

# Formulário de Solicitação para Membro de Grupo

Se você optar por preencher a versão impressa deste formulário, **PREENCHA-O EM LETRAS MAIÚSCULAS**

## Antes de preencher o formulário, tenha em mente que:

1. Você deve preencher o formulário por completo e nos informar todas as informações relevantes.
2. O titular da apólice deve assinar a seção 4.
3. Todos os candidatos adultos devem assinar a seção 7. De acordo com o Regulamento Geral de Proteção de Dados (GDPR) da União Europeia, não poderemos processar sua solicitação sem tais assinaturas. Um dos pais ou um guardião legal deve preencher esta seção para qualquer candidato à cobertura menor de 18 anos.

## Um esclarecimento rápido...

Como você vai ver, o formulário menciona os termos abaixo com frequência. Veja aqui o que eles significam:

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

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

Se estiver solicitando adesão a um grupo, indique:

O nome do grupo

O número do grupo

Se estiver adicionando um novo dependente a uma apólice existente, indique o número da sua apólice:

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

Vamos usar esses dados para entrar em contato com você sobre aspectos importantes da sua cobertura. Caso seus dados de contato sejam alterados, por favor nos avise assim que possível para garantir o recebimento das suas correspondências.

Sr.  Sra.  Srta.  Outros  Nome

Sobrenome

Data de nascimento  /  /  Sexo: 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 qualquer plano de saúde atual - nacional ou internacional

Nome da Seguradora

Número da apólice  Data de início da cobertura  /  /

Em qual idioma você gostaria de receber os documentos da sua apólice?

Português  Inglês  Alemão  Francês  Espanhol  Italiano

## 2 Dados dos seus dependentes

Você pode incluir dependentes na sua apólice. Os dependentes são seu cônjuge/parceiro e todos os filhos financeiramente dependentes de você até um dia antes de completarem 18 anos ou até um dia antes de completarem 26 anos, 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. 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
Nível de parentesco com o candidato à cobertura	Cônjuge/Parceiro(a) <input type="checkbox"/> Filho(a) <input type="checkbox"/>	Cônjuge/Parceiro(a) <input type="checkbox"/> Filho(a) <input type="checkbox"/>	Cônjuge/Parceiro(a) <input type="checkbox"/> Filho(a) <input type="checkbox"/>
Nome			
Sobrenome			
Data de nascimento	<input type="text"/> <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	Masculino <input type="checkbox"/> Feminino <input type="checkbox"/>	Masculino <input type="checkbox"/> Feminino <input type="checkbox"/>	Masculino <input type="checkbox"/> Feminino <input type="checkbox"/>
Profissão (obrigatório. Indique se for estudante)			
E-mail (obrigatório para dependentes maiores de 18 anos)			
País de origem			
País principal de residência			
Nacionalidade			

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

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

## 3 Sua saúde

- a) Você ou um de seus dependentes já teve histórico de câncer (incluindo tumores cerebrais benignos), uma doença do coração ou derrame, prótese para articulações, ou doenças psiquiátricas ou mentais? Sim  Não
- b) Nos últimos 12 meses, você ou um de seus dependentes apresentou quaisquer sinais ou sintomas que podem requerer uma consulta com um profissional médico ou você ou um de seus dependentes está aguardando qualquer avaliação, tratamento ou investigação de problemas médicos atuais ou passados? Sim  Não
- c) Você ou um de seus dependentes já sofreu de alguma condição médica de longo-prazo, contínua ou crônica para a qual precisa de consultas regulares ou de uma avaliação ou tratamento? Sim  Não
- d) Caso o plano inclua cobertura para maternidade, você ou uma das suas dependentes está grávida no momento? Sim  Não
- e) Nos últimos dois anos, você ou um de seus dependentes neste formulário teve problemas ou preocupações relacionadas à saúde que não se enquadram nas perguntas de a) a d) acima? Sim  Não

### Informações adicionais para as respostas afirmativas

Se você respondeu Sim a qualquer uma das perguntas de a) a e) acima, forneça detalhes na tabela abaixo. Indique se houve a recuperação completa ou se você ou seus dependentes têm qualquer condição médica ou doença relacionada ou decorrente do diagnóstico original.

