Allianz Care

Guia de Benefícios para Funcionários

Planos de Saúde GlobalPass para a América Latina
Válido a partir de 1º de Maio de 2022

Bem-vindo (a)

Você e sua família podem agora depender da 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 irá usar frequentemente. 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 16

Precisa de tratamento? 20

Informações adicionais sobre pedidos de reembolso 25

Termos e condições de sua cobertura

Administração de sua apólice 30

Pagamento de prêmios 34

Os seguintes termos também se aplicam à sua cobertura 36

Proteção de dados 39

Procedimento de gestão de reclamações e disputas 40

Definições 41

Exclusões 53

Este documento é uma tradução em português do "Ministry of External Relations Plan - Employee Benefit Guide". A versão original inglesa deste documento é a versão autoritária. Em caso de existir discrepâncias entre a versão traduzida e a original inglesa, informamos que a versão inglesa já é legalmente vincular por si mesma.

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

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

Como usar sua cobertura

Serviços de suporte

Desejamos fornecer o alto nível de serviço que você merece. Nas próximas páginas descrevemos a gama completa de serviços que oferecemos aos segurados. Saiba o que está disponível para você, desde os nossos Serviços Digitais MyHealth ao Programa de Assistência ao Empregado.

Fale conosco, adoramos ajudar!

A nossa Central de Atendimento multilingue 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 caso de uma emergência.

Central de Atendimento

Telefone: **+353 1 645 4040**

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

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

Fax: **+353 1 630 1306**

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, seja onde você estiver ou 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 de seus pedidos de reembolso.

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

Verificador de sintomas
Para uma avaliação rápida e fácil de seus sintomas.

Procurar um hospital
Encontre provedores médicos perto de você.

Assistência 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, ao invés 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 **https://my.allianzcare.com/myhealth**, clique em "Registre-se aqui" no final da página e siga as instruções que aparecem na tela. Esteja com o número de sua apólice à mão. Você pode encontrá-lo no Certificado de Seguro.

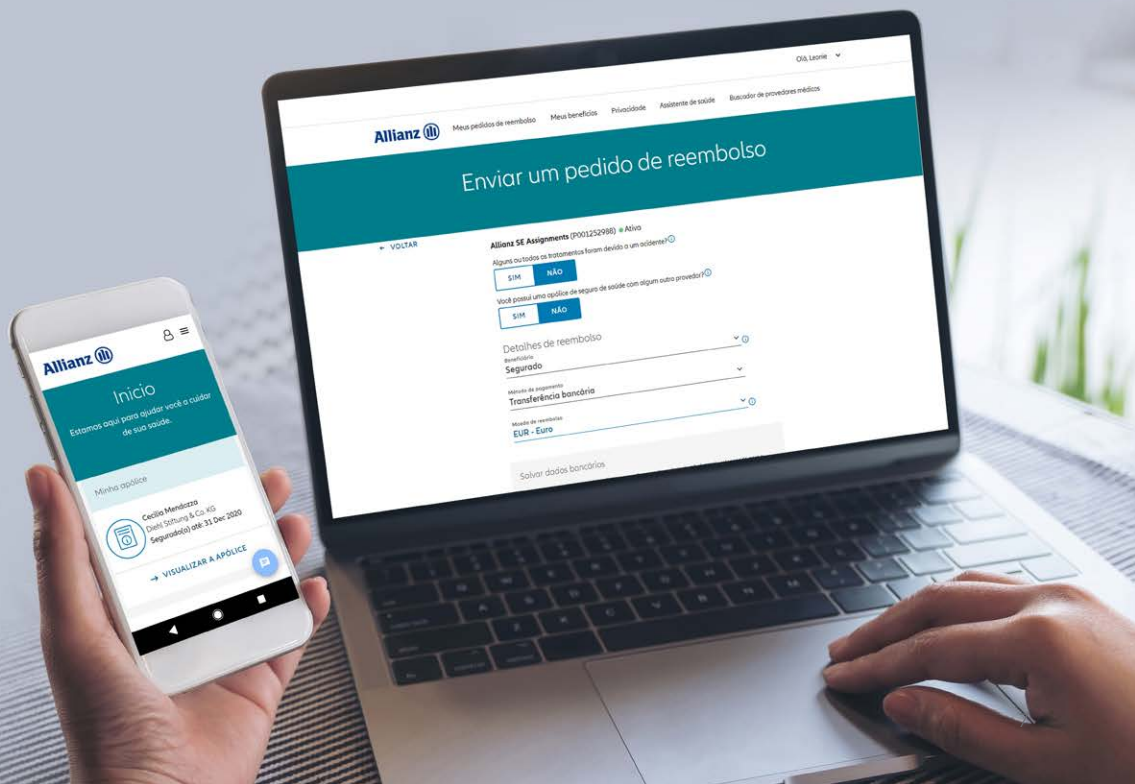
2. Ou, se preferir, você pode se registrar usando o aplicativo MyHealth. Para baixá-lo, procure "Allianz MyHealth" na App Store da Apple ou no Google Play para Android.

Baixar na App Store

DISPONÍVEL NO Google Play

3. Depois de configurar o aplicativo, você pode usar o e-mail (nome de usuário) e senha fornecidos durante o processo de registro no portal on-line ou aplicativo MyHealth. Os mesmos detalhes de login são usados para ambos e, no futuro, se você alterar os detalhes de login de um, ele será automaticamente aplicado ao outro. Você não precisa alterar em ambos serviços. Também oferecemos uma opção de login biométrico no aplicativo, por exemplo com validação da face (Face ID) ou leitura de impressão digital (Touch ID), quando compatível com seu dispositivo.

Para mais informações, visite **www.allianzcare.com/pt/entrar.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 paz de espírito. 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. O seu gerente de caso médico pedirá que você forneça todas as informações necessárias sobre o seu caso médico. Assim que ele obtiver todos os detalhes sobre o seu caso, ele o ajudará a encontrar um hospital, médico ou especialista para a Segunda Opinião Médica e fornecerá a opinião para você.

Para acessar nosso serviço, basta ligar para nossa Central de Atendimento 24 horas em:

+ 353 1 645 4040

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

Olive - O programa de suporte à saúde e bem-estar da Allianz Care

Seus primeiros passos rumo a uma vida saudável.

No mundo cada vez mais agitado e em constante mudança de hoje, reconhecemos a importância de levar uma vida saudável e acreditamos plenamente que prevenir é melhor que remediar. Olive**, nossa solução preventiva, foi criado para motivar e guiar você em direção a uma vida mais saudável. Ele inclui um Portal de Saúde e Bem-Estar e o aplicativo HealthSteps.

