



Planos de Saúde GlobalPass para a América Latina

# FORMULÁRIO de Solicitação

Allianz  Care

## PREENCHA ESTE FORMULÁRIO EM LETRA DE FÔRMA

Se você estiver adicionando um novo dependente, por favor, indique o número de sua apólice existente:

Se você estiver solicitando adesão a uma conta corporativa, por favor indique:

Nome do grupo

Número do grupo

Sempre que aparecerem neste formulário, as seguintes palavras ou frases terão o sentido definido abaixo:

**País de origem:** o país declarado para o qual o candidato à cobertura deseja ser repatriado.

**País principal de residência:** o país no qual você (ou seus dependentes, se aplicável) mora por mais de seis meses durante o ano.

## 1 DETALHES DO CANDIDATO À COBERTURA (observe que o candidato à cobertura será o titular da apólice)

Para garantir o recebimento de sua correspondência, qualquer alteração nas informações de contato nos deverá ser comunicada. Consideraremos apenas as solicitações para cobertura realizadas até o dia anterior ao seu 76º aniversário. Observe que, se você deseja obter cobertura dos Planos de Saúde GlobalPass sob uma apólice individual, 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 no país que desejam obter cobertura sob uma apólice individual).

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. Por favor, indique em letra de fôrma)

Profissão (obrigatório). Indique se for estudante

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

Português

Inglês

Espanhol

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

Nome da seguradora

Número da apólice  Data de início da cobertura  /  /

## 2 DEPENDENTES A SEREM INCLUÍDOS NA APÓLICE

Os dependentes podem incluir o cônjuge/parceiro e todos os filhos financeiramente dependentes do titular da apólice até o dia anterior ao seu aniversário de 18 anos; ou até o dia anterior ao seu aniversário de 24 anos, se forem estudantes em tempo integral. Para incluir um filho com idade igual ou superior a 18 anos na apólice, 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 as solicitações de cobertura para adultos realizadas até o dia anterior ao seu 76º aniversário. Se não houver espaço suficiente para todos os dependentes, utilize outro Formulário de Solicitação.

	Dependente 1	Dependente 2	Dependente 3
Parentesco com o candidato à cobertura	Cônjuge <input type="checkbox"/> Filho(a) <input type="checkbox"/>	Cônjuge <input type="checkbox"/> Filho(a) <input type="checkbox"/>	Cônjuge <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"/>
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); favor indicar se for estudante			
Endereço de 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			
Número da apólice			
Data de início da cobertura	<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"/>





**1. Alguma das pessoas que estejam solicitando cobertura por meio deste formulário já sofreu de, foi hospitalizada devido a, recebeu tratamento de qualquer tipo, ou passou por um exame ou investigação para:**

- (a) Alguma doença ou distúrbios cardíacos ou circulatórios, tais como, mas não se limitando a, ataque cardíaco, doença arterial coronariana, batimento cardíaco irregular, sopro, dor no peito, coágulos, desordens sanguíneas, problemas de pressão ou colesterol alto? Sim  Não
- (b) Alguma doença ou distúrbios dermatológicos, tais como, mas não se limitando a psoríase, dermatite, eczema, alergia ou acne? Sim  Não
- (c) Alguma doença ou distúrbios endócrinos, tais como, mas não se limitando a diabetes, problemas de peso, problemas de gota ou da tireóide ou outros desequilíbrios hormonais? Sim  Não
- (d) Alguma doença ou distúrbios do olho, da orelha, do nariz e da garganta tais como, mas não se limitando a catarata, glaucoma, perda auditiva, problemas sinusais ou das amígdalas e adenóides? Sim  Não
- (e) Alguma doença ou distúrbios gastrointestinais, tais como, mas não se limitando a problemas de estômago, hérnia, hemorróidas, pedras na vesícula, pólipos do cólon, doença de Crohn, colite ou problemas no fígado? Sim  Não
- (f) Alguma doença infecciosa, tal como, mas não se limitando a: hepatite A-B-C, herpes, HIV, malária, meningite, infecções sanguíneas ou doenças sexualmente transmissíveis? Sim  Não
- (g) Alguma doença ou distúrbios musculares e esqueléticos, tais como, mas não se limitando a dor nas costas, pescoço ou articulações, artrite, paralisia, substituição das articulações ou problemas de cartilagem e ligamento? Sim  Não
- (h) Alguma doença ou distúrbios neurológicos, tais como, mas não se limitando a acidente vascular cerebral (AVC), esclerose múltipla, epilepsia, doenças neurodegenerativas ou convulsões, enxaqueca, ciática ou dor nervosa? Sim  Não
- (i) Alguma doença ou distúrbios oncológicos tais como, mas não se limitando a qualquer câncer, leucemia, linfomas, tumores, lesões cutâneas, nódulo, cisto, verruga, pólipos ou nevo? Sim  Não
- (j) Algum distúrbio psiquiátrico ou psicológico, tal como, mas não se limitando a depressão, ansiedade, síndrome de fadiga crônica, distúrbios alimentares ou problemas de alcoolismo ou drogas, Alzheimer ou outras demências? Sim  Não
- (k) Alguma doença ou distúrbios respiratórios tais como, mas não se limitando a, Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC), asma, bronquite, sinusite ou falta de ar. Sim  Não
- (l) Alguma doença ou distúrbios dos órgãos urológicos ou reprodutivos, tais como, mas não se limitando a problemas nos rins ou no trato urinário, problema menstrual, problema de fertilidade, miomas, endometriose, problemas testiculares ou aumento da próstata? Sim  Não
- (m) Algum outro acidente, lesão, doença ou desordem ainda não divulgados? Sim  Não

