

Formulário de Solicitação

Você pode enviar sua solicitação de cobertura para um de nossos Planos de Saúde Internacionais pela internet. Basta acessar nosso site: www.allianzcare.com.

Antes de começar, tenha em mente que:

- Você deve preencher o Formulário de Solicitação por completo e inserir todas as informações relevantes.
- Se você optar por preencher a versão impressa deste formulário, **PREENCHA-O EM LETRAS MAIÚSCULAS**.
- Se você já possui um de nossos planos de saúde e está solicitando cobertura para um novo plano ou um plano mais amplo que o seu, informe-nos sobre quaisquer condições médicas para as quais você tenha solicitado o reembolso desde o início de sua cobertura conosco.
- O titular da apólice deve assinar a Seção 7.
- Todos os adultos candidatos à cobertura devem assinar as Seções 8 e 11. De acordo com o Regulamento Geral de Proteção de Dados (GDPR) da União Europeia, não poderemos processar sua solicitação sem tais assinaturas. Um dos pais ou um guardião legal deve preencher estas seções para qualquer candidato à cobertura menor de 18 anos.
- A Seção 9 precisa ser assinada por todos os candidatos adultos que desejam indicar um corretor como o principal ponto de contato para esta apólice.

Para deixar tudo bem claro...

Como você vai ver, usamos certos termos com frequência neste formulário. Veja o que eles significam:

País de origem: O país do qual você (ou seus dependentes, se aplicável) possui passaporte válido ou que é o seu país principal de residência.

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

Por favor, selecione os termos da sua apólice:

Termos da Moratória*

Termos da Avaliação Médica Total**

* Termos da Moratória

Referem-se a um período de carência de 24 meses que começa na sua data de início (ou na data especificada na seção de termos especiais no seu Certificado de Seguro), e que deve ser concluído para que pedidos de reembolso para quaisquer condições médicas preexistentes se tornem elegíveis sob o plano. O termo Moratória inclui o termo de subscrição médica EMPC/TTC, conhecido anteriormente como MORA. Depois de completar um período contínuo de 24 meses após a data de início, a condição médica preexistente dos membros segurados pode ser coberta, desde que eles não tenham apresentado sintomas, não tenham necessitado ou recebido tratamento, medicação, dieta ou aconselhamento especial ou tenham quaisquer outras indicações da condição.

** Termos da Avaliação Médica Total

Referem-se à avaliação do risco de seguro baseado nas informações fornecidas ao solicitar cobertura. Nossa Equipe de Subscrição Médica usa essa informação para decidir os termos de nossa oferta.

Se você estiver solicitando uma apólice com moratória, os itens abaixo não se aplicam ao seu caso. Por favor, pule a página a seguir.

Você está preenchendo este formulário para ser adicionado a uma apólice corporativa já existente? Por favor, indique:

O nome do grupo

O número do grupo

Se você já estiver incluído na apólice da sua empresa e gostaria de adicionar um novo dependente, indique o número da apólice:

Allianz Medical Expert (AME) - nossa ferramenta de subscrição automática:

Podemos usar uma ferramenta automatizada de subscrição médica para determinar se podemos fornecer cobertura para você e, em caso afirmativo, em que termos. Esta ferramenta é usada para processar informações pessoais e médicas que você nos fornece, a fim de calcular o custo de sua cobertura de saúde internacional. Sem essas informações, não podemos calcular o prêmio do seu seguro que seja relevante para as suas necessidades.

Avaliamos regularmente a forma como nossa ferramenta de subscrição automatizada funciona para garantir que continuemos a oferecer uma avaliação justa. Esta avaliação é baseada nos planos que você seleciona e nas informações pessoais e médicas que você nos fornece neste formulário.

Permissão para automatizar a decisão de subscrição

Ao marcar este campo, você aceita e concorda que a Allianz Care pode usar uma ferramenta automatizada de avaliação médica para avaliar seus dados pessoais e de saúde a fim de tomar a decisão de subscrição sobre os riscos a serem segurados. Isso é realizado de acordo com as diretrizes do RGPD sobre o processamento de dados usando uma ferramenta de subscrição automatizada.

Assim que a decisão de subscrição automatizada for tomada, você tem o direito de solicitar que reconsideremos nossa decisão, o que envolverá uma revisão por nossa equipe de subscrição médica. Se você deseja solicitar este direito, entre em contato conosco em: underwriting@e.allianz.com.