1. Portal de Saúde e Bem-Estar

Nosso Portal de Saúde e Bem-Estar, acessível pelos Serviços Digitais MyHealth (portal on-line e aplicativo para dispositivos móveis), oferece uma série de serviços reunidos de maneira conveniente em um só local, para ajudar você em sua jornada a uma vida longa, feliz e saudável.

No Portal você terá acesso a:

- Dicas e artigos sobre assuntos como sono, fitness, alimentação e bem-estar emocional.
- Avaliações médicas on-line**.
- Nossa calculadora de IMC.
- Nossos webinários mensais sobre saúde e bem-estar, apresentados por especialistas e com uma sessão de Perguntas e Respostas.

2. Aplicativo HealthSteps**

Você sabia que, ao manter um estilo de vida saudável, você pode reduzir o risco de desenvolver problemas de saúde? O Allianz HealthSteps foi projetado para fornecer orientação personalizada e ajudá-lo a atingir suas metas de saúde e condicionamento físico. Ao conectar-se a smartphones, relógios esportivos e outros aplicativos, o HeathSteps monitora o número de passos caminhados, as calorias queimadas, o horário de sono e muito mais.

Recursos do HealthSteps:

Plano
Escolha uma meta de saúde e use os planos de ação para adotar e manter bons hábitos de saúde, como:

- Perder peso
- Melhorar a postura
- Dormir melhor
- Ter uma alimentação saudável
- Exercitar-se e ter mais energia
- Permanecer saudável
- Reduzir o estresse
- Baixar a pressão sanguínea

Desafios
Junte-se aos desafios mensais e receba o incentivo de outros usuários do HealthSteps compartilhando seu desempenho e competindo uns com os outros em desafios de grupo. Estes desafios são baseados em passos, calorias e distância.

Progresso
Conecte-se com rastreadores populares de saúde e atividade e monitore seu progresso em relação aos objetivos que você estabeleceu para si mesmo.

Biblioteca
Acesse artigos e obtenha dicas e conselhos sobre como conquistar e manter uma vida saudável.

Baixe o aplicativo "Allianz HealthSteps" na App Store ou no Google Play.

Baixar na App Store

DISPONÍVEL NO Google Play

Serviços de consulta por vídeo através da plataforma de Telessaúde**

Se um plano ambulatorial estiver incluso em sua cobertura, você terá acesso direto a consultas médicas on-line (serviços de consulta por vídeo) quando um provedor estiver disponível em sua área geográfica.

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.

O serviço está acessível através do portal MyHealth ou diretamente através da nossa plataforma de Telessaúde:

www.allianzcare.com/telehealthhub

Pode ser marcada uma consulta para falar com um médico em inglês, sujeito à disponibilidade. Alguns provedores terceirizados podem oferecer o serviço em idiomas adicionais.

Dependendo de sua localização geográfica, regulamentos locais do país e cobertura do plano de seguro, o serviço de teleconsulta também pode oferecer prescrições.

Em países onde o serviço de teleconsulta ainda não está disponível, você pode ligar para nossa linha de aconselhamento médico 24 horas por dia, 7 dias por semana - este serviço é oferecido em inglês, alemão, francês e italiano. O número de telefone está disponível na plataforma de telessaúde.

Programa de Assistência ao Empregado (PAE)**

Quando situações desafiadoras surgem na vida ou no trabalho, nosso Programa de Assistência ao Empregado fornece a você e seus dependentes um apoio imediato e confidencial. O PAE, quando fornecido, está incluído em sua Tabela de Benefícios.

Este serviço profissional está disponível 24h por dia, 7 dias por semana, e oferece suporte multilingue para uma ampla gama de desafios, tais como:

- Equilíbrio entre vida profissional e privada
- Família/parentalidade
- Relacionamentos
- Estresse, depressão, ansiedade
- Desafios profissionais
- Transição cultural
- Choque cultural
- Isolamento e solidão
- Preocupações com vícios

Serviços de suporte incluem:

Aconselhamento profissional confidencial
Receba suporte 24h de um terapeuta através de uma consulta presencial ou por chat on-line, telefone, vídeo ou e-mail.

Serviços de apoio a incidentes críticos
Receba apoio imediato a incidentes críticos durante períodos de trauma ou crise. Nossa ampla abordagem fornece estabilização e reduz o estresse associado a incidentes de trauma ou violência.

Serviços de indicação para suporte financeiro e legal
Seja para ajudar a comprar uma casa, lidar com uma disputa legal ou criar um plano financeiro abrangente, oferecemos consultas para ajudá-lo a esclarecer dúvidas e alcançar suas metas.

Acesso ao portal e aplicativo da saude e bem-estar
Conheça os serviços de suporte on-line, que inclui ferramentas e artigos sobre a saúde e o bem-estar.

Como utilizar o Programa de Assistência ao Empregado:

+1 905 886 3605

Este não é um número gratuito. Se preferir ligar para um número local, consulte a lista dos números internacionais no portal indicado abaixo.

Suas ligações são atendidas por um agente de língua inglesa, porém você pode pedir para falar com alguém em outro idioma. Caso um agente não estiver disponível no idioma que você precisa, organizaremos um serviço de intérprete. O PAE está disponível através da Morneau Shepell Limited, sujeito à sua aceitação de nossos termos e condições. Você entende e concorda que a AWP Health & Life SA - Sucursal na Irlanda e/ou AWP Health & Life Services Limited não são responsáveis por qualquer indenização, perda ou dano como resultado direto ou indireto do uso do PAE.

https://www.allianzcare.com/eap-login (disponível em inglês, francês e espanhol)

Baixe o aplicativo Lifeworks no Google Play ou Apple Store:

Baixar na App Store

DISPONÍVEL NO Google Play

Faça o login no site ou no aplicativo usando os dados a seguir:

Nome de usuário:	AllianzCare
Senha de acesso:	Expatriate

Serviços de Segurança em Viagens**

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

Você pode acessar:

Linha de assistência a emergências de segurança
Fale com um especialista em segurança para quaisquer preocupações relacionadas com um destino de viagem, ou caso uma assistência imediata seja necessária durante uma viagem.

Análises de países e conselhos de segurança
Informações de segurança e conselhos sobre muitos países.

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

Para ter acesso aos serviços de segurança em viagens, entre em contato conosco:

+44 207 741 2185

Este não é um número gratuito.

allianzcustomerenquiries@worldaware.com

https://my.worldaware.com/awc

Para se inscrever, insira o número da sua apólice (indicado em seu Certificado de Seguro)

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

Baixar na App Store

DISPONÍVEL NO Google Play

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

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

Entenda como sua cobertura funciona

O que o meu plano cobre?