Recomendamos que você anexe toda a documentação de apoio atualizada (como certificado médico ou resultado de exames) sempre que possível.

Nome da pessoa e pergunta a ser respondida	Peso e altura da pessoa	A pessoa é fumante?	Sintoma e/ou condição médica, incluindo a data de início	Qual tratamento, medicação ou dieta especial você recebeu? Por favor, inclua datas e especifique os nomes e as dosagens dos medicamentos	Quais consultas de retorno, investigações médicas, exames para diagnósticos ou procedimentos são necessários ou foram recomendados?	Você ainda apresenta essa condição médica ou sintoma?	Qual é a data da sua última consulta com qualquer profissional de saúde para essa condição médica ou sintoma?
Nome:	<input type="text"/> kg	Sim <input type="checkbox"/>					
Pergunta:	<input type="text"/> cm	Não <input type="checkbox"/>	<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"/>

Nome da pessoa e pergunta a ser respondida	Peso e altura da pessoa	A pessoa é fumante?	Sintoma e/ou condição médica, incluindo a data de início	Qual tratamento, medicação ou dieta especial você recebeu? Por favor, inclua datas e especifique os nomes e as dosagens dos medicamentos	Quais consultas de retorno, investigações médicas, exames para diagnósticos ou procedimentos são necessários ou foram recomendados?	Você ainda apresenta essa condição médica ou sintoma?	Qual é a data da sua última consulta com qualquer profissional de saúde para essa condição médica ou sintoma?
Nome: _____ Pergunta: _____	<input type="text"/> kg <input type="text"/> cm	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>				<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>
Nome: _____ Pergunta: _____	<input type="text"/> kg <input type="text"/> cm	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>				<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>
Nome: _____ Pergunta: _____	<input type="text"/> kg <input type="text"/> cm	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>				<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>


Se não houver espaço suficiente na tabela acima, utilize outra cópia deste formulário.

## 4 Declaração

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

- Declaro que todas as informações fornecidas acima são verdadeiras e estão completas, incluindo as respostas que não apresentam minha caligrafia. 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.
- 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 menores de 18 anos bem como àqueles que não podem compreender o significado desta declaração.
- 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 do mesmo.
- Eu aceito que:
  - Seja de minha responsabilidade verificar a exatidão das informações contidas no Certificado de Seguro, uma vez que for emitido.
  - A cobertura estará sujeita aos termos e condições padrão aplicáveis na data de início ou de renovação da apólice e que 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, assine e date este formulário em nome de todas as pessoas incluídas nesta solicitação.

 Assinatura do candidato \_\_\_\_\_

Nome do candidato em letras de fôrma

Data  /  /

## 5 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 assinar 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

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

## 6 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/privacy.html](http://www.allianzcare.com/pt/privacy.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](mailto:AP.EU1DataPrivacyOfficer@allianz.com)

## 7 Consentimento de dados

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

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

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

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

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

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



Assinatura do candidato

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

## 8 Preferências de marketing

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

## Envie o formulário completamente preenchido por um destes métodos:

@ E-mail: [underwriting@e.allianz.com](mailto:underwriting@e.allianz.com)

☎ Fax: +353 1 629 7117

🏠 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/](https://www.facebook.com/AllianzCare/)

🌐 [www.linkedin.com/company/allianz-care](https://www.linkedin.com/company/allianz-care)

📺 [www.youtube.com/c/allianzcare](https://www.youtube.com/c/allianzcare)

📷 [www.instagram.com/allianzcare/](https://www.instagram.com/allianzcare/)

🐦 [twitter.com/AllianzCare](https://twitter.com/AllianzCare)