O que acontece depois?

1. Assim que você nos enviar sua solicitação, nossa Equipe de Avaliação Médica irá revisar os dados fornecidos.
2. Caso nos informe sobre quaisquer condições médicas, podemos solicitar informações adicionais. Em seguida, avaliaremos as informações e entraremos em contato com você com a nossa decisão o mais rápido possível.
3. Se qualquer pessoa que estiver solicitando cobertura estiver passando por tratamento odontológico, certifique-se de preencher um questionário odontológico. Baixe o formulário no nosso site: www.allianzcare.com/pt/personal-international-health-insurance/paper-applications.html.

1 Dados pessoais do candidato à cobertura (A pessoa será o titular da apólice)

Também usaremos seus dados de contato para informar a você aspectos importantes da sua apólice. Para garantir o recebimento de sua correspondência, qualquer alteração em seus dados de contato deverá ser comunicada.

Consideraremos as solicitações de cobertura realizadas até o dia anterior ao 76º aniversário do candidato à cobertura com avaliação médica total, ou até o dia anterior ao 65º aniversário do candidato à cobertura com moratória.

Sr. Sra. Srta. Outros

Nome

Sobrenome

Data de nascimento / / Sexo no nascimento: Masculino Feminino

País de origem

Nacionalidade

País principal de residência

Número de identificação fiscal (obrigatório para residentes na Espanha, na Itália e em Portugal)

Endereço completo no país principal de residência (obrigatório)

Telefone principal CÓDIGO DO PAÍS CÓDIGO DE ÁREA

Telefone alternativo CÓDIGO DO PAÍS CÓDIGO DE ÁREA

E-mail (obrigatório; use letra de fôrma)

Profissão (obrigatório; indique se for estudante)

Detalhes do plano de saúde atual - nacional ou internacional.

Nome da Seguradora

Número da apólice

Data de início da cobertura / /

Indique o idioma no qual você deseja receber os seus documentos da apólice

Português Inglês Alemão Francês Espanhol Italiano

2 Dados do(s) seu(s) dependente(s)

Você pode adicionar dependentes à sua apólice. Os dependentes podem ser o seu cônjuge/parceiro e todos os filhos financeiramente dependentes de você até o dia anterior ao 18º aniversário; ou até o dia anterior ao 26º aniversário, caso sejam estudantes em tempo integral. Para incluir um filho com idade entre 18 e 25 anos que seja estudante em tempo integral, é necessário anexar uma carta da faculdade/universidade que confirme a sua condição de estudante ou uma cópia de sua carteirinha de estudante. Consideraremos os dependentes adultos até o dia anterior ao 76º aniversário deles para cobertura com avaliação médica total, ou até o dia anterior ao 65º aniversário deles para cobertura com moratória.

Se não houver espaço suficiente para todos os dependentes, utilize outro Formulário de Solicitação e certifique-se de que todos os Consentimentos e Declarações relevantes sejam assinados e datados.

	Dependente 1	Dependente 2	Dependente 3
Nível de parentesco com o candidato à cobertura	Cônjuge/Parceiro(a) <input type="checkbox"/> Filho(a) <input type="checkbox"/>	Cônjuge/Parceiro(a) <input type="checkbox"/> Filho(a) <input type="checkbox"/>	Cônjuge/Parceiro(a) <input type="checkbox"/> Filho(a) <input type="checkbox"/>
Nome			
Sobrenome			
Data de nascimento	<input type="text" value="DD"/> / <input type="text" value="MM"/> / <input type="text" value="AAAA"/>	<input type="text" value="DD"/> / <input type="text" value="MM"/> / <input type="text" value="AAAA"/>	<input type="text" value="DD"/> / <input type="text" value="MM"/> / <input type="text" value="AAAA"/>
Sexo no nascimento	Masculino <input type="checkbox"/> Feminino <input type="checkbox"/>	Masculino <input type="checkbox"/> Feminino <input type="checkbox"/>	Masculino <input type="checkbox"/> Feminino <input type="checkbox"/>
Profissão (obrigatório; indique se for estudante)			
E-mail (obrigatório para dependentes maiores de 18 anos)			
País de origem			
País principal de residência			
Nacionalidade			

Detalhes de seu plano de saúde atual - nacional ou internacional

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

3 Data de início da sua cobertura

A partir de qual data você precisa de cobertura? / /

Confirmaremos que sua solicitação de cobertura foi aceita ao emitirmos seu Certificado de Seguro. Sua cobertura é válida a partir da data de início indicada no certificado.

