Allianz

Guia de Benefícios para Funcionários

Ministério das Relações Exteriores

Válido a partir de 1º de abril de 2025

Bem-vindo(a)

Você e sua família podem agora contar conosco 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 detalhes.

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.

Este documento é uma tradução da versão original em inglês. 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.

Sumário

Como usar sua cobertura 4

Serviços de suporte 4

Entenda como sua cobertura funciona 10

Precisa de tratamento? 22

Termos e condições de sua cobertura 30

Termos e condições 30

Administração de sua apólice 31

Os seguintes termos também se aplicam à sua cobertura 36

Proteção de Dados 39

Procedimento de gestão de reclamações 39

Definições 40

Exclusões 59

Fale conosco, adoramos ajudar! 64

Como usar sua cobertura

Serviços de suporte

Fale conosco, adoramos ajudar!

A nossa Central de Atendimento multilíngue 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
Português: +353 1 645 4010
Inglês: +353 1 630 1301

Número gratuito do Brasil: 0800 882 1545
Número gratuito dos EUA: 1 866 238 1399

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

E-mail: bfo.service@e.allianz.com

Você sabia que...

...a maioria de nossos segurados acha que as 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, independentemente de onde você estiver ou de qual dispositivo você usar.

Funcionalidades do aplicativo e do portal on-line MyHealth

Minha apólice
Acesse os documentos da apólice e a Carteirinha do Segurado em qualquer lugar.

Meus pedidos de reembolso
Envie pedidos de reembolso em três simples passos e veja o seu histórico.

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

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

Buscador de provedores médicos
Encontre provedores médicos perto de você.

Assistente 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, telefone, senha, endereço – se dentro do mesmo país –, 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 portal on-line MyHealth para registrar-se: Acesse my.allianzcare.com/myhealth, clique em "Registre-se aqui" no final da página e siga as instruções que aparecem na tela. Tenha o número de sua apólice em mãos. 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.

3. Após a configuração, utilize o e-mail (nome de usuário) e a senha cadastrados para fazer login no portal on-line ou aplicativo MyHealth. Os mesmos dados de login são usados para ambos e, no futuro, se você alterar os detalhes de login de um, ele será automaticamente aplicado ao outro, de modo que você não precisa alterar em ambos os canais. Também oferecemos uma opção de login biométrico no aplicativo, por exemplo com reconhecimento facial (Face ID) ou leitura de impressão digital (Touch ID), quando compatível com seu dispositivo.

Para mais informações, visite www.allianzcare.com/pt/entrar

Serviços de consulta por vídeo – Saúde na ponta de seus dedos

Firmamos uma parceria com o prestigioso Hospital Albert Einstein e o Grupo DASA para fornecer a você acesso 24 horas por dia, 7 dias por semana, a serviços de consulta por vídeo. Você agora pode poupar tempo realizando uma consulta médica de sua casa ou escritório. Através de um serviço seguro e confidencial, os médicos podem fornecer aconselhamento médico, recomendar tratamentos e emitir prescrições (quando necessário) para problemas não emergenciais, como dor de garganta, dor de ouvido, alergias etc.

Serviços de consulta por vídeo são cobertos integralmente pelo seu plano e não se aplicam copagamentos ou franquias.

Como ativar o serviço:
Se você desejar falar com um médico, entre em contato com nossa Central de Atendimento multilíngue, disponível 24h por dia, 7 dias por semana, e nós organizaremos tudo. Você só precisa do seu smartphone ou tablet.

Central de Atendimento 24h:
Português: +353 1 645 4010
Inglês: +353 1 630 1301

Número gratuito do Brasil: 0800 882 1545
Número gratuito dos EUA: 1 866 238 1399

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

Os serviços de consulta por vídeo são prestados pela DASA e o valor da consulta será pago pela Allianz Care, de acordo com os termos da apólice. 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 dos serviços de consulta por vídeo.

Consultas médicas domiciliares

Você agora pode receber a visita de um médico no conforto de sua casa. Este serviço é fornecido por médicos altamente qualificados para uma ampla gama de razões médicas, incluindo:

- Indigestão, náuseas, azia, dor epigástrica
- Sintomas semelhantes aos da gripe, como coriza, febre e dificuldade respiratória
- Dor de garanta e de ouvido
- Lesões agudas de pele, vermelhidão, alergias, prurido
- Conjuntivite
- Dor nas costas, torcicolo, dores articulares e musculares

Este serviço é conveniente para:

- pacientes com dificuldades de se locomover ou que são incapazes de ir ao consultório médico;
- crianças doentes;
- pacientes com baixa imunidade, que devem evitar hospitais

Durante a visita, o médico pode prescrever medicamentos e exames para diagnóstico, assim como pode emitir atestados médicos, quando necessário. Este serviço está disponível todos os dias, das 7h às 23h (horário de Brasília) para segurados em São Paulo, Brasília e no Rio de Janeiro.

