

Formulário de **Solicitação**

Antes de começar, tenha em mente que:

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

Para deixar tudo bem claro...

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

País de origem: País de origem é aquele para o qual você possui um passaporte ou documento de identidade válido em vigor, o país em que você nasceu ou seu país principal de residência.

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

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

O nome do grupo

O número do grupo

Se você já estiver incluído na apólice da sua empresa e gostaria de adicionar um novo dependente, indique o número da apólice:**Allianz Medical Expert (AME) – nossa ferramenta de subscrição automática:**

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

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

Permissão para automatizar a decisão de subscrição

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

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

O que acontece depois?

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

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

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

Consideraremos apenas as solicitações de cobertura realizadas até o dia anterior ao 76º aniversário do candidato à cobertura. Observe que, se você deseja obter cobertura dos Planos de Saúde GlobalPass, seu país de residência deve fazer parte do Caribe ou da América Latina (com exceção do Brasil, já que os Planos de Saúde GlobalPass não estão disponíveis para residentes neste país).

Sr. Sra. Srta. Outros

Nome

Sobrenome

Data de nascimento / / Sexo no nascimento: Masculino Feminino

País de origem

Nacionalidade

País principal de residência

Endereço completo no país principal de residência (obrigatório)

Telefone principal CÓDIGO DO PAÍS CÓDIGO DE ÁREA

Telefone alternativo CÓDIGO DO PAÍS CÓDIGO DE ÁREA

E-mail (obrigatório; use letra de fôrma)

Profissão (obrigatório; indique se for estudante)

Detalhes de seu plano de saúde atual - nacional ou internacional:

Nome da Seguradora

Número da apólice

Data de início da cobertura / /

Indique o idioma em que deseja receber a documentação da apólice:

Inglês Espanhol Português

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

Você pode adicionar dependentes à sua apólice. Os dependentes podem ser o seu cônjuge/parceiro e todos os filhos financeiramente dependentes de você até o dia anterior ao 18º aniversário; ou até o dia anterior ao 26º aniversário, caso sejam estudantes em tempo integral. Para incluir um filho com idade entre 18 e 25 anos que seja estudante em tempo integral, é necessário anexar uma carta da faculdade/universidade que confirme a sua condição de estudante ou uma cópia de sua carteirinha de estudante. Consideraremos apenas solicitações de cobertura de dependentes adultos realizadas até o dia anterior ao 76º aniversário. Se não houver espaço suficiente para todos os dependentes, utilize outro Formulário de Solicitação e certifique-se de que todas as Declarações e Consentimentos relevantes sejam assinados e datados.

	Dependente 1	Dependente 2	Dependente 3
Grau de parentesco com o candidato à cobertura	Cônjuge/Parceiro(a) <input type="checkbox"/> Filho(a) <input type="checkbox"/>	Cônjuge/Parceiro(a) <input type="checkbox"/> Filho(a) <input type="checkbox"/>	Cônjuge/Parceiro(a) <input type="checkbox"/> Filho(a) <input type="checkbox"/>
Nome			
Sobrenome			
Data de nascimento	<input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Sexo no nascimento	Masculino <input type="checkbox"/> Feminino <input type="checkbox"/>	Masculino <input type="checkbox"/> Feminino <input type="checkbox"/>	Masculino <input type="checkbox"/> Feminino <input type="checkbox"/>
Profissão (obrigatório; indique se for estudante)			
E-mail (obrigatório para dependentes maiores de 18 anos)			
País de origem			
País principal de residência			
Nacionalidade			
Detalhes do plano de saúde atual - nacional ou internacional			
Nome da seguradora atual (se aplicável)			
Número da apólice atual (se aplicável)			

3 Data de início da sua cobertura

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

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

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

Escolha a área de cobertura de sua preferência

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

Mundial	Somente América Latina e Caribe	Mundial, exceto EUA, Hong Kong, China, Canadá, Cingapura, Suíça, Reino Unido e Brasil
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Selecione seu plano

Consulte o Guia de Benefícios e a Tabela de Benefícios para detalhes dos vários planos listados abaixo.