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 subscritas:** 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 condições preexistentes (incluindo condições crônicas preexistentes) a não ser que estiver 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 (indicada no seu Certificado de Seguro).

Se o tratamento médico necessário estiver disponível no local onde você mora, 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, mas não pagaremos pelas despesas de viagem. Entretanto, se o tratamento elegível não estiver disponível no local, e o benefício de "Evacuação médica" estiver incluído em sua cobertura, despesas de viagem para o centro de excelência médica mais próximo também estão cobertos. Para solicitar o reembolso de despesas médicas e de viagem, você deverá preencher e nos enviar o Formulário de Autorização para Tratamento antes de viajar.

Como um expatriado vivendo no exterior, você terá cobertura 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 **benefício máximo do plano**. Esse é o valor máximo que pagaremos no total para todos os benefícios incluídos no plano por membro, por ano de vigência do seguro.

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

- O termo "Reembolso total" aparece próximo ao benefício.
- Um limite de benefício específico se aplica, ou seja, quando o benefício está limitado a um valor específico (por exemplo, $10.000).

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, 80% de reembolso.

Benefícios relacionados à maternidade

Os benefícios "**Rotinas de maternidade**" e "**Complicações na gravidez e no parto**" são reembolsados tanto "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 seguro e há mudanças de limite de benefício 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 partos múltiplos resultante da reprodução assistida

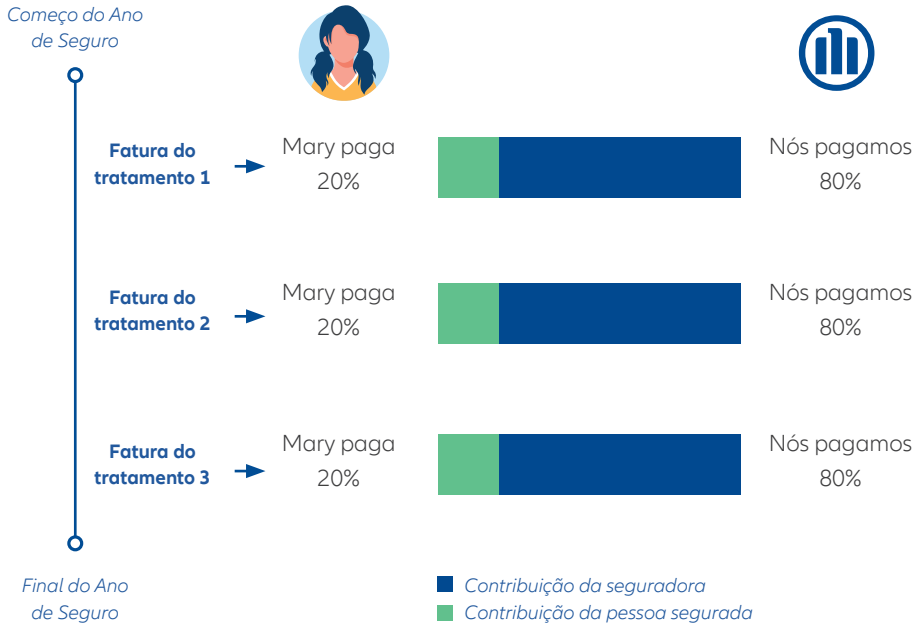
Há um limite para o tratamento hospitalar para os três primeiros meses após o nascimento se o bebê:

- Nasceu de uma mãe substituta.
- É adotado.
- É tutelado.
- Nasceu de parto múltiplo resultante de reprodução assistida.

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

O que são co-pagamentos?

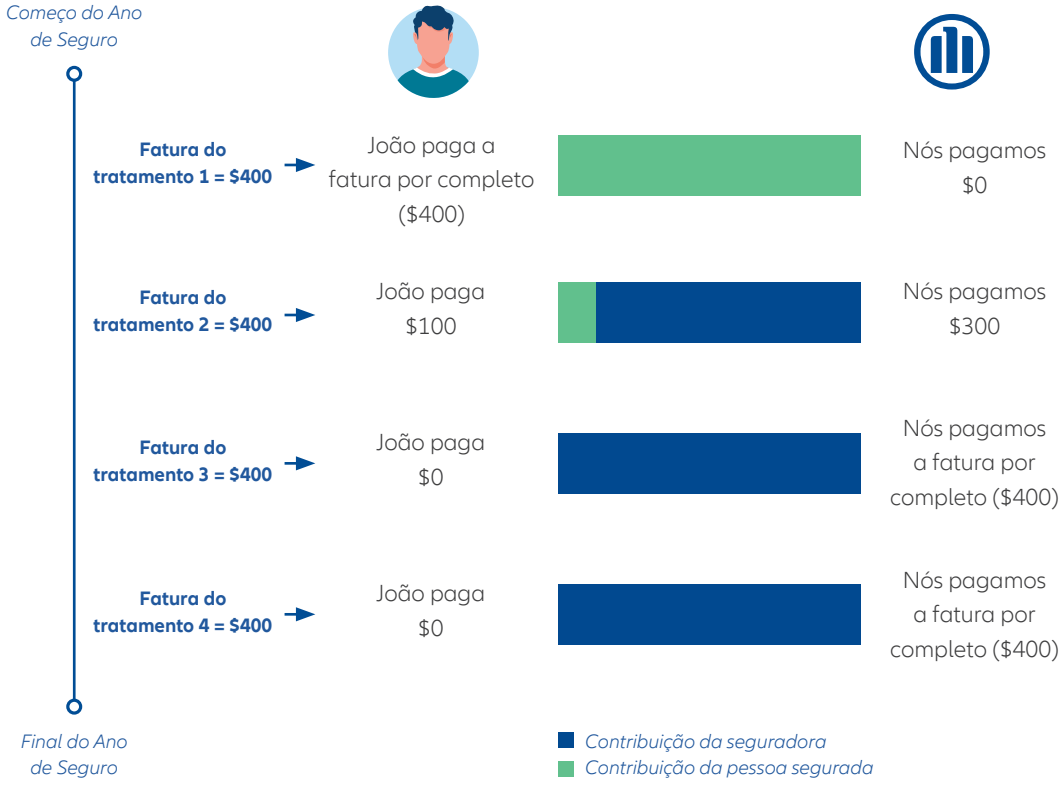
Um **co-pagamento** é quando você paga uma porcentagem das despesas médicas. Sua Tabela de Benefícios mostrará se isto se aplica ao seu plano. No exemplo a seguir, Mary precisa de diversos tratamentos odontológicos ao londo do ano. Seu benefício de tratamento odontológico possui um co-pagamento de 20%, o que significa que pagaremos 80% dos custos de cada tratamento qualificável.