Para marcar uma consulta, ligue para nossa Central de Atendimento 24h:

Português: +353 1 645 4010
Inglês: +353 1 630 1301

Número gratuito do Brasil: 0800 882 1545
Número gratuito dos EUA: 1 866 238 1399

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

Visitas domiciliares são cobertas integralmente pelo seu plano e não se aplicam copagamentos ou franquias.

O serviço de Consultas médicas domiciliares é prestado pela Docway, sujeito à sua aceitação dos 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 serviço.

Serviços On-Line para segurados

Em www.allianzcare.com/pt/recursos/recursos-para-segurados você pode:

- pesquisar por provedores médicos (você não está restrito a usar os provedores médicos listados em nosso diretório);
- baixar formulários;
- acessar nossa Biblioteca de Saúde e Bem-Estar;
- 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.

Entenda como sua cobertura funciona

Tabela de Benefícios

Alguns benefícios (indicados com os números 1 ou 2 na tabela abaixo) estão sujeitos a pré-autorização. Consulte a seção "Pré-autorização" ao final desta tabela para obter mais informações.

Plano Principal	Limites
Limite Máximo por vida (US$)	Ilimitado
Franquia individual	US$ 400
Franquia familiar	US$ 800
Limite máximo anual de desembolso	US$ 6,500
Benefícios hospitalares do Plano Principal	
Acomodação hospitalar [1]	Apartamento privado, 80% de reembolso
Medicamentos prescritos e materiais[1] Somente para tratamento hospitalar e em centro de cuidados diários. Medicamentos prescritos são aqueles que, legalmente, podem ser vendidos apenas com receita médica.	80% de reembolso
Despesas cirúrgicas, incluindo anestesia e custos de centros cirúrgicos[1]	80% de reembolso
Honorários de médicos e especialista[1] Somente para tratamento hospitalar e em centro de cuidados diários.	80% de reembolso
Aparelhos e materiais cirúrgicos[1]	80% de reembolso

Exames para diagnósticos[1] Somente para tratamento hospitalar e em centro de cuidados diários.	80% de reembolso
Transplante de órgãos[1]	80% de reembolso
Despesas de acomodação e de viagem relacionadas ao transplante de órgãos[1]	80% de reembolso
Psiquiatria e psicoterapia[1] Somente para tratamento hospitalar e em centro de cuidados diários.	80% de reembolso
Despesas de acomodação para um adulto acompanhando um dependente menor de 18 anos[1]	80% de reembolso
Tratamento hospitalar odontológico de emergência	80% de reembolso

Outros benefícios do Plano Principal

Tratamento hospitalar sem internação[1]	80% de reembolso
Cirurgia ambulatorial[1]	80% de reembolso
Cuidados de enfermagem domiciliar ou em clínica de convalescença[2]	80% de reembolso
Tratamento de reabilitação Imediatamente após o término do tratamento médico agudo.	80% de reembolso
Ambulância local	80% de reembolso
Evacuação médica[2]	80% de reembolso
Repatriação médica para o Brasil de beneficiários com doença terminal enquanto estiverem em missão oficial no exterior[2]	100% de reembolso

Exames de ressonância magnética e tomografia computadorizada Tratamento hospitalar e ambulatorial.	80% de reembolso
Exames PET[2] e PET-CT[2] Tratamento hospitalar e ambulatorial.	80% de reembolso
Oncologia[1] Tratamento hospitalar, ambulatorial e em centro de cuidados diários. Aquisição de uma peruca, sutiã prostético ou outra prótese externa para fins estéticos	80% de reembolso US$ 270 ao longo de toda a vida
Rotinas de maternidade[1] Tratamento hospitalar e ambulatorial.	80% de reembolso
Complicações na gravidez e no parto[1]	80% de reembolso
Tratamento ambulatorial de emergência	80% de reembolso
Tratamento ambulatorial odontológico de emergência	80% de reembolso
Tratamento paliativo[2]	80% de reembolso
Esterilização voluntária[1] Tratamento hospitalar e ambulatorial.	80% de reembolso
Enfermagem domiciliar personalizada[2] Tratamento hospitalar e ambulatorial.	80% de reembolso
Despesas de um acompanhante de um paciente segurado submetido a um transplante[2]	80% de reembolso
Cuidador de idosos[2] Para segurados diagnosticados com Alzheimer ou ELA antes de 1º de abril de 2010 e previamente cobertos para esta condição médica por uma apólice de seguro-saúde fornecida pelo Ministério das Relações Exteriores.	80% de reembolso

Plano Ambulatorial	Limites
Limite máximo do plano	Ilimitado
Benefícios do Plano Ambulatorial	
Serviços de consulta por vídeo	100% de reembolso
Consultas médicas – visitas domiciliares	100% de reembolso
Honorários médicos	80% de reembolso
Medicamentos prescritos Medicamentos prescritos são aqueles que, legalmente, podem ser vendidos apenas com receita médica.	80% de reembolso
Honorários de especialista	80% de reembolso
Exames para diagnósticos	80% de reembolso
Anticoncepcionais orais e dispositivos intrauterinos prescritos – apenas DIU	100% de reembolso
Tratamento quiroprático	80% de reembolso, máx. 30 consultas
Tratamento quiroprático Em caso de escoliose, fraturas na coluna ou cirurgia de coluna.	80% de reembolso
Acupuntura e homeopatia	80% de reembolso
Fisioterapia prescrita É necessário encaminhamento médico. Inicialmente limitada a 12 sessões por quadro clínico.	80% de reembolso
Fonoaudiologia, terapia oculomotora e terapia ocupacional prescritas [2]	80% de reembolso