GlobalPass Individual Choice 1 com o Plano Odontológico	GlobalPass Individual Choice 1 sem o Plano Odontológico	GlobalPass Individual Connect com o Plano Odontológico	GlobalPass Individual Connect sem o Plano Odontológico	GlobalPass Individual Choice 2
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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

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

Indique se você ou seus dependentes:

- o) Atualmente, está tomando quaisquer medicamentos prescritos ou de venda livre, comprimidos ou outro tratamento. Sim Não
- p) Irá se submeter a uma revisão médica, foi encaminhado para outros testes/investigações, ou está aguardando resultados ou qualquer tratamento devido a acidentes, lesões, doenças ou desordens. Sim Não
- q) Foi submetido a testes ou investigações nos últimos 10 anos que resultaram no encaminhamento para aconselhamento médico ou tratamento, tais como, mas não limitado a biópsia, colonoscopia, colposcopia, tomografia computadorizada, mamografia, ressonância magnética, Teste de Papanicolaou ou teste de antígeno prostático específico (PSA), ecocardiograma, ultrassonografia, etc. Sim Não
- Por favor, **NÃO** forneça resultados de testes genéticos (DNA ou RNA), já que estes não são necessários para a avaliação médica.
- r) Nos últimos dois anos, você apresentou quaisquer sintomas ou problemas médicos recorrentes ou contínuos NÃO relacionados a uma condição médica já divulgada, tais como, mas não se limitando a: Sim Não
- Febre (39,4°C ou acima) e/ou tosse contínua
 - Falta de ar
 - Rouquidão
 - Dor de cabeça severa/ contínua
 - Verruga ou marca na pele que tenha sangrado, mudado de aspecto ou se tornado dolorosa
 - Formigamento
 - Visão embaçada ou duplicada
 - Perda de peso inesperada
 - Sangramento retal, mudanças nos hábitos intestinais ou na frequência urinária
 - Perda de sensibilidade, ataques epiléticos ou perda de consciência
 - Sangramento anormal
 - Dor/rigidez nas articulações
- s) Nos últimos 30 dias, você recebeu recomendação para se autoisolar, ou decidiu fazê-lo por conta própria? Sim Não

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


- t) Alguma das pessoas que estejam solicitando cobertura por meio deste formulário está recebendo ou foi orientada a receber tratamento odontológico, cirurgia dentária, prótese dentária, ortodontia ou periodontia? Sim Não
- Se a resposta for afirmativa, você precisará preencher um Questionário Odontológico, disponível para download em nosso site: www.allianzcare.com/pt/pessoal/formulario-de-solicitacao-para-planos/

7 Declaração

Leia cuidadosamente as declarações a seguir e assine no espaço abaixo somente se você entender e estiver de acordo com elas.

- Declaro que todas as informações fornecidas acima são verdadeiras e estão completas, incluindo as respostas que não apresentam minha caligrafia. Declaro também que não omiti, adulterei ou distorci qualquer fato material. Entendo que este formulário será a base do meu contrato com a Allianz Care, e que qualquer declaração falsa, incorreta ou enganosa, bem como a omissão de qualquer fato material poderá tornar este contrato nulo e sem efeito.
- Responsabilizo-me em informar imediatamente, por escrito, a Allianz Care sobre qualquer alteração no meu estado de saúde ou no estado de saúde de meus dependentes que tenha ocorrido entre a assinatura do Formulário de Solicitação e a data de início da apólice.
- Eu concordo em renunciar quaisquer direitos que eu possa ter com relação ao sigilo ou à confidencialidade médica quando relacionados ao acesso de meus registros médicos no contexto desta solicitação de cobertura. Concordo que a Allianz Care, caso julgue apropriado, verifique as declarações sobre minha condição de saúde e as declarações fornecidas a outras seguradoras de saúde sobre contratos anteriores ou atuais que eu possa ter solicitado cobertura.
- Sujeito a restrições legais, a Allianz Care (ou seus consultores médicos, representantes designados ou especialistas terceirizados em caso de disputas) podem solicitar informações médicas sobre mim de profissionais da área médica. Nestas circunstâncias, autorizo que todos esses profissionais, médicos, dentistas, membros de profissões médicas e funcionários de hospitais, autoridades de saúde e instalações médicas forneçam informações médicas relevantes, conforme solicitado. Esta declaração também se aplica aos meus dependentes abaixo de 18 anos, bem como àqueles que não podem compreender o significado desta declaração.
- Eu confirmo que:
 - li e entendi completamente as definições, benefícios, exclusões e condições desta apólice, incluindo os detalhes relacionados a doenças preexistentes;
 - recebi, li e compreendi o Documento de Informações do Produto de Seguros e aceito os termos e condições, conforme resumidos neste e explicados no meu Guia de Benefícios;
 - com base nas informações fornecidas nesses documentos e nas seleções de planos que fiz, acredito que o produto selecionado é o mais adequado às minhas necessidades específicas de seguro.
- Eu entendo que:
 - este Formulário de Solicitação terá a validade de dois meses a partir da data de preenchimento e de assinatura;
 - posso cancelar minha solicitação de cobertura por escrito por carta ou e-mail no prazo de 30 dias a partir da data em que eu receber os termos e condições da minha apólice; desde que eu não tenha solicitado nenhum reembolso, eu terei o direito de ser ressarcido com o valor total do prêmio.
- Eu aceito que:
 - seja de minha responsabilidade verificar a exatidão das informações contidas no Certificado de Seguro, uma vez que for emitido; se o conteúdo não estiver de acordo com o Formulário de Solicitação, mas eu não fizer nenhum protesto dentro de 30 dias após a data de emissão do Certificado de Seguro, será considerada aceita a oferta de cobertura;
 - a cobertura estará sujeita aos termos e condições padrão aplicáveis na data de início ou de renovação da apólice e estão definidos no Guia de Benefícios;
 - a cobertura oferecida pela Allianz Care pode não ser adequada caso eu ou algum de meus dependentes seja ou venha a se tornar residente de um país em que vigorem restrições locais relacionadas a seguro de saúde obrigatório (por exemplo, na Suíça);
 - é minha responsabilidade verificar se estou sujeito a quaisquer requisitos relacionados a seguro de saúde obrigatório em meu país de residência e posso confirmar que minha cobertura de saúde está de acordo com tais exigências.