O total do valor reembolsável pode estar sujeito a um limite máximo do plano.

O que são franquias?

Uma **franquia** é um valor fixo que você deve pagar pelos seus gastos médicos por período de cobertura antes de começarmos a reembolsar. Sua Tabela de Benefícios mostrará se isto se aplica ao seu plano. No exemplo a seguir, João precisa receber tratamento médico ao longo do ano. Seu plano inclui uma franquia de $500.



Os benefícios sujeitos à franquia estão marcados na sua Tabela de benefícios com a letra A. Quando a franquia aplicável à sua apólice for "por família", ela será aplicada aos primeiros pedido de reembolso enviados por qualquer um dos segurados.

Precisa de tratamento?

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

Verifique o seu nível de cobertura

Primeiramente, verifique se o seu plano oferece cobertura para o tratamento que você precisa. Todos os benefícios disponíveis a você estarão indicados em sua Tabela de Benefícios. No entanto, você pode entrar em contato com a nossa Central de Atendimento sempre que tiver dúvidas.

Certos tratamentos exigem nossa pré-autorização

Confira na Tabela de Benefícios quais tratamentos requerem nossa pré-autorização (por meio de um formulário de Autorização para Tratamento). Estes são principalmente 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 conta hospitalar, quando possível.

Salvo acordo em contrário entre nós e a sua empresa, se a Autorização para Tratamento 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 tratamento hospitalar (é necessário seguir o processo de pré-autorização)

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

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

Contataremos o provedor médico diretamente para organizar o pagamento de suas faturas (quando possível).

Em casos de emergência:

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

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. As informações referentes ao Formulário de Autorização para Tratamento podem ser recebidas por telefone.

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

Solicitando o reembolso de gastos ambulatórios, odontológicos e outras despesas

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

Receba o tratamento médico e pague ao provedor médico.

Obtenha uma fatura de seu provedor médico. Certifique-se que no recibo 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 através do nosso aplicativo ou portal MyHealth (**https://my.allianzcare.com/myhealth**)

Basta fornecer alguns detalhes importantes, adicionar sua fatura e clicar em "enviar".

Processamento rápido dos pedidos de reembolso

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

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

Serviços de Evacuação

Ao primeiro sinal de que uma evacuação médica seja necessária, por favor entre em contato com a nossa Central de Atendimento 24 horas e coordenaremos todo o processo. Dada a urgência de uma evacuação, é recomendável que você nos contate por telefone. No entanto, você também pode entrar em contato conosco por e-mail. Ao enviar o e-mail, por favor inclua *"Urgente - Evacuação"* no assunto da mensagem.

Entre em contato conosco antes de consultar provedores alternativos, mesmo que eles tentem contatar você, para evitar custos possivelmente mais altos e atrasos desnecessários no processo de 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@allianzworldwidecare.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.

globalpass.omhc.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, simplesmente ligue para:

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

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

Quando viajar para os EUA para receber tratamento, é recomendável que você entre em contato conosco no prazo de 10 dias úteis 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 se inscrever e obter o seu cartão de desconto nas farmácia, simplesmente acesse o link a seguir e clique em “Print Discount Card”.

http://members.omhc.com/awc/prescriptions.html

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 termino da cobertura. Após esse período, estaremos desobrigados de efetuar o pagamento do reembolso.

- **Envio do pedido 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, iniciaremos o reembolso.

  Anexe todos os recibos e/ou faturas ao seu pedido de reembolso. Não podemos aceitar recibos de cartão de credito 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 de forma hospitalar (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, ou na data em que pagamos o seu pedido de reembolso.

  Observe que nos reservamos o direito de eligir a taxa de câmbio aplicável.

- **Reembolso:** Reembolsaremos apenas (dentro do limite de sua apólice) os custos elegíveis depois de considerar quaisquer exigências de pré-autorização, franquias ou co-pagamentos descritos na Tabela de Benefícios.

- **Custos razoáveis e costumeiros:** Reembolsaremos apenas custos que sejam razoáveis e costumeiros, e que vão de acordo com os procedimentos médicos padrão e geralmente aceitos. Se considerarmos um pedido de reembolso inadequado, nos reservamos o direito de declinar seu pedido ou reduzir o valor a ser pago.

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

- **Envio de informações:** Você e seus dependentes concordam em nos ajudar a obter todas as informações que precisamos para processar um pedido de reembolso. Temos o direito de acessar todos os registros médicos e de entrar em contato diretamente com o prestador de serviços médicos ou com o médico responsável pelo tratamento. Poderemos também, quando julgarmos necessário e com despesas pagas por nós, solicitar a realização de um exame médico por nossos médicos. Todas as informações terão caráter confidencial. Nos reservamos o direito de não oferecer cobertura para seus benefícios caso você ou seus dependentes não nos apoiem na obtenção da informação que precisamos.

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, você precisará repassar o montante (e quaisquer juros relacionados) à 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. Para que você tenha um melhor entendimento, leia este guia em conjunto com o seu Certificado de Seguro e com sua Tabela de Benefícios.

- O **Certificado de Seguro** detalha o(s) plano(s) e 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 onde o seu histórico médico é avaliado (apólices subscritas), 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 adição de um dependente) - desde que sua empresa aprove e nós aceitemos.

- Sua **Tabela de Benefícios** detalha o(s) plano(s) selecionados por sua empresa, e os benefícios disponíveis a você. Essa tabela também especifica quaisquer benefícios/tratamentos que requerem que você envie o Formulário de Autorização para Tratamento. O documento confirma se limites específicos de benefícios, períodos de carência, franquias e/ou co-pagamentos são aplicáveis ao seu plano. Sua Tabela de Benefícios será apresentada em dólares dos Estados Unidos.

Para obter maiores detalhes sobre o seu contrato de seguro, informe-se com o departamento de Recursos Humanos de sua empresa. Observe que os termos e condições de sua cobertura poderá mudar de tempo em tempo, conforme acordado com o empresa.

Administração de sua apólice

Quando a cobertura começa e termina para você e seus dependentes

Sua cobertura é válida a partir da data de início indicada no Certificado de Seguro, e continuará em vigor até a data de renovação do grupo (também especificada no Certificado de Seguro). Geralmente, o contrato tem a duração de um ano de vigência do seguro, salvo acordo em contrário entre sua empresa e nós, ou caso você se torne nosso segurado durante o ano do contrato. Ao final desse período, sua empresa poderá renovar o contrato com base nos termos e condições aplicáveis naquele momento. Você estará vinculado a estes 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 da apólice corporativa 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 deles; ou até o dia anterior ao 24º aniversário deles, se forem 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.