**2. Alguma das pessoas que estejam solicitando cobertura por meio deste formulário:**

- (a) Está atualmente tomando medicamentos prescritos, medicação (incluindo medicamentos sem prescrição médica), comprimidos ou qualquer outro tratamento. Sim  Não
- (b) Irá se submeter a uma revisão médica, foi encaminhado para outros testes/investigações, está aguardando resultados ou qualquer tratamento devido a acidentes, lesões, doenças ou desordens ainda não mencionados. Sim  Não
- (c) Foram submetidos a testes ou pesquisas não rotineiras, tais como, mas não se limitando a, biópsia, coloscopia, tomografia computadorizada (TC), mamografia, ressonância magnética (RM), teste de Papanicolaou (PAP), teste de antígeno específico da próstata (PSA), 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.**

**AS PERGUNTAS 3 E 4 DEVEM SER PREENCHIDAS APENAS SE VOCÊ ESTIVER ADQUIRINDO COBERTURA ODONTOLÓGICA.**

**3. Alguma das pessoas que estejam solicitando cobertura por meio deste formulário está recebendo ou foi orientada a receber tratamento odontológico?** Sim  Não

Se a resposta for afirmativa, você precisará preencher um Questionário Odontológico, disponível para download em nosso site: [www.allianzworldwidecare.com/pt/pessoal/formulario-de-solicitacao-para-planos/](http://www.allianzworldwidecare.com/pt/pessoal/formulario-de-solicitacao-para-planos/)

**4. Alguma das pessoas que estejam solicitando cobertura por meio deste formulário:**

- (a) Sofre de periodontite (desordem extensiva da gengiva e das estruturas de suporte aos dentes)? Sim  Não
- (b) Perdeu dentes permanentes que não foram substituídos, ou possui coroas, blocos, implantes, pontes ou obturações? Sim  Não

Se a resposta for afirmativa, indique o nome da pessoa, o tipo e quantidade de cada tratamento referido acima e o número de dentes com pontes.






## 8 CONSENTIMENTO DE DADOS

Precisamos do seu consentimento para coletar e processar dados sobre a sua saúde e outros dados relacionados à apólice de seguro que você deseja adquirir. Se você não fornecer seu consentimento explícito para o processamento de seus dados pessoais conforme descrito abaixo, não poderemos fornecer a apólice que você deseja adquirir ou processar quaisquer pedidos de reembolso relacionados a você no futuro. Se você concorda, 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, dependente 1, dependente 2 e dependente 3 permito/permitimos:

NOME DO CANDIDATO	NOME DO DEPENDENTE 1	NOME DO DEPENDENTE 2	NOME DO DEPENDENTE 3

**1. A coleta, o armazenamento e o uso de dados sobre a minha saúde:** A seguradora 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 seguradora pode armazenar dados sobre a minha saúde de acordo com as leis do Código do Consumidor aplicáveis à minha apólice de seguro com a seguradora ou qualquer outra lei aplicável.

**2. A obtenção de dados sobre a minha saúde de terceiros:** A seguradora 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 para me fornecer cobertura de seguro, subscrever os riscos relacionados ou processar quaisquer pedidos de reembolso. 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.

**3. O compartilhamento dos meus dados fora do âmbito da seguradora:** A seguradora pode compartilhar os dados sobre a minha saúde e outras informações com instituições filiadas para uso na mesma extensão e propósito da seguradora. Entendo que a seguradora 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 no caso de necessidade de avaliação de riscos relacionados ao seguro e benefícios a serem pagos a mim ou a terceiros me fornecendo tratamento 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 seguradora, tais como avaliações de riscos e processamento de pedidos de reembolso que envolvam a coleta e uso de dados sobre a minha saúde e outras informações, sem as quais a seguradora não seria capaz de administrar minha apólice ou de pagar quaisquer benefícios a mim destinados.
- Com cosseguradoras para distribuir a cobertura do risco do seguro conjuntamente com outras companhias a quem a seguradora 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 a distribuição de pagamento ou qualquer compensação que possa ser devida a mim, ou para a colaboração na detecção ou prevenção de fraude e crime financeiro.

Se eu mudar de ideia sobre as minhas preferências listadas acima, incluindo o cancelamento de meu consentimento em relação a qualquer um desses itens, eu poderei informar a seguradora através do endereço de e-mail AP.EU1DataPrivacyOfficer@allianz.com

### NOMEAÇÃO DO TITULAR DA APÓLICE

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, o que pode envolver a divulgação de informações médicas confidenciais. Esta autorização permanecerá em vigor até que eu solicite por escrito à Allianz Care para revogá-la.