Despesas com exames anuais de rotina e puericultura Incluindo selante dental para crianças, exames auditivos. A cobertura inclui apenas exames ambulatoriais, de forma que despesas relacionadas à acomodação ou despesas adicionais não serão cobertas.	80% de reembolso (ou 100% de reembolso na rede credenciada)
Tratamento contra a infertilidade Excluindo fertilização In Vitro.	80% de reembolso, máx. de 6 cursos de tratamento ao longo de toda a vida
Psiquiatria e psicoterapia Sessões eletivas/não eletivas.	80% de reembolso quando houver encaminhamento médico e 60% de reembolso* quando não houver encaminhamento médico – máx. 52 consultas * O copagamento de 40% não se aplica ao limite máximo anual de desembolso de US$ 6.500
Equipamentos médicos prescritos	80% de reembolso
Aparelhos auditivos prescritos	US$ 3.000 a cada dois anos
Exame ginecológico anual Incluindo mamografias de rotina, teste de Papanicolau e taxas de laboratório.	80% de reembolso (ou 100% de reembolso na rede credenciada) – máx. 1 consulta
Tratamento de dependentes com necessidades especiais[2]	80% de reembolso
Sessões de psiquiatria e psicoterapia para dependentes com necessidades especiais[2]	80% de reembolso

Vacinas	80% de reembolso ou 100% de reembolso na rede credenciada
Benefícios para a visão	
Exame de vista anual	100% de reembolso até US$ 150
Óculos e lentes de contato prescritos	100% de reembolso até US$ 1.000
Lentes intraoculares (duas lentes)	80% de reembolso
Cirurgia ocular a laser* Observação: Este benefício é aplicável sob as seguintes condições: • Miopia moderada e severa com grau de correção de -5.00D a -10.00D • Hipermetropia com grau de correção de até +6.00D	80% de reembolso até US$ 4.000

Plano Odontológico	Limites
Limite máximo do plano	US$ 4.000
Franquia individual	US$ 50
Franquia familiar	US$ 100
Benefícios do Plano Odontológico	
Despesas com diagnóstico ou tratamento odontológico preventivo	100% de reembolso (franquia não se aplica)
Despesas de restauração dentária básica	80% de reembolso
Despesas de restauração dentária complexa	50% de reembolso

Implantes dentários	50% de reembolso, máx. de US$ 2.000
Tratamento ortodôntico Antes de iniciar, entre em contato conosco para que possamos verificar se o tratamento que você precisa está incluso na sua cobertura.	50% de reembolso, US$ 4.000 ao longo de toda a vida (franquia não se aplica)

Pré-autorização

Alguns dos benefícios disponíveis a você precisam de uma Pré-autorização. Estes estão marcados com o número 1 ou 2 em sua Tabela de Benefícios. Para obter a pré-autorização, basta nos enviar o Formulário de Pré-Autorização devidamente preenchido.

Se você solicitar o reembolso e a Pré-Autorização não for obtida, serão aplicadas as seguintes condições:

- Para os benefícios indicados pelo número 1 em sua Tabela de Benefícios, nós nos reservaremos o direito de declinar o seu pedido de reembolso. Se for provado posteriormente que o respectivo tratamento era clinicamente necessário, pagaremos apenas 80% do benefício.
- Para os benefícios indicados pelo número 2 em sua Tabela de Benefícios, nós nos reservaremos o direito de declinar o seu pedido de reembolso. Se for provado posteriormente que o respectivo tratamento era clinicamente necessário, pagaremos apenas 50% do benefício.

Para mais informações, consulte a seção "Processo de reembolso e de Pré-Autorização " deste guia ou entre em contato com nossa Central de Atendimento.

Se o tratamento hospitalar for recebido em um hospital fora da rede credenciada, cobriremos o tratamento da seguinte forma:

- Copagamento: Todos os benefícios indicados com o número 1 estarão sujeitos a 40% de copagamento, caso o tratamento ocorra em um hospital fora da rede credenciada do Ministério das Relações

Exteriores. Isso significa que apenas cobriremos 60% do tratamento. A única exceção é para procedimentos oftalmológicos, os quais são sempre cobertos com 80% de reembolso, sob o benefício de Tratamento hospitalar sem internação, já que não há clínicas oftalmológicas em nossa rede credenciada.

- Limite de desembolso: Quando o tratamento ocorrer fora da Rede Credenciada, a quantia de US$ 6.500 referente ao "Limite máximo anual de desembolso" não se aplicará. O copagamento será aplicado ao valor total do tratamento.