Inclusão de dependents

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 para grupos subscritos e não subscritos. Se você pertence a um grupo subscrito (quando o histórico médico dos segurados é avaliado), você deve ter fornecido informações de saúde e outras informações relevantes ao solicitar cobertura.

Grupos subscritos

Como posso adicionar um recém-nascido à minha apólice?
Envie um e-mail, com o certificado de nascimento em anexo, dentro de seis semanas após o nascimento para underwriting@allianzworldwidecare.com. Aceitaremos o bebê sem avaliação médica se um dos pais biológicos ou um dos pais que contratou os serviços de uma mãe substituta (no caso de maternidade por substituição) tiver sido nosso segurado por seis meses consecutivos. A cobertura começará a partir do nascimento.

O que acontece se eu não o notificar dentro de seis semanas?
A criança será submetida a uma avaliação médica e, se aceita, a cobertura começará a partir da data de aceitação.

E se eu estiver adicionando múltiplos bebês (como gêmeos, trigêmeos, etc.), crianças adotadas e tuteladas?
Bebês nascidos de partos múltiplos concebidos como resultado da reprodução assistida, crianças adotadas e tuteladas serão submetidas à avaliação médica e, se aceitas, estarão cobertas a partir da data de aceitação.

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

- Nasceu de uma mãe substituta.
- É adotado.
- É tutelado.
- Nasceu de parto múltiplo resultante de reprodução assistida.

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

Grupos não subscritos

Como posso adicionar um recém-nascido à minha apólice?
Bebês recém-nascidos (incluindo bebês de parto múltiplo, bebês nascidos de uma mãe substituta, crianças adotadas e tuteladas) serão aceitos para cobertura desde o nascimento, desde que sejamos notificados dentro de quatro 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.

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

O que acontece se eu não notificar minha empresa dentro de seis semanas?
Se formos notificados seis semanas ou mais após o nascimento, os recém-nascidos receberão cobertura a partir da data de notificação.

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 peça.

Renovação da cobertura

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

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

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

Término de sua cobertura

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

- Ao final do ano de vigência do seguro, se o acordo entre nós e sua empresa for rescindido.
- Se sua empresa decidir terminar ou não renovar sua cobertura.

- Se sua empresa não pagar os prêmios ou não fizer qualquer outro pagamento devido nos termos do Acordo da Empresa.
- Se você for o responsável pelo pagamento dos prêmios e não efetuar tais pagamentos ou qualquer outro pagamento devido nos termos do Acordo da Empresa conosco.
- Quando você parar de trabalhar para a empresa.
- Caso o funcionário segurado venha a falecer.

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

- A aprovação de sua adesão ao plano (ou à deles).
- Os prêmios que sua empresa tem a pagar.
- O direito a receber qualquer 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 avaliação médica. Observe que se você pertencer a um grupo que tenha passado pela avaliação médica e a sua apólice estiver ativa por dois anos consecutivos, você pode solicitar a cobertura individual sem que uma nova avaliação seja necessária, desde que o nível da cobertura permaneça o mesmo ou seja menos abrangente. 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.

@ 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, se coberto sob o Acordo da Empresa. Sua empresa também pode pagar outros impostos e taxas associados à sua cobertura (como o Imposto sobre o prêmio do seguro). Entretanto, você pode ser o responsável pelo pagamento dos impostos relacionados aos prêmios pagos pela sua empresa.
Para obter mais informações, consulte sua empresa.

Se você paga o prêmio do seu seguro

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

Se aplicável, você também precisará pagar o valor de quaisquer impostos, taxas ou encargos relacionados à sua apólice que tenhamos que pagar ou cobrar de você conforme a lei.

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

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

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

Os seguintes termos também se aplicam à sua cobertura

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

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

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 habilitados a recuperar de você os valores pagos por nós e a cancelar a sua 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 subscritas (sujeitas à avaliação médica), 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) Se um pedido de reembolso for falso, fraudulento, intencionalmente exagerado ou se você, seus dependentes ou terceiros agindo em seu nome usarem meios ou dispositivos fraudulentos para obter benefícios com base nesta apólice, não será efetuado reembolso algum relativo a tal pedido. O valor de qualquer reembolso feito a você antes da descoberta de tal ação ou omissão fraudulenta nos será imediatamente revertido e devido. 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 informações sensíveis. Da mesma forma, para o propósito de administração dos pedidos de reembolso, podemos enviar a você informações não-sensíveis relacionadas a um membro da família.

Uso da Medi24: O Serviço de Aconselhamento Médico Medi24 e suas informações e recursos sobre saúde são extremamente úteis, porém não substituem o aconselhamento médico profissional nem o atendimento que os pacientes recebem de seus médicos. A Medi24 não se destina a ser usada para diagnósticos ou tratamentos, e você não deve utilizá-la para essa finalidade. Procure sempre o conselho de seu médico antes de iniciar um tratamento ou se tiver dúvidas em relação a questões médicas.
Não somos responsáveis por reclamações, perdas ou danos direta ou indiretamente resultantes do uso que você fizer deste serviço, ou das informações obtidas por meio da Medi24. As ligações para o Medi24 serão gravadas e poderão ser monitoradas por razões regulamentares ou para fins de treinamento e qualidade.

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 e disputas

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

+353 1 645 4040

client.services@allianzworldwidecare.com

Customer Advocacy Team,
Allianz Care,
15 Joyce Way,
Park West Business Campus,
Nangor Road,
Dublin 12, Irlanda

Lidaremos com sua reclamação de acordo com nosso procedimento de gestão de reclamações interno, detalhado em:

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 seguintes definições se aplicam aos benefícios inclusos em nossos Planos de Saúde, e também abordam termos comumente utilizados. Os benefícios pelos quais você está coberto estão listados em sua Tabela de Benefícios. Se algum benefício específico for aplicável a seu(s) plano(s), a definição do mesmo estará na seção "Notas" que se encontra no fim de sua Tabela de Benefícios. Sempre que aparecerem na documentação da sua apólice, as seguintes palavras ou frases terão o sentido definido a seguir:

A

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

Acomodação hospitalar refere-se a um quarto padrão, particular ou semi-particular, 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 é o acordo que temos com o seu empregador, o qual permite que você e seus dependentes sejam nossos segurados. O acordo estabelece quem pode receber cobertura, quando a cobertura começa, como ela é renovada e como os prêmios são pagos.

Administrador da conta corporativa é o representante designado da 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 se refere ao 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 centro médico licenciado disponível mais próximo 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.