4 Detalhes da cobertura (Esta seção não precisa ser preenchida se você estiver solicitando adesão a um grupo)

Escolha a área de cobertura de sua preferência:

A área de cobertura é sujeita aos termos e condições completos como indicado no Guia de Benefícios.

Mundial

Mundial, exceto EUA

África

Logo selecione o Plano Principal e quaisquer planos opcionais que você precisa em sua apólice. Planos opcionais só podem ser adquiridos com um Plano Principal, eles não podem ser comprados separadamente. Você pode encontrar todos os detalhes dos planos listados abaixo na Tabela de Benefícios e no Guia de Benefícios.

Selecione seu Plano Principal

	Care Pro	Care Plus	Care
Titular	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Se você selecionar o plano Care, este Plano Principal e quaisquer planos opcionais que você selecionar serão aplicados a todas as pessoas incluídas em sua apólice.
Se você selecionar o Care Pro ou Care Plus, você poderá selecionar o mesmo Plano Principal para todos os seus dependentes (se houver algum) ou poderá escolher entre o Care Pro ou Care Plus para cada um de seus dependentes.			
Dependente 1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Dependente 2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Dependente 3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Selecione uma franquia para o Plano Ambulatorial

Vale ressaltar que é possível selecionar apenas uma franquia do Plano Ambulatorial OU uma franquia do Plano Principal. Quando uma franquia for selecionada é paga por pessoa e por ano de vigência do seguro. Nossos prêmios são expressos em números inteiros (ou seja, sem centavos, pences, etc.), portanto, note que as porcentagens podem estar um pouco acima ou abaixo do estipulado a seguir.

Copagamentos opcionais do Plano Ambulatorial		Desconto
Sem copagamento	<input type="checkbox"/>	Desconto de 0% no valor do prêmio
Copagamento de 10%, máx. de £ 1.255/ € 1.480/ US\$ 2.000/ CHF 1.925	<input type="checkbox"/>	Desconto de 12% no valor do prêmio
Copagamento de 20%, máx. de £ 2.461/ € 2,962/ US\$ 4.000/ CHF 3.861	<input type="checkbox"/>	Desconto de 24% no valor do prêmio
Copagamento de 30%, máx. de £ 3.076/ € 3.705/ US\$ 5.000/ CHF 4.815	<input type="checkbox"/>	Desconto de 35% no valor do prêmio

5 Doenças preexistentes

Se você estiver solicitando uma apólice com subscrição médica completa:

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 determinar de que você ou seus dependentes pudessem estar cientes. Sua apólice cobrirá doenças preexistentes, a não ser 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 avaliação médica completa e, se não nos forem declaradas, não serão cobertas. **Portanto, é importante que você nos informe sobre quaisquer alterações na sua saúde e na de seus dependentes ou de quaisquer fatos materiais (quaisquer fatos que venham a influenciar a nossa avaliação e a aprovação desta solicitação durante os períodos descritos acima).** Além disso, podemos solicitar que você forneça mais informações, caso necessário.

Se você já possui um de nossos planos de saúde e está solicitando cobertura para um plano mais amplo ou para uma apólice nova, informe-nos sobre quaisquer condições médicas para as quais você tenha solicitado o reembolso desde o início de sua cobertura conosco.

Se você estiver solicitando uma apólice com moratória:

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

Moratória (MORI) é um período de carência de 24 meses que começa na sua data de início ou na data especificada na seção de termos especiais no seu Certificado de Seguro, e que deve chegar ao fim antes que pedidos de reembolso para quaisquer condições médicas preexistentes se tornem elegíveis sob o plano.

Seu pedido de reembolso não será pago se for relacionado a uma doença preexistente caso uma ou mais das condições a seguir se apliquem durante o período de 24 meses antes da data de início (ou da data especificada no seu Certificado de Seguro):

- Era razoavelmente previsível que a condição médica ocorreria após a data de início.
- A condição médica podia ser constatada claramente.
- Você apresentou sinais ou sintomas da condição médica.
- Você pediu aconselhamento sobre a condição médica.
- Você recebeu tratamento para a condição médica.
- Você tinha conhecimento de que sofria da condição médica.