Sim  Não

Sim  Não

Sim  Não

### INTERMEDIÁRIO NOMEADO

Eu autorizo por meio desta declaração

INSIRA O NOME DO INTERMEDIÁRIO NOMEADO

a atuar em meu nome, com o intuito de administrar a apólice, o que pode incluir o fornecimento de informações médicas. Esta autorização será válida até que uma solicitação para revogá-la seja enviada (por escrito) à Allianz Care.

Assinatura do corretor

Somente para uso interno -  
carimbo/código do intermediário

Assinatura do candidato

Assinatura do dependente 1

Assinatura do dependente 2

Assinatura do dependente 3

D D / M M / A A A A

D D / M M / A A A A

D D / M M / A A A A

D D / M M / A A A A

## 9 PREFERÊNCIAS DE MARKETING

■ Eu, o candidato à cobertura, dependente 1, dependente 2 e dependente 3 concordo/concordamos que a seguradora pode coletar, usar e divulgar meus dados pessoais para me fornecer informações de marketing, e eu entendo que os meus dados pessoais só serão processados pelas seguintes razões e atividades com as quais eu expressamente concordei, marcando  abaixo.

NOME DO CANDIDATO	NOME DO DEPENDENTE 1	NOME DO DEPENDENTE 2	NOME DO DEPENDENTE 3

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

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

• Informações enviadas diretamente pelos parceiros de negócios da seguradora sobre seus produtos e serviços. Eu entendo que a seguradora possa divulgar minhas informações de contato relevantes a tais parceiros para essa finalidade.



## 9 PREFERÊNCIAS DE MARKETING (CONTINUAÇÃO)

CANDIDATO	DEPENDENTE 1	DEPENDENTE 2	DEPENDENTE 3
Tais comunicações devem ser enviadas para mim através dos seguintes canais:			
<input type="checkbox"/> E-mail	<input type="checkbox"/> E-mail	<input type="checkbox"/> E-mail	<input type="checkbox"/> E-mail
<input type="checkbox"/> Notificações no aplicativo	<input type="checkbox"/> Notificações no aplicativo	<input type="checkbox"/> Notificações no aplicativo	<input type="checkbox"/> Notificações no aplicativo
<input type="checkbox"/> Telefone	<input type="checkbox"/> Telefone	<input type="checkbox"/> Telefone	<input type="checkbox"/> Telefone
<input type="checkbox"/> Correio	<input type="checkbox"/> Correio	<input type="checkbox"/> Correio	<input type="checkbox"/> Correio

## 10 A PROTEÇÃO DE SEUS DADOS PESSOAIS É DE TOTAL IMPORTÂNCIA PARA NÓS

Nosso Aviso de Proteção de Dados explica como protegemos sua privacidade. Este é um aviso importante que descreve como processaremos seus dados pessoais e deve ser lido antes de você enviar quaisquer dados pessoais para nós. Você pode ler nosso Aviso de Proteção de Dados em nosso site: <https://www.allianzworldwidecare.com/pt/privacidade/>

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, você também pode enviar um e-mail para: [AP.EU1DataPrivacyOfficer@allianz.com](mailto:AP.EU1DataPrivacyOfficer@allianz.com)

## 11 DADOS DE PAGAMENTO

Esta seção não precisa ser preenchida se você estiver solicitando adesão a uma conta corporativa, cujo prêmio é pago por sua empresa.

Nenhum pagamento deverá ser realizado até que você tenha recebido o número de sua apólice.

Por favor note 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 8% 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.

## ENVIE O FORMULÁRIO COMPLETAMENTE PREENCHIDO POR UM DESTES MÉTODOS:

E-mail para: [underwriting@allianzworldwidecare.com](mailto:underwriting@allianzworldwidecare.com)

Fax para: + 353 1 629 7117

Correio para: 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.

Este documento é uma tradução em português do "GlobalPass Choice - Healthcare Plans - Application Form". A versão inglesa deste documento é a versão original e legalmente vinculante. Se houver discrepâncias entre esta tradução e a versão inglesa, informamos que a versão inglesa é a legalmente vinculante. 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 Nanterre. 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.

FRM-APP-GP-BPT-0618

## PAGAMENTO COM CARTÃO DE CRÉDITO

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

Tipo de cartão de crédito: Mastercard  Visa  American Express

Nome do titular do cartão:

Número do cartão:  -  -  -  Data de vencimento:  /

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 para cartão de crédito

Autorizo a Allianz Care a debitar em meu cartão de crédito o prêmio do meu plano de saúde (do qual serei notificado na aceitação ou renovação da cobertura ou em caso de uma solicitação feita por mim e que afete meu plano de saúde, como a adição de dependentes). Este procedimento continuará até que esta instrução seja cancelada, por minha notificação enviada por escrito à Allianz Care. Entendo que serei notificado com um mês de antecedência sobre qualquer aumento do valor do prêmio.

Assinatura do titular do cartão

Data  /