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

Atendimento pré-natal inclui os exames de rotina e os testes de acompanhamento requeridos durante a gravidez. Para mulheres com idade igual ou superior a 35 anos, também estão inclusos os testes Triplo ou de Bart, o teste Quádruplo ou Espinha Bífida, amniocentese e análise de DNA, quando diretamente vinculada a uma amniocentese elegível.

C

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

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. A cobertura também inclui exames exploratórios e para diagnósticos, recebidos com anestesia.

Cirurgia bariátrica refere-se a procedimentos cirúrgicos com o objectivo 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 a perda de peso benéfica ou manutenção de peso clinicamente adequado por pelo menos um ano. Todos os esforços para a perda de peso de maneira natural, incluindo o seguimento de 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/ cirurgião bariátrico 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 considerar não medicamente necessária.

Cirurgia dentária inclui extrações cirúrgicas de dentes, assim como outras cirurgias relacionadas à área odontológica como apicectomia e medicamentos odontológicos prescritos. Todos os procedimentos de investigação necessários para estabelecer 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 nenhum tratamento cirúrgico relacionado a implantes dentários.

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

- Existir na família do segurado casos de câncer hereditário entre parentes mais próximos, como câncer de mama ou de ovário, e
- um teste genético estabelecer a presença de síndrome de câncer hereditário.

Complicações na gravidez relacionam-se à saúde da mãe e referem-se às condições surgidas no estágio pré-natal da gravidez.

Complicações no parto referem- às situações surgidas durante o parto que requeiram procedimentos obstétricos reconhecidos. Quando o plano do segurado também incluir o benefício de rotinas de maternidade, as complicações no parto também se referem a cesarianas medicamente necessárias.

Condições congênitas referem-se a qualquer anormalidade, deformidade, doença, enfermidade ou lesão presente no momento do nascimento, diagnosticada ou não. Isso inclui, mas não de forma limitativa, lábio leporino e palato fendido.

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.

Co-pagamento 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 co-pagamento de 20%. Portanto, pagaremos 80% dos custos de cada tratamento elegível por segurado, por ano de seguro.

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 (veja as definições de Atendimento Paliativo e Tratamento de Longo Prazo).

Cuidados de recém-nascidos incluem os exames de rotina requeridos para avaliar a integridade e funções básicas dos órgãos da criança e sua estrutura óssea. Esses exames essenciais são feitos imediatamente após o parto. A cobertura não inclui procedimentos adicionais de diagnóstico preventivo, como coleta de amostras para exames de rotina, classificação do tipo sanguíneo e testes de audição. 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 partos múltiplos resultantes de reprodução assistida será coberto até US$40.500 por criança, para os primeiros três meses que se seguirem ao nascimento. Tratamentos ambulatoriais serão pagos nos termos do Plano Ambulatorial.

Cuidados pós-natal referem-se aos cuidados médicos de rotina recebidos pela mãe após o parto, até seis semanas após o nascimento da criança.

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.

D

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

Despesas de acomodação hospitalar para um dos pais acompanhando um membro segurado menor de 18 anos referem-se aos custos de acomodação hospitalar para um dos pais pelo tempo de internação do membro segurado menor de 18 anos 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.

Despesas de um acompanhante do paciente evacuado referem-se aos custos de transporte de uma pessoa acompanhando o segurado evacuado. Se o companhante 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 para acompanhantes também cobertos do segurado evacuado referem-se aos custos de transporte para todos os membros segurados da família do segurado evacuado, incluindo menores de idade que, ao 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 também cobertos em casos de repatriação dos restos mortais de segurados referem-se aos custos razoáveis de transporte de qualquer familiar segurado que tenha morado no exterior com o segurado falecido. Este benefício cobre os custos de transporte de ida e volta com tarifa econômica. A cobertura não inclui hospedagem em hotel ou outras despesas relacionadas.

Disforia de gênero é a angústia que uma pessoa sente devido à incompatibilidade entre sua identidade de gênero e o 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 podemos razoavelmente assumir que você ou seus dependentes pudessem estar cientes. Sua apólice cobrirá doenças preexistentes, a não ser que lhe informamos 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. 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 é o seu empregador, cujo nome é mencionado no Acordo da Empresa.

Equipamentos médicos prescritos rrefere-se a qualquer dispositivo prescrito e clinicamente necessário para permitir que você realize atividades cotidianas. 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.

A cobertura não inclui os custos relacionados a equipamentos médicos que fazem parte do atendimento paliativo ou de longo prazo (veja as definições de tratamento paliativo e 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.

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

Se você for transportado para o centro médico mais próximo para tratamento continuado, nós cobriremos os custos razoáveis de acomodação em hotel em 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 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, reservamo-nos 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, são testes ou exames realizados a um intervalo de tempo apropriado, sem que haja a presença de sintomas clínicos. Consulte sua Tabela de Benefícios para confirmar quais exames e testes são cobertos por esse benefício.

Exames para detecção de câncer em sua fase inicial são testes ou exames realizados a um intervalo de tempo apropriado, sem que haja a presença de sintomas clínicos. Consulte sua Tabela de Benefícios para confirmar quais exames e testes são cobertos por esse benefício.

Exames para 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.

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 Rolfing, 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 Rolfing, massagem, Pilates, Fango e Milta.

Fonoaudiologia refere-se a tratamentos realizados por um fonoaudiólogo qualificado para o tratamento de incapacidades físicas diagnosticadas. Isto inclui condições como obstrução nasal, transtornos neurogênicos (ex: paralisia lingual, lesão cerebral) ou desordens de articulação envolvendo a estrutura oral (ex: paladar fendido).

Franquia 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 contratos 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 de forma hospitalar (com ou sem internação).

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

G

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

Grupos não subscritos são grupos que não estão sujeitos à avaliação do histórico médico dos segurados.

Grupos subscritos são grupos sujeitos à avaliação do histórico médico dos segurados.

H

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 especialista referem-se ao tratamento não-cirúrgico executado ou ministrado por um especialista. Esse benefício não inclui cobertura para honorários de psiquiatras, psicólogos ou qualquer tratamento que já seja coberto por outro benefício em sua Tabela de Benefícios.

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 honorários por consultas, incluindo honorários de médicos ou de especialistas relacionados com o 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.