Depois de completar um período contínuo de 24 meses após a data de início da sua apólice, sua condição médica preexistente pode ser coberta, desde que você não tenha apresentado sintomas, não tenha necessitado ou recebido tratamento, medicação, dieta ou aconselhamento especial ou tenha quaisquer outras indicações da condição.

6 Sua saúde

Por favor, responda às seguintes questões com base no seu histórico médico completo e no de seu(s) dependente(s). Todos os fatos materiais (quaisquer fatos que possam influenciar a avaliação e aceitação desta solicitação pela seguradora) devem ser revelados. Se você tiver dúvidas sobre a materialidade de um fato, este deve ser revelado. Caso você não os revele, a apólice poderá ser invalidada.

Esta declaração de saúde terá a validade de dois meses a partir da data de preenchimento e de assinatura do formulário.

Candidato à cobertura	Dependente 1	Dependente 2	Dependente 3
Altura <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> cm	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> cm	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> cm	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> cm
Peso <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> kg	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> kg	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> kg	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> kg
Observação: somente se você estiver solicitando uma apólice com moratória, não é necessário preencher o restante da seção 6, e você pode ir direto para a seção 7.			
Você consumiu qualquer forma de tabaco no último ano? Se a resposta for afirmativa, indique a quantidade diária de consumo. 1 cigarro = 1 unidade, 1 charuto médio = 2 unidades, 1 grama de tabaco de enrolar = 2 unidades, 1 tabaco para cachimbo = 2,5 unidades, 10mg de nicotina de cigarro eletrônico = 1 unidade, se nenhum indicar NÃO	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> /dia	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> /dia	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> /dia
Você consome bebidas alcoólicas? Se a resposta for afirmativa, informe a quantidade de bebidas alcoólicas que você consome por semana: 1 dose = 1 unidade, 250ml de cerveja = 1 unidade, 1 taça de vinho = 1 unidade. Indique "NÃO" se não consumir bebidas alcoólicas	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> /semana	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> /semana	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> /semana

Alguma das pessoas que estejam solicitando cobertura por meio deste formulário já sofreu de, foi hospitalizada devido a, ou se submeteu a testes, investigações ou tratamento de qualquer tipo, para as seguintes condições:

- a) Alguma doença ou distúrbio cardíaco ou circulatório, tais como, mas não se limitando a ataque cardíaco, doença arterial coronariana, doença vascular, batimento cardíaco irregular, sopro, dor no peito, coágulos, distúrbios sanguíneos, problemas de pressão, colesterol alto etc. Sim Não
- b) Alguma doença ou distúrbio dermatológico, tais como, mas não se limitando a psoríase, dermatite, eczema, alergias, acne etc. Sim Não
- c) Alguma doença ou distúrbio endocrinológico, tais como, mas não se limitando a diabetes, pancreatite, problemas de peso, problemas de gota ou da tireoide, outros desequilíbrios hormonais etc. Sim Não
- d) Alguma doença ou distúrbio do olho, da orelha, do nariz e da garganta, tais como, mas não se limitando a catarata, glaucoma, retina descolada, perda auditiva, infecções de ouvido, problemas sinusais, amigdalite e adenoidite etc. Sim Não
- e) Alguma doença ou distúrbio gastrointestinal, tais como, mas não se limitando a problemas de estômago, hérnia, hemorroidas, pedras na vesícula, pólipos do cólon, doença de Crohn, colite, problemas no fígado etc. Sim Não
- f) Alguma doença ou distúrbio viral ou infeccioso, tais como, mas não se limitando a: hepatite A/B/C, herpes, HIV, SARS-CoV-2 / COVID-19, malária, meningite, infecções sanguíneas, doenças sexualmente transmissíveis etc. Sim Não
- g) Alguma doença ou distúrbio muscular ou esquelético, tais como, mas não se limitando a dor nas costas, pescoço ou articulações, artrite, fibromialgia, substituição da articulação, qualquer problema de cartilagem e ligamento, síndrome do túnel do carpo etc. Sim Não
- h) Alguma doença ou distúrbio neurológico, tais como, mas não se limitando a acidente vascular cerebral (AVC), esclerose múltipla, epilepsia, doenças neurodegenerativas, paralisia, convulsões, enxaqueca, Alzheimer ou outra forma de demência etc. Sim Não
- i) Alguma doença ou distúrbio oncológico, tais como, mas não se limitando a qualquer câncer, leucemia, linfomas, tumores, lesões cutâneas, nódulo, cisto, verruga, pólipos, nevo, etc. Sim Não
- j) Algum transtorno psiquiátrico ou psicológico, tais como, mas não se limitando a transtorno de déficit de atenção e hiperatividade (TDAH), transtornos do espectro do autismo, depressão, ansiedade, síndrome de fadiga crônica, distúrbios alimentares, transtornos obsessivo-compulsivos, transtornos fóbicos, problemas de alcoolismo ou drogas etc. Sim Não
- k) Alguma doença ou distúrbio respiratório ou pulmonar, tais como, mas não se limitando a Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC), sarcoidose, asma, bronquite, sinusite, falta de ar, alergias etc. Sim Não
- l) Alguma doença ou distúrbio dos órgãos urológicos ou reprodutivos, tais como, mas não se limitando a problemas dos rins ou do trato urinário, problema menstrual, problema de fertilidade, miomas, endometriose, problemas testiculares ou da próstata, etc. Sim Não
- m) Qualquer doença ou desordem diagnosticada durante a gestação ou no momento do parto, como por exemplo (mas não exclusivamente): hiperplasia adrenal, fibrose cística, síndrome de Down, hemofilia, defeitos cardíacos, doença de Huntington, síndrome de Klinefelter, síndrome de Marfan, malformações e espinha bífida. Sim Não
- Por favor, NÃO forneça resultados de testes genéticos (DNA ou RNA), já que estes não são necessários para o processo de avaliação médica.
- n) Algum outro acidente, lesão, doença ou distúrbio ainda não divulgado. Sim Não

