas e emergências

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

Ligações gratuitas: 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 por ele) ou o administrador da conta corporativa podem fazer alterações na apólice. Perguntas de segurança deverão ser respondidas para confirmar a sua identidade.

 client.services@e.allianz.com

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

 www.allianzcare.com

 www.facebook.com/AllianzCare/
 www.linkedin.com/company/allianz-care
 www.youtube.com/c/allianzcare
 www.instagram.com/allianzcare/
 x.com/AllianzCare

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.