M

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

a) São essenciais para identificar ou tratar sua condição, doença ou lesão.
b) São coerentes com os sintomas, diagnóstico e tratamento de sua condição.
c) Estão de acordo com a prática médica geralmente aceita e os padrões profissionais de atendimento na comunidade médica atual (isto não se aplica a métodos de tratamentos complementares, caso estes façam parte de sua cobertura).
d) São necessários por outros motivos além do conforto ou conveniência propiciado a você ou ao seu médico.
e) Tem valor médico comprovado e demonstrado (isto não se aplica a métodos de tratamentos complementares, caso estes façam parte de sua cobertura).
f) São considerados serviços ou materiais médicos do tipo e nível mais apropriado.
g) São fornecidos em um estabelecimento apropriado, com instrumental apropriado e com o nível de cuidados apropriado para o tratamento das suas condições médicas.
h) São fornecidos somente por um período apropriado.

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

Medicamentos especializados refere-se a medicamentos altamente especializados que são usados para tratar os seguintes quadros crônicos: Esclerose múltipla, artrite reumatóide, hemofilia, psoríase, doença inflamatória intestinal (DII) e Hepatite C. A eficácia dos medicamentos prescritos deve ser clinicamente comprovada no tratamento da condição médica e reconhecida pelo órgão farmacêutico regulamentador do país onde você usa a prescrição. 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 de tempo restante na apólice.

Medicamentos prescritos sem receita referem-se a medicamentos de venda livre quando prescritos por um médico para:

- O tratamento de 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

Nós/Nosso refere-se à Allianz Care.

O

Obesidade é a condição diagnosticada quando a pessoa apresenta um Índice de Massa Corporal (IMC) maior ou igual a 30 (você pode encontrar uma 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), e também de lentes ou óculos para corrigir a visão.

Oncologia refere-se a honorários de especialista, exames diagnósticos, radioterapia, quimioterapia e custos hospitalares relacionados ao tratamento de câncer, desde o diagnóstico. Também cobrimos os custos de uma prótese externa para fins cosméticos, como por exemplo uma peruca para perda de cabelo ou um sutiã prostético devido ao tratamento do câncer.

Ortodontia é o uso de aparelhos para corrigir a maloclusão (o desalinhamento dos dentes e 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:

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

Você vai precisar mais informações de apoio para mostrar que o tratamento é medicamente necessário e, portanto, coberto pelo seu plano. A informação de suporte requerida pode incluir, mas não se limita a:

- Um relatório médico emitido por um especialista em que conste o diagnóstico (tipo de má oclusão) e uma descrição dos seu sintomas causados pelo problema ortodôntico.
- Um plano de tratamento indicando uma 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 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 cosméticos 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: é o país em que o segurado e seus dependentes (se relevante) moram por mais de seis meses do ano.

Parceiro(a) 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.

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 congênitas da mandíbula, doenças das glândulas salivares e tumores.

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

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

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

Prótese dentária incluem 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 disfunções 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 ao Empregado (PAE)” deste guia.

Q

Quadros crônicos são definidos como doenças, enfermidades ou lesões que duram mais do que seis meses ou requerem atenção médica (revisão de rotina ou tratamento) pelo menos uma vez ao ano. Também possui uma ou mais das seguintes características:

- É de natureza recorrente
- Não tem uma cura conhecida e geralmente aceita
- De maneira geral, não responde bem ao tratamento
- Requer tratamento paliativo
- Leva à deficiência permanente

Consulte a seção de "Notas" na sua Tabela de Benefícios para confirmar se quadros crônicos são cobertos pelo seu plano.

R

Razoável e costumeiro refere-se ao custo padrão do tratamento no país de tratamento. Reembolsaremos apenas provedores médicos cujos custos sejam razoáveis e costumeiros, e que vão de acordo com os procedimentos médicos padrão e geralmente aceitos.

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

Repatriação de restos mortais é o transporte dos restos mortais do segurado falecido do país principal de residência para o país onde deve ser realizado o enterro. Nós cobrimos custos tais como: embalsamamento, um recipiente legalmente apropriado para o transporte, custos de envio e autorizações governamentais pertinentes. Custos de cremação serão cobertos apenas quando a cremação for legalmente necessária. Não cobrimos os custos incorridos por alguém acompanhando os restos mortais, a menos que isso esteja listado em um benefício específico em sua Tabela de Benefícios.

Rotinas de maternidade referem-se aos custos 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 com o recém-nascido" 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 mãe substituta e de partos múltiplos como resultado de reprodução assistida). Não cobrimos os custos de complicações na gravidez e no parto sob o benefício "Rotinas de maternidade". Cesarianas que não sejam clinicamente necessárias terão cobertura até o valor de um parto normal no mesmo hospital, e estarão sujeitas a quaisquer limites de benefícios. Tratamentos ambulatoriais serão pagos nos termos do Plano Ambulatorial.

S

Segunda opinião médica refere-se à 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 alternativo e/ou plano de tratamento.

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 prescrição podem ou não estar incluídos neste benefício, mesmo quando prescritos ou recomendados durante a consulta por vídeo.

Serviços para disforia de gênero refere-se a 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 separados para cirurgia genital, incluindo um extenso relatório. 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 devido 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 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 é um quiropraxista, osteopata, herbalista chinês, homeopata, acupunturista, fisioterapeuta, fonoaudiólogo, terapeuta ocupacional ou terapeuta do sistema oculomotor, que seja qualificado e habilitado pela legislação do país no qual o tratamento está sendo ministrado.

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, asseio 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 à 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 qualquer complicações ou conseqüências deles. Pagamos apenas pelos transplantes de órgãos necessários como resultado de uma condição coberta pelo plano.

Tratamento refere-se ao procedimento médico necessário para curar ou aliviar uma doença ou lesão.

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

Tratamento ambulatorial odontológico de emergência é o tratamento recebido em consultório de cirurgião dentista ou sala de emergência hospitalar para o alívio imediato da dor causada por um acidente ou lesão em um dente natural sadio. O tratamento pode incluir a pulpotomia ou a pulpectomia e obturações temporárias subsequentes, limitadas a três obturações por ano de vigência do seguro. O tratamento deve ser recebido dentro de 24 horas do evento da emergência. Este benefício não inclui nenhuma forma de prótese dentária, restaurações permanentes ou a continuidade de tratamentos de canais. Entretanto, se 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 diagnóstico e tratamento terapêutico existente fora de instituições em que a medicina convencional ocidental é ensinada. Refira-se à sua Tabela de Benefícios para confirmar se os seguintes métodos de tratamento complementar estão cobertos em seu plano: tratamento quiroprático, osteopatia, medicina herbal chinesa, homeopatia, acupuntura e podologia praticados por terapeutas habilitados.

Tratamento de disfunções 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.

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 que 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 refere-se ao cuidado recebido 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 periódico, intermitente ou contínuo. O tratamento de longo prazo pode ser fornecido em domicílio, em um hospital 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.

Terapia de Substituição 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.