Como candidato à cobertura, assino e dato este formulário em nome de todas as pessoas incluídas nesta solicitação.

 Assinatura do candidato

Nome do candidato em letras de fôrma

Data / /

8 Nomeação do titular da apólice


Esta seção deve ser preenchida por todos os dependentes que desejem nomear o titular da apólice como o principal contato.

Para facilitar a administração da apólice, você pode nomear o titular da apólice como o principal contato da apólice de seguro. Para fazer isso, basta selecionar "Sim" abaixo.


Eu autorizo

INSIRA O NOME DO TITULAR DA APÓLICE


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

 Assinatura do dependente 1

/ /

 Assinatura do dependente 2

/ /

 Assinatura do dependente 3

/ /


9 Corretor nomeado (se aplicável)

Eu autorizo


INSIRA O NOME DO CORRETOR

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


Somente para uso interno — carimbo/código
do intermediário

 Assinatura do candidato à cobertura


D D / M M / A A A A

 Assinatura do dependente 1

D D / M M / A A A A

 Assinatura do dependente 2

D D / M M / A A A A

 Assinatura do dependente 3

D D / M M / A A A A

10 Seus dados pessoais

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

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

11 Consentimento de dados


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

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

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

Nome do candidato à cobertura	Nome do dependente 1	Nome do dependente 2	Nome do dependente 3
<ul style="list-style-type: none">• Permissão para coletar, armazenar e usar dados sobre a minha saúde. A Allianz Care pode coletar, armazenar e utilizar dados sobre a minha saúde com o objetivo de administrar a apólice, como, por exemplo, para me fornecer uma cotação de cobertura de seguro, subscrever os riscos relacionados ou processar um pedido de reembolso. A Allianz Care pode armazenar dados sobre a minha saúde de acordo com as leis do Código do Consumidor aplicáveis a esta apólice de seguro ou com qualquer outra lei aplicável que requeira a retenção de dados.• Permissão para obter meus dados de terceiros. Para me fornecer cobertura de seguro, subscrever os riscos relacionados ou processar quaisquer pedidos de reembolsos, a Allianz Care pode obter dados sobre a minha saúde e outras informações pertinentes de médicos, enfermeiros e funcionários de hospitais, outras instituições de saúde, casas de cuidados, fundos estatutários de seguro de saúde, o patrocinador de meu plano, associações profissionais e autoridades públicas. Concordo com a liberação de todos os indivíduos dessas instituições e da seguradora de suas respectivas obrigações de confidencialidade em relação aos dados sobre a minha saúde ou outros dados que sejam requeridos para o uso nas circunstâncias listadas acima.• Compartilhamento de meus dados fora da Allianz Care. A Allianz Care pode compartilhar os dados sobre a minha saúde e outras informações com especialistas ou instituições descritas abaixo. Eles apenas usarão os dados na mesma medida e para os mesmos propósitos que a Allianz Care. Entendo que a Allianz Care possui contratos com essas instituições que protegem meus dados. Concordo com a liberação de todos os indivíduos dessas instituições e da seguradora de suas respectivas obrigações de confidencialidade em relação aos dados sobre a minha saúde e outros dados que sejam requeridos para o uso nas circunstâncias listadas abaixo:<ul style="list-style-type: none">- Com profissionais independentes da área da saúde para permitir que estes avaliem os riscos relacionados ao seguro e quaisquer benefícios a serem pagos a mim ou a terceiros me fornecendo tratamento ou serviço de acordo com minha apólice de seguro.- Com provedores de serviço que não façam parte do Grupo Allianz que fornecem certos serviços em nome da Allianz Care, tais como avaliações de riscos e processamento de pedidos de reembolso, quando:<ul style="list-style-type: none">- estes serviços envolvam a coleta e o uso de dados sobre a minha saúde e outras informações; e- a Allianz Care não for capaz de administrar minha apólice ou de pagar quaisquer benefícios a mim destinados sem tais dados.- Com cosseguradoras para distribuir a cobertura do risco do seguro conjuntamente com outras companhias a quem a Allianz Care emite a apólice, e para processar pedidos de reembolso conjuntamente.- Com outras seguradoras/resseguradoras que estejam cobrindo o mesmo risco de seguro ao mesmo tempo – seguro múltiplo – para:<ul style="list-style-type: none">- distribuir o pagamento ou qualquer compensação que possa ser devida a mim; ou- colaborar na detecção ou prevenção de fraude e crime financeiro.			