Indique se você ou seus dependentes:

- o) Atualmente, está tomando quaisquer medicamentos prescritos ou de venda livre, comprimidos ou outro tratamento. Sim Não
- p) Irá se submeter a uma revisão médica, foi encaminhado para outros testes/investigações, ou está aguardando resultados ou qualquer tratamento devido a acidentes, lesões, doenças ou desordens. Sim Não

q) Foi submetido a testes ou investigações nos últimos 10 anos que resultaram no encaminhamento para aconselhamento médico ou tratamento, tais como, mas não limitado a biópsia, colonoscopia, colposcopia, tomografia computadorizada (TC), mamografia, ressonância magnética (RM), Teste de Papanicolau ou teste de antígeno prostático específico (PSA), ecocardiograma, ultrassonografia etc.

Sim Não

Por favor, **NÃO** forneça resultados de testes genéticos (DNA ou RNA), já que estes não são necessários para a avaliação médica.

r) Nos últimos dois anos, apresentou quaisquer sintomas ou problemas médicos recorrentes ou contínuos NÃO relacionados a uma condição médica já divulgada, tais como, mas não se limitando a:

Sim Não

- Febre (103°F/39,4°C ou mais) e/ou tosse contínua
- Falta de ar
- Rouquidão
- Dor de cabeça severa ou persistente
- Verruga ou marca na pele que tenha sangrado, mudado de aspecto ou se tornado dolorosa
- Formigamento
- Visão embaçada ou duplicada
- Perda de peso inesperada
- Sangramento retal, mudanças nos hábitos intestinais ou na frequência urinária
- Perda de sensibilidade, ataques epiléticos ou perda de consciência
- Sangramento anormal
- Dor/rigidez nas articulações

s) Nos últimos 30 dias, você recebeu recomendação para se autoisolar, ou decidiu fazer o mesmo por conta própria?

Sim Não

Responda a pergunta a seguir apenas se você estiver adquirindo cobertura odontológica.

t) Alguma das pessoas que estejam solicitando cobertura por meio deste formulário está recebendo ou foi orientada a receber tratamento odontológico, cirurgia dentária, prótese dentária, ortodontia ou periodontia?

Sim Não

Se a resposta for afirmativa, você precisará preencher um Questionário Odontológico, disponível para download em nosso site:

www.allianzcare.com/pt/personal-international-health-insurance/paper-applications.html

Informações adicionais para as respostas afirmativas

Se você respondeu Sim a qualquer uma das perguntas a) a t) acima, forneça detalhes na tabela abaixo. Indique se houve a recuperação completa ou se você ou seus dependentes têm qualquer condição médica ou doença relacionada ou decorrente do diagnóstico original. Recomendamos que você anexe toda a documentação de apoio atualizada (como certificado médico ou resultado de exames) sempre que possível.