É importante ressaltar que as restrições referentes à Rede Credenciada não se aplicam aos benefícios indicados pelo número 2.

Observe também que tratamento oncológico é sempre coberto com 80% de reembolso, dentro ou fora da rede credenciada. A única exceção é no caso de uma cirurgia eletiva, realizada por um provedor fora da nossa rede credenciada, já que há provedores que realizam este tipo de procedimento em nossa rede. Neste caso, será aplicado um copagamento de 40%, ou seja, reembolsaremos 60% do valor total do procedimento.

Para mais informações relacionadas à Rede Credenciada do Ministério das Relações Exteriores, entre em contato com a nossa Central de Atendimento.

O que o meu plano cobre?

Você e seus dependentes estão cobertos para todos os 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).
- 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.

Doenças preexistentes (incluindo quaisquer doenças crônicas preexistentes) estão cobertas dentro dos limites do seu plano.

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, tal como descrito no seu Certificado de Seguro.

Se o tratamento médico necessário estiver disponível localmente, mas você optar por viajar para outro país na sua área geográfica de cobertura, reembolsaremos todos os custos médicos elegíveis incorridos nos termos de seu plano, exceto suas despesas de viagem.

Se o tratamento não estiver disponível no local, também cobriremos os custos de transporte até o centro médico apropriado mais próximo. Para solicitar o reembolso de despesas médicas e de viagem, você deverá preencher o Formulário de Pré-Autorização e enviar-nos antes de viajar.

Você está coberto 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 limite 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 limite 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 uma quantia específica (por exemplo, US$ 4,000).

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.

Este valor também está sujeito a qualquer copagamento aplicável, independentemente se você recebeu o tratamento em um hospital da rede credenciada ou não. Observe que o limite máximo anual de desembolso de US$ 6.500 é aplicado a cada indivíduo, independentemente do tipo de apólice (individual ou familiar), por ano de vigência do seguro.

O que são franquias e copagamentos?

Alguns planos e benefícios podem estar sujeitos a uma franquia ou copagamentos, ou ambos. Sua Tabela de Benefícios mostrará se isto se aplica ao seu plano.

Franquia

Uma franquia é um valor fixo que você deve pagar pelas suas despesas médicas por período de cobertura antes de começarmos a reembolsar. Fique atento aos seguintes detalhes referentes ao uso da franquia em sua apólice.

A franquia individual de US$ 400 será aplicada em casos de apólices individuais.

A franquia individual de US$ 400 será aplicada por pessoa para apólices contendo dois adultos, (seja um casal, ou o titular da apólice e um dos pais dependentes). A franquia será deduzida das despesas elegíveis de cada pessoa de forma independente.

A franquia individual de US$ 400 será aplicada por pessoa para apólices contendo um adulto e uma criança, ou seja, o valor será deduzido das despesas elegíveis de cada pessoa de forma independente.

A franquia familiar de US$ 800 será aplicada em caso de apólices familiares (apólices com três ou mais pessoas), ou seja, o valor será deduzido do primeiro pedido de reembolso de qualquer membro da família.

Copagamento
Além da franquia, um copagamento também será aplicado. O copagamento é um percentual dos custos que o segurado tem de pagar após o valor da franquia ser atingido. Um exemplo ilustrativo é: em casos em que o reembolso de 80% é aplicado, os 20% restantes são pagos por você.

Seu plano inclui um limite máximo anual de desembolso, por ano de vigência do seguro, que é o montante total que deverá ser pago em forma de franquia e/ou copagamento, fixado no valor total mencionado na sua Tabela de Benefícios.

Rede Credenciada
Uma Rede Credenciada foi estabelecida especialmente para atender o Ministério das Relações Exteriores. Todos os benefícios indicados com o número 1 estão sujeitos a um copagamento de 40%, caso o tratamento tenha ocorrido em um provedor médico fora da Rede Credenciada do Ministério das Relações Exteriores.

Quando o tratamento ocorrer fora da Rede Credenciada, a quantia de US$ 6.500 referente ao "Limite máximo anual de desembolso" não se aplicará. O copagamento será aplicado ao valor total do tratamento. É importante ressaltar que as restrições referentes à rede credenciada não se aplicam aos benefícios indicados pelo número 2.

Desta forma, se você fizer uma cirurgia em um hospital pertencente à rede credenciada, o valor máximo de copagamento e franquia que você terá de

pagar é de US$ 6.500. Entretanto, se você fizer a mesma cirurgia em um hospital fora da rede credenciada, o valor máximo de copagamento de US$ 6.500 não terá validade e você terá de pagar 40% do custo total do tratamento.

As regras padrão se aplicam a tratamentos ocorridos fora da Rede Credenciada.

Para receber a lista mais atualizada da Rede Credenciada do Ministério das Relações Exteriores, entre em contato com a nossa Central de Atendimento.

Consulte a Tabela de Benefícios para ficar ciente dos casos em que os copagamentos ou as franquias se aplicam ao seu plano.

Precisa de tratamento?