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

Tratamento hospitalar sem internação é o tratamento planejado recebido em hospital ou unidade de atendimento durante o dia, incluindo acomodação hospitalar e cuidados de enfermagem, que não requer medicamente o pernoite do paciente no hospital, e para o qual se emite uma notificação de alta.

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

Tratamento odontológico hospitalar de emergência refere-se ao tratamento de casos agudos que requeiram atendimento odontológico de emergência devido a acidentes graves, sendo necessária a hospitalização. O tratamento deve ser recebido dentro de 24 horas do evento da emergência. A cobertura não se estende a tratamento odontológico de acompanhamento, cirurgia dentária, próteses dentárias, ortodontia ou periodontia. Caso você tenha cobertura para esses benefícios, esta estará indicada na sua Tabela de Benefícios separadamente.

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

Tratamento para a correção da visão a laser refere-se à cirurgia que tem como objetivo melhorar a qualidade da refração da córnea usando tecnologia a laser, incluindo investigações necessárias antes da cirurgia.

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

V

Visitas domiciliares são consultas dadas pelo médico, clínico ou terapeuta na residência do segurado. 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 segurado de ir até o consultório do seu médico, clínico ou terapeuta.

Você/Seu refere-se à 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 não ser que a cobertura seja confirmada na Tabela de Benefícios ou em qualquer endosso contratual.

AULAS PRÉ- E PÓS-NATAL

Aulas pré- e pós-natal.

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.

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.

CIRURGIA PLÁSTICA

Qualquer tratamento realizado por um cirurgião plástico, ainda que por razões médicas/psicológicas, assim como tratamentos cosméticos ou estéticos com o objetivo de melhorar a sua aparência, mesmo quando prescritos por um médico. As únicas exceções são as cirurgias que tenham sido aprovadas devido à disforia de gênero e cirurgias reparadoras para restaurar a função física ou a aparência após um acidente que tenha desfigurado o paciente ou como resultado de uma cirurgia relacionada ao tratamento do câncer. Note que sua apólice deve estar em vigor no momento do acidente ou cirurgia.

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

DEPENDÊNCIA DE DROGAS OU ALCOOLISMO

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

DOENÇAS CAUSADAS INTENCIONALMENTE OU LESÕES AUTO-INFLIGIDAS

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

DOENÇAS PREEXISTENTES

Em relação à grupos sujeitos à avaliação médica total, doenças preexistentes (incluindo quaisquer quadros crônicos preexistentes) indicadas no Formulário de Condições Especiais emitido antes da data de início da apólice (se relevante), e doenças que não foram declaradas

no formulário de solicitação relevante. As doenças que possam surgir entre o preenchimento do formulário de solicitação relevante e a data de início da apólice também serão consideradas preexistentes. Doenças preexistentes estarão sujeitas à avaliação médica e, se não nos forem declaradas, não serão cobertas.

EMBARCAÇÃO NO MAR

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

EQUIPAMENTOS MÉDICOS PRESCRITOS

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

ERRO MÉDICO

Tratamento necessário como resultado de erro médico.

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

Quaisquer despesas com pesquisas para descobrir causas, tratamento e complicações decorrentes de esterilização, disfunção sexual (a não ser que a condição médica seja decorrente de prostatectomia radical após cirurgia para o tratamento do câncer) e contracepção, inclusive inserção e remoção de aparelhos contraceptivos e todos os outros contraceptivos, mesmo quando prescritos por razões médicas. A única exceção para a cobertura de custos relacionados à contracepção são anticoncepcionais para o tratamento da acne, quando prescritos por um dermatologista.

EXAME MARCADOR TUMORAL

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

EXAME OFTALMOLÓGICO

Exames oftalmológicos realizados por um optometrista ou oftalmologista, a não ser que esteja indicado 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

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

MUDANÇA DE SEXO

Cirurgias de mudança de sexo e tratamentos relacionados.

PARTICIPAÇÃO EM GUERRA OU ATOS CRIMINOSOS

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

- Guerra
- Levantes populares
- Perturbações da ordem pública
- Terrorismo
- Atos criminais

- Atos ilegais
- Atos contra qualquer força beligerante estrangeira

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

TERAPIA FAMILIAR

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

TERAPIA OU TRATAMENTO COM 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 forem aprovados pela "Food and Drug Administration" nos Estados Unidos para o quadro médico em questão.

TESTES GENÉTICOS

Testes genéticos, exceto:

a) Caso exames genéticos específicos estejam inclusos em seu plano;
b) Quando testes de DNA estão diretamente vinculados a uma amniocentese qualificável, como no caso de mulheres com 35 anos ou acima dessa idade;
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 CT, PET e Ressonância Magnética.

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, a não ser 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 EXPERIMENTAL OU NÃO COMPROVADO OU TERAPIA COM MEDICAMENTOS

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

TRATAMENTO 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 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

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 E MINERAIS

Produtos classificados como:

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

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

BENEFÍCIOS QUE NÃO ESTÃO EM SUA TABELA DE BENEFÍCIOS

Os seguintes benefícios ou quaisquer conseqüências ou complicações relacionadas a elas, a não ser que estiver indicado em sua Tabela de Benefícios.

- Complicações na gravidez e complicações no parto.
- Exames para a detecção de câncer
- Tratamento quiroprático, osteopatia, homeopatia, medicina herbal chinesa, acupuntura e podologia
- Tratamento odontológico, cirurgia dentária, periodontia, tratamento ortodôntico e próteses odontológicas, com exceção dos procedimentos cirúrgicos odontológicos, que têm cobertura dentro do limite total máximo de seu Plano Principal.
- Exames para diagnósticos.

- **Honorários de médicos.**
- **Honorários de nutricionista.**
- **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 nutricionista.**
- **Psiquiatria e psicoterapia ambulatorial.**
- **Tratamento ambulatorial.**
- **Atendimento paliativo.**
- **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 para acompanhantes também cobertos do segurado evacuado.**
- **Despesas de viagem para acompanhantes também cobertos 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 pelo mesmo) ou o administrador da conta corporativa podem fazer alterações na apólice. Perguntas de segurança deverão ser respondidas para confirmar a sua identidade.

E-mail: client.services@allianzworldwidecare.com

Fax: +353 1 630 1306

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/
twitter.com/AllianzCare

DOC-EBG-GP-BPT-0322

Este documento é uma tradução em português do "Ministry of External Relations Plan - Employee Benefit Guide". A versão original inglesa deste documento é a versão autoritária. Em caso de existir discrepâncias entre a versão traduzida e a original inglesa, informamos que a versão inglesa já é legalmente vincular por si mesma.

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

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