Número da pergunta	Nome da pessoa afetada pela condição médica	Diagnóstico– quando relevante, indique a área do corpo afetada (como por exemplo, o braço esquerdo, pé direito)	Data exata em que a doença se tornou aparente	Frequência e severidade dos sintomas	Data dos últimos sintomas	Resultados de investigações, exames ou leituras de sangue (inclua datas, resultados e quaisquer diagnósticos)	Tratamentos realizados ou atuais (inclua o nome, a dosagem e a frequência de uso do medicamento e forneça as datas de início do tratamento, com que frequência foi necessário e quando terminou)	Estado atual (por exemplo, qualquer complicação, recuperação completa, recorrente ou em andamento)

Se não houver espaço suficiente para todas as informações adicionais, utilize outro Formulário de Solicitação.

9 Corretor nomeado (se aplicável)

Eu autorizo

INSIRA O NOME DO CORRETOR

a agir em meu nome em relação à administração desta apólice. Isto pode envolver a divulgação de informações médicas confidenciais. Esta autorização será válida até que eu envie uma solicitação (por escrito) à Allianz Care para revogá-la.

Somente para uso interno — carimbo/código do intermediário

 Assinatura do candidato à cobertura

D D / M M / A A A A

 Assinatura do dependente 1

D D / M M / A A A A

 Assinatura do dependente 2

D D / M M / A A A A

 Assinatura do dependente 3

D D / M M / A A A A

10 Seus dados pessoais

O nosso Aviso de Proteção de Dados explica como protegemos a sua privacidade. Este é um aviso importante que descreve como processaremos seus dados pessoais. Você deve ler este aviso antes de nos enviar quaisquer dados pessoais. Para ler nosso Aviso de Proteção de Dados, visite <https://www.allianzcare.com/pt/privacidade.html>

Como alternativa, entre em contato conosco no número +353 1 645 4040 e solicite uma cópia impressa do Aviso de Proteção de Dados por completo. Se você tiver alguma dúvida sobre como utilizamos seus dados pessoais, também pode enviar um e-mail para: AP.EU1DataPrivacyOfficer@allianz.com.

11 Consentimento de dados

Precisamos do seu consentimento para coletar e processar dados sobre a sua saúde e outros dados pessoais. **Se você não fornecer seu consentimento explícito, não poderemos fornecer a apólice que você deseja adquirir ou processar quaisquer pedidos de reembolso que você tenha o direito a solicitar.** Se você concordar, seus dados serão processados para as seguintes razões e atividades.

Um dos pais ou um guardião legal deve fornecer o consentimento para quaisquer dependentes menores de 18 anos.

Eu (o candidato à cobertura) e os dependentes nomeados abaixo concordamos com o seguinte:

Nome do candidato à cobertura	Nome do dependente 1	Nome do dependente 2	Nome do dependente 3