Sabemos que procurar tratamento pode ser estressante. Siga os passos abaixo para que possamos cuidar dos detalhes – enquanto você foca em se recuperar.

Verifique o seu nível de cobertura

Primeiramente, verifique se o seu plano oferece cobertura para o tratamento que você precisa. Sua Tabela de Benefícios confirmará o que está coberto. No entanto, você pode entrar em contato com a nossa Central de Atendimento sempre que tiver dúvidas.

Certos tratamentos exigem pré-autorização

A sua Tabela de Benefícios mostrará quais tratamentos requerem pré-autorização (através de um Formulário de Pré-Autorização). Esses são principalmente tratamentos hospitalares e de alto custo. O processo de Pré-Autorização nos ajuda a avaliar cada caso, a organizar tudo com o hospital antes de 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 Pré-Autorização 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 recusar 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.

Em complementação ao descrito acima, observe que todos os benefícios indicados com o número 1 estão sujeitos a 40% de copagamento, caso o tratamento ocorra em um provedor médico fora da Rede Credenciada do Ministério das Relações Exteriores. Quando o tratamento ocorrer fora da

Rede Credenciada do Ministério das Relações Exteriores, a quantia de US$ 6.500 referente ao "limite máximo anual de desembolso" não se aplica. É importante ressaltar que as restrições referentes à rede credenciada não se aplicam aos benefícios indicados pelo número 2.

Para obter mais informações relacionadas à Rede Credenciada do Ministério das Relações Exteriores, entre em contato com a nossa Central de Atendimento.

Como receber tratamento hospitalar (é necessário obter a pré-autorização)

Baixe o Formulário de Pré-Autorização no site: intratec.itamaraty.gov.br/pessoal/assistencia-medica/#allianz

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

Entraremos em contato com o hospital diretamente para organizar o pagamento de suas despesas médicas, sempre que possível.

Em casos de emergência

Receba o tratamento de emergência necessário e entre em contato conosco caso precise de aconselhamento ou apoio. Se você for internado, 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. Podemos receber informações referentes ao Formulário de Pré-Autorização para Tratamento por telefone quando você nos ligar.

Também podemos obter as informações do Formulário de Pré-Autorização por telefone se o tratamento for realizado dentro de 72 horas. Vale lembrar que poderemos recusar o seu pedido de reembolso se a pré-autorização não for obtida, quando necessário.

Solicitando o reembolso de gastos ambulatoriais, odontológicos e outras despesas

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

Receba o tratamento médico e pague ao provedor médico.

Obtenha uma fatura de seu provedor médico. Certifique-se de que no recibo constam 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 (my.allianzcare.com/myhealth/login).
Basta fornecer algumas informações importantes, anexar a sua fatura médica 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 10 dias úteis. 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.

Evacuação Médica

Ao primeiro sinal de que você precisa de uma evacuação médica, contate a nossa Central de Atendimento 24 horas. Dada a urgência, recomendamos que você ligue, se possível. No entanto, você também pode contatar-nos por e-mail. Se enviar um e-mail, escreva "Urgente - Evacuação" no assunto da mensagem.

Entre em contato conosco antes de falar com quaisquer provedores, mesmo se eles lhe contatarem diretamente, para evitar custos excessivos ou atrasos desnecessários na evacuação. Caso os serviços de evacuação médica não sejam organizados por nós, nos reservaremos o direito de recusar o reembolso dos custos.

Português: +353 1 645 4010
Inglês: +353 1 630 1301

bfo.medical@e.allianz.com

Buscando tratamento nos EUA

Se você conta com cobertura Mundial, oferecemos acesso prático a atendimento médico nos EUA, por meio de nosso parceiro terceirizado, para ajudar você a entrar em contato com provedores médicos no país.

Para ter acesso a tratamentos nos EUA, basta mostrar sua carteirinha de segurado ao seu provedor médico, o qual entrará em contato com nosso parceiro terceirizado para resolver qualquer papelada relacionada ao seu tratamento. Nós pagaremos o custo de seu tratamento elegível diretamente ao provedor médico, quando aplicável. Você será informado pelo provedor médico caso tenha de pagar uma parte dos custos.

Em caso de dúvidas ou solicitações de assistência relacionadas a tratamento nos EUA, veja as informações de contato no verso da sua carteirinha de segurado.

Para uma prescrição
Se o seu plano inclui acesso à rede de farmácias Caremark, você pode obter certos medicamentos e produtos de farmácia nessas drogarias nos EUA com

pagamento direto feito por nós. Todas as informações que você precisa para acessar a rede de farmácias Caremark estão na sua carteirinha de segurado ou em um cartão separado da Caremark.

Basta mostrar sua carteirinha de segurado ou o cartão da Caremark na farmácia da rede. O farmacêutico irá avisar se você precisar pagar uma parte dos custos, como no caso de um copagamento, por exemplo. Certifique-se de que a prescrição inclua a data de nascimento da pessoa para a qual o medicamento se refere.

Informações adicionais sobre pedidos de reembolso

Pedidos de reembolso
Antes de nos enviar um pedido de reembolso, atente-se aos pontos a seguir:

- Legibilidade: Para evitar qualquer atraso no processamento dos pedidos de reembolso, certifique-se de que todo o texto nos documentos de solicitação de reembolso e nas faturas seja legível.

- 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 término da cobertura. Após esse período, estaremos desobrigados a efetuar o pagamento do reembolso.

- Processamento de pedidos de reembolso: Processamos os Pedido de Reembolso cujos formulários são devidamente preenchidos e enviamos as instruções de pagamento ao Banco do Brasil em Miami no prazo de cinco dias úteis. Se precisarmos de mais detalhes para processar o seu pedido de reembolso, entraremos em contato com você ou com seu médico por e-mail ou por carta no prazo de cinco dias úteis da data de recebimento do seu pedido.

- 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 (como 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 de tratamento ambulatorial 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.

- Dados de pagamento: Certifique-se de que as informações de pagamento fornecidas no Formulário de Pedido de Reembolso estejam corretas, de modo a evitar atrasos no atendimento dos pedidos.

- Pré-Autorização: Alguns tratamentos ambulatoriais precisam ser aprovados previamente por nós. Consulte a Tabela de Benefícios para verificar quais benefícios requerem a Pré-Autorização.

- Reembolso: Reembolsaremos apenas (dentro do limite de sua apólice) os custos elegíveis depois de considerar quaisquer exigências de Pré-Autorização, franquias ou copagamentos 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 recusar seu pedido ou reduzir o valor a ser pago.

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

Pedidos de indenização para o seguro de vida
Caso haja a morte do funcionário, uma certidão de óbito contendo a causa da morte deverá ser enviada à Divisão do Pessoal do Ministério das Relações Exteriores. Após o recebimento deste documento pela seguradora, o benefício será pago conforme determinado no formulário preenchido e entregue na Divisão do Pessoal do Ministério das Relações Exteriores. O pagamento deverá ser efetuado por cheque nominal. Todos os pedidos de indenização deverão ser enviados no máximo em até seis meses após a data de falecimento.

Pedidos de indenização em caso de morte ou perda de um dos membros por acidente
Os seguintes documentos devem ser fornecidos no caso da morte acidental de um funcionário:

- O "Formulário de solicitação de indenização para a cobertura de vida ou morte por acidente" preenchido
- O "Formulário de solicitação de indenização para a cobertura de vida ou morte por acidente" preenchido
- Uma cópia autenticada da certidão de nascimento
- Um relatório médico indicando a causa da morte
- Uma declaração por escrito especificando a data, local e circunstâncias do acidente
- Documentos oficiais que comprovem a composição da família do segurado (por exemplo, se são casados ou têm filhos)
- Para os beneficiários, um documento de identidade e também um documento que comprove o parentesco com a pessoa segurada
- O contracheque mais recente do funcionário segurado
- Outras documentações válidas disponíveis (ex. relatório policial, exame post-mortem)

Para pedidos de indenização por perda de um dos membros, os seguintes documentos devem ser providenciados:

- O "Formulário de solicitação de indenização para a cobertura de perda de um dos membros por acidente" preenchido
- Um relatório médico apontando o nível do desmembramento
- Uma declaração por escrito especificando a data, local e circunstâncias do acidente
- O contracheque mais recente do funcionário segurado
- Outras documentações válidas disponíveis (ex. relatório policial)

Se você desejar nomear um beneficiário que não esteja listado acima, entre em contato com nossa Central de Atendimento.

O pagamento deverá ser efetuado por cheque nominal. Todos os pedidos de indenização devem ser enviados no máximo em até seis meses após a data de falecimento ou perda de um dos membros.

Para indenização referente à perda de um dos membros, podemos pedir que o funcionário se submeta a um ou mais exames médicos, os quais deverão ser pagos pelo funcionário.

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 o incidente. 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) a nós.

Termos e condições de sua cobertura

Termos e condições

Esta seção descreve os benefícios básicos e as regras referentes à apólice de seguro-saúde de seu grupo. Leia este guia junto com o seu Certificado de Seguro e com a Tabela de Benefícios.

- O Certificado de Seguro detalha o(s) plano(s) e a área geográfica que o Ministério das Relações Exteriores escolheu para você e seus dependentes (se aplicável). Ele também especifica a data de início e de renovação da sua cobertura. Observe que enviaremos um novo Certificado de Seguro se precisarmos registrar quaisquer alterações em sua apólice. Essas podem ser alterações solicitadas pelo Ministério ou alterações que temos o direito de fazer. Elas também podem ser alterações solicitadas por você (como a adição de um dependente) – desde que sejam aprovadas pelo Ministério e aceitas por nós.

- A sua Tabela de Benefícios detalha o(s) plano(s) selecionado(s) pelo Ministério das Relações Exteriores, e os benefícios disponíveis a você. Essa tabela também especifica quaisquer benefícios/tratamentos que requerem que você envie o Formulário de Pré-Autorização O documento confirma se existem limites específicos aos benefícios, franquias e/ou copagamentos aplicáveis ao seu plano. Sua Tabela de Benefícios será apresentada em dólares dos Estados Unidos.

Para obter os detalhes completos do seu contrato de seguro, entre em contato com o departamento de Divisão Pessoal do Ministério das Relações Exteriores. Observe que os termos e condições de sua cobertura poderão mudar de periodicamente, conforme acordado com o Ministério.

Administração de sua apólice

Quando a cobertura começa

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 obrigado ao cumprimento dessas cláusulas.

A cobertura para dependentes (se aplicável) é válida a partir da data de início indicada na versão mais recente do Certificado de Seguro, e que apresente essas pessoas como seus dependentes. A cobertura dos seus dependentes poderá continuar enquanto você for o titular da apólice e, para filhos, até eles atingirem a idade limite. Seus filhos dependentes estarão cobertos pela apólice até o dia anterior ao de completarem 21 anos ou 24 anos se estiverem estudando em tempo integral. Você pode solicitar uma extensão de cobertura de acordo com a legislação atual. Para solicitar tal extensão, entre em contato com o departamento de *Divisão do Pessoal* do Ministério das Relações Exteriores. Observe que o limite de idade não se aplica a dependentes com necessidades especiais.

Seu seguro de vida

Essa cobertura é oferecida para funcionários elegíveis e os benefícios serão pagos em caso de morte, qualquer seja a causa. O valor do seguro de vida para todos os funcionários elegíveis a cobertura é de US$ 115.000.

Caso o segurado tenha um dependente comprovadamente incapaz de se sustentar devido a uma limitação física ou mental, o valor do benefício pago será duas vezes maior que a quantia segurada. Caso haja mais de um beneficiário sob este seguro, o valor será divido entre todos os beneficiários. O valor do benefício adicional será pago somente aos dependentes qualificados como mentalmente ou fisicamente incapazes, e não a quaisquer dos demais beneficiários. Comprovações referentes a tal incapacidade devem ser enviadas à seguradora e aprovada por ela antes

do valor segurado se tornar efetivo. Comprovações adicionais poderão ser solicitadas de tempo em tempo.

Beneficiários
O funcionário pode nomear ou mudar seu beneficiário por meio de uma solicitação enviada por escrito à Divisão do Pessoal do Ministério das Relações Exteriores. A nomeação ou qualquer mudança entrará em vigor na data em que o funcionário entregar o pedido. A seguradora não se responsabiliza por qualquer pedido de pagamento efetuado antes do recebimento do novo formulário.

Qualquer valor a ser pago a um beneficiário será efetuado àqueles nomeados pelo funcionário. A menos que o funcionário nos informe do contrário, havendo mais de um beneficiário indicado o valor deverá ser igualmente dividido.

Caso haja morte de um beneficiário anterior à morte do funcionário, sua parte será paga igualmente a quaisquer outros beneficiários que estiverem vivos após a morte do funcionário.

Caso haja a morte do funcionário, uma certidão de óbito contendo a causa da morte deverá ser enviada à Divisão do Pessoal do Ministério das Relações Exteriores. Após o recebimento deste documento pela seguradora, o benefício será pago conforme determinado no formulário preenchido e entregue à Divisão do Pessoal do Ministério das Relações Exteriores. O pagamento será efetuado por cheque nominal.

Sua cobertura em casos de morte ou perda de um dos membros por acidente
Este seguro paga um valor monetário em caso de perda de vida, visão, mão ou pé do funcionário causados por lesão corporal acidental. Encontra-se abaixo a lista dos valores pagos por todas as perdas que sejam resultado de lesões obtidas em um acidente. O valor do seguro para todos os funcionários elegíveis a cobertura é de US$ 92.000.

O valor total segurado será pago quando o acidente resultar na perda de:

- Vida
- Ambas as mãos

- Ambos os pés
- Visão dos dois olhos
- Uma mão e um pé
- Uma mão e a visão de um dos olhos
- Um pé e a visão de um dos olhos

50% do valor total segurado será pago quando o acidente resultar na perda de:

- Uma mão
- Um pé
- Visão de um dos olhos

O seguro não cobre qualquer perda que seja resultado direto ou indireto de:

- Suicídio ou tentativa de suicídio que tenha ocorrido dentro de dois anos da data em que o funcionário se tornou um segurado. Não há cobertura seja o segurado mentalmente são ou não.
- Doença física ou mental ou tratamento médico ou cirúrgico.
- Qualquer infecção diferente da infecção piogênica. Mesmo a infecção piogênica deverá ter ocorrido no momento do acidente e por resultado de um corte ou ferimento acidental.
- Viagem ou qualquer outro movimento por meio de, ou de descida a partir de ou com, qualquer tipo de aeronave em movimento na qual o funcionário tenha tarefas relacionadas a ela ou à sua operação, equipamento, passageiros ou tripulação, ou aeronave na qual o funcionário está dando ou recebendo treinamento. O termo "aeronave" inclui foguetes ou quaisquer outros veículos, transportes ou aparelhos designados a movimentos dentro ou além da atmosfera terrestre.

Os segurados que venham a falecer como resultado de um acidente terão direito a duas indenizações (referente ao seguro de vida e à cobertura em casos de morte por acidente), caso tenham cobertura para estes benefícios.

Inclusão de dependentes

A inclusão de dependentes deverá ser feita por intermédio da Divisão do Pessoal do Ministério das Relações Exteriores, de acordo com os termos da

legislação vigente. A inclusão estará sujeita aos termos do Acordo da Empresa.

Mudando de país de residência

É importante que sejamos avisados caso você passe a residir em outro país, pois tal mudança poderá afetar a sua cobertura ou o valor do prêmio, mesmo se o seu novo país de residência estiver dentro de sua área de cobertura. Observe que, em certos países, a cobertura está sujeita à regulamentação local, principalmente para residentes permanentes. É sua responsabilidade garantir que sua cobertura médica esteja de acordo com as exigências legais. 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. A notificação da alteração do país de residência deverá ser feita ao Ministério, salvo declaração em contrário.

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 de outra forma. Você deverá nos informar por escrito o quanto antes sobre qualquer possível alteração em seu endereço residencial, profissional ou e-mail.

E-mail: bfo.service@e.allianz.com

Correspondência

Quando você escrever para nós, envie por e-mail ou correio (com a postagem paga). Em geral, não devolvemos documentos originais, a menos que você nos solicite.

Renovação da cobertura

A renovação de sua cobertura (e de seus dependentes, quando aplicável) é uma decisão de sua empresa.

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:

- no final do ano de vigência do seguro, se o acordo entre nós e sua empresa for rescindido;
- se sua empresa não pagar os prêmios ou não fizer qualquer outro pagamento devido, de acordo com os termos do Acordo da Empresa.

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:

- quais prêmios o Ministério das Relações Exteriores tem de pagar;
- o direito a receber qualquer indenização.

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.

Os seguintes termos também se aplicam à sua cobertura

Lei aplicável:
Sua condição de membro é regida pela legislação do Estado de Nova York, nos Estados Unidos. Qualquer disputa que não puder ser resolvida de outra maneira será submetida aos tribunais do Distrito Sul de Nova York.

Cláusula de suspensão em caso de sanções:
Quaisquer benefícios, coberturas e pagamentos de reembolso serão suspensos se qualquer elemento da cobertura, benefício, atividade, negócios ou negócios subjacentes nos expor a:

- qualquer sanção, proibição ou restrição aplicável nos termos das resoluções das Nações Unidas, ou
- as sanções comerciais ou econômicas, leis ou regulamentos da União Europeia, do Reino Unido ou dos Estados Unidos da América.

A suspensão acima continuará até que não estejamos mais expostos a qualquer sanção, proibição ou restrição.

Quem está coberto:
Somente os empregados e seus dependentes como descrito no contrato assinado pelo Ministério das Relações Exteriores.

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:
Nenhuma outra pessoa (a não ser um representante nomeado ou o administrador da conta corporativa) poderá fazer alterações à sua cobertura em nosso 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 apólice.

Temos o direito de solicitar que terceiros nos reembolsem por 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.

Não faremos qualquer contribuição, total ou em parte, a qualquer seguradora terceirizada se os custos forem total ou parcialmente cobertos por essa seguradora. Entretanto, se nosso plano cobrir um valor superior ao da outra seguradora, nós pagaremos o valor não pago por ela.

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. 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.

Fraude:

Não pagaremos qualquer benefício e informaremos o Ministério das Relações Exteriores no escritório de Nova York se:

- o pedido de reembolso for falso, fraudulento ou intencionalmente exagerado;
- você ou seus dependentes ou qualquer outra pessoa agindo em seu nome ou em nome de seus dependentes utilizarem meios fraudulentos para obter benefícios sob esta apólice.

O valor de qualquer reembolso feito a você antes da descoberta de tal ação ou omissão fraudulenta nos será imediatamente revertido e devido.

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.

Proteção de Dados

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

Como alternativa, entre em contato conosco por telefone e solicite uma cópia impressa.

Português: +353 1 645 4010
Inglês: +353 1 630 1301

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

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:

Português: +353 1 645 4010
Inglês: +353 1 630 1301

E-mail: bfo.service@e.allianz.com

Equipe de Atendimento a Reclamações, 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

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, Vida e Invalidez, e também abordam termos comumente utilizados. Os benefícios pelos quais você está coberto estão listados em sua Tabela de Benefícios. Sempre que aparecerem na documentação da sua apólice, as seguintes palavras ou frases terão o sentido definido a seguir:

Acidente
É um evento súbito, 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 privativo. Quartos de luxo, executivos e suítes não têm cobertura.

Acupuntura e homeopatia
São formas de tratamento complementar. A acupuntura é uma abordagem baseada na medicina chinesa para tratar uma variedade de doenças, ativando pontos específicos na pele com agulhas. A homeopatia é um tratamento baseado no uso