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

 Assinatura do candidato à cobertura


D D / M M / A A A A

 Assinatura do dependente 1

D D / M M / A A A A

 Assinatura do dependente 2

D D / M M / A A A A

 Assinatura do dependente 3

D D / M M / A A A A

12 Preferências de marketing

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

	Nome do candidato à cobertura	Nome do dependente 1	Nome do dependente 2	Nome do dependente 3
Informações que a Allianz Care envia sobre seus produtos e serviços, incluindo atualizações sobre suas últimas promoções e novos produtos e serviços.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Informações enviadas diretamente por outras empresas do Grupo Allianz sobre seus produtos e serviços. Eu entendo que a seguradora divulgará minhas informações de contato relevantes a estas empresas para esse propósito.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Informações enviadas diretamente por outros parceiros comerciais da Allianz Care sobre seus produtos e serviços. Eu entendo que a seguradora divulgará minhas informações de contato relevantes a estas empresas para esse propósito.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tais comunicações devem ser enviadas para mim através dos seguintes canais:				
E-mail	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Notificações no aplicativo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Telefone	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Correio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

13 Dados de pagamento

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

Não faça nenhum pagamento até receber o número da apólice.

Moeda para pagamento

Observe que o pagamento deve ser feito em dólares americanos (US\$).

Frequência e método de pagamento

Os pagamentos estão sujeitos aos seguintes encargos de administração: 0% para pagamentos anuais, 4% para pagamentos semestrais, 6% para pagamentos trimestrais e 9% para pagamentos mensais.

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

	Anual	Semestral	Trimestral	Mensal
Cartão de crédito	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cheque	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Não disponível
Transferência bancária	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Não disponível

Se você optou por pagar em cheque ou por transferência bancária, certifique-se de que os pagamentos sejam efetuados em dia, para evitar possíveis atrasos no processamento de pedidos de reembolso.

Pagamento com cartão

Se desejar pagar com cartão de crédito, forneça as seguintes informações:

Tipo de cartão de crédito: MasterCard VISA American Express JCB Diners Club Discover

Nome do titular do cartão

Número do cartão Data de vencimento M M / A A


Código CVV

VISA, MasterCard, Discover e Diners Club: os últimos três dígitos no painel de assinatura na parte posterior do cartão.
American Express: número de quatro dígitos impresso na parte frontal do cartão acima do número.

Para a sua segurança, uma vez que todas as informações sejam transferidas para o nosso sistema, os dados do seu cartão de crédito serão destacados deste formulário e destruídos.

Autorização do cartão

Autorizo a Allianz Care a debitar em meu cartão de crédito o prêmio referente ao meu seguro de saúde. Eu entendo que serei notificado sobre o prêmio quando minha cobertura/renovação for aceita, ou caso eu faça uma solicitação que afete o valor do meu prêmio, como a inclusão de dependentes. Este pagamento continuará até que a instrução seja cancelada, por minha notificação por escrito à Allianz Care. Entendo que serei notificado com um mês de antecedência sobre qualquer aumento no valor do prêmio.

 Assinatura do titular do cartão Data D D / M M / A A A A

Envie o formulário completamente preenchido por um destes canais:

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


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

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

 www.facebook.com/AllianzCare

 www.linkedin.com/company/allianz-care

 www.youtube.com/c/allianzcare

 www.instagram.com/allianzcare/

 x.com/AllianzCare

 www.tiktok.com/@allianzcare