- **Permissão para coletar, armazenar e usar dados sobre a minha saúde.** Allianz Care pode coletar, armazenar e utilizar dados sobre a minha saúde com o objetivo de administrar a apólice, como por exemplo para me fornecer uma cotação de cobertura de seguro, subscrever os riscos relacionados ou processar um pedido de reembolso. Allianz Care pode armazenar dados sobre a minha saúde de acordo com as leis do Código do Consumidor aplicáveis a esta apólice de seguro ou com qualquer outra lei aplicável que requeira a retenção de dados.
- **Permissão para obter meus dados de terceiros.** Para me fornecer cobertura de seguro, subscrever os riscos relacionados ou processar quaisquer pedidos de reembolsos, a Allianz Care pode obter dados sobre a minha saúde e outras informações pertinentes de médicos, enfermeiros e funcionários de hospitais, outras instituições de saúde, casas de cuidados, fundos estatutários de seguro de saúde, o patrocinador de meu plano, associações profissionais e autoridades públicas. Concordo com a liberação de todos os indivíduos dessas instituições e da seguradora de suas respectivas obrigações de confidencialidade em relação aos dados sobre a minha saúde ou outros dados que sejam requeridos para o uso nas circunstâncias listadas acima.
- **Compartilhamento de meus dados fora da Allianz Care.** A Allianz Care pode compartilhar os dados sobre a minha saúde e outras informações com os especialistas ou instituições descritas abaixo. Eles apenas usarão os dados na mesma medida e para os mesmos propósitos que a Allianz Care. Entendo que a Allianz Care possui contratos com essas instituições que protegem meus dados. Concordo com a liberação de todos os indivíduos dessas instituições e da seguradora de suas respectivas obrigações de confidencialidade em relação aos dados sobre a minha saúde e outros dados que sejam requeridos para o uso nas circunstâncias listadas abaixo:
 - Com profissionais independentes da área da saúde para permitir que estes avaliem os riscos relacionados ao seguro e quaisquer benefícios a serem pagos a mim ou a terceiros me fornecendo tratamento ou serviço de acordo com minha apólice de seguro.
 - Com provedores de serviço que não façam parte do Grupo Allianz que fornecem certos serviços em nome da Allianz Care, tais como avaliações de riscos e processamento de pedidos de reembolso, quando:
 - estes serviços envolvam a coleta e o uso de dados sobre a minha saúde e outras informações, e
 - a Allianz Care não for capaz de administrar minha apólice ou de pagar quaisquer benefícios a mim destinados sem tais dados.
 - Com cosseguradoras para distribuir a cobertura do risco do seguro conjuntamente com outras companhias a quem a Allianz Care emite a apólice, e para processar pedidos de reembolso conjuntamente.
 - Com outras seguradoras/resseguradoras que estejam cobrindo o mesmo risco de seguro ao mesmo tempo - seguro múltiplo - para:
 - distribuir o pagamento ou qualquer compensação que possa ser devida a mim, ou
 - colaborar na detecção ou prevenção de fraude e crime financeiro.

Se eu trocar de ideia em relação às minhas preferências acima, incluindo o cancelamento de meu consentimento para quaisquer desses itens, eu posso notificar a Allianz Care por e-mail para AP.EU1DataPrivacyOfficer@allianz.com.

 Assinatura do candidato à cobertura

D D / M M / A A A A

 Assinatura do dependente 1

D D / M M / A A A A

 Assinatura do dependente 2

D D / M M / A A A A

 Assinatura do dependente 3

D D / M M / A A A A

12 Preferências de marketing

Eu (o candidato) e meus dependentes concordamos que a Allianz Care pode coletar, usar e divulgar meus dados pessoais para fornecer informações de marketing. Eu entendo que os meus dados pessoais só serão processados pelas seguintes razões e atividades com as quais eu expressamente concordei, marcando as caixas abaixo.

Nome do candidato à cobertura	Nome do dependente 1	Nome do dependente 2	Nome do dependente 3
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Informações que a Allianz Care envia sobre seus produtos e serviços, incluindo atualizações sobre suas últimas promoções e novos produtos e serviços.

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

Informações enviadas diretamente por outras empresas do Grupo Allianz sobre seus produtos e serviços. Eu entendo que a seguradora divulgará minhas informações de contato relevantes a estas empresas para esse propósito.

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

Informações enviadas diretamente por outros parceiros comerciais da Allianz Care sobre seus produtos e serviços. Eu entendo que a seguradora divulgará minhas informações de contato relevantes a estas empresas para esse propósito.

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

Tais comunicações devem ser enviadas para mim através dos seguintes canais:

E-mail	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Notificações no aplicativo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Telefone	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Correio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

13 Dados de pagamento

Você não precisa preencher esta seção se você estiver solicitando adesão a um grupo cujo prêmio é pago pela sua empresa.

Não faça nenhum pagamento até receber o número da apólice.

Moeda para pagamento

Marque para indicar a moeda de pagamento de sua preferência:

Euros	<input type="checkbox"/>
Libras (GBP)	<input type="checkbox"/>
Francos suíços (CHF)	<input type="checkbox"/>
Dólares americanos	<input type="checkbox"/>

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

Frequência e método de pagamento

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

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

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

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

Envie o formulário completamente preenchido por um destes canais:

@ E-mail: underwriting@e.allianz.com

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

Se você tiver alguma dúvida em relação ao preenchimento deste formulário ou sobre o processo de solicitação de cobertura, entre em contato com a nossa Central de Atendimento: +353 1 645 4040.

 www.facebook.com/AllianzCare

 www.linkedin.com/company/allianz-care

 www.youtube.com/c/allianzcare

 www.instagram.com/allianzcare/

 x.com/AllianzCare

 www.tiktok.com/@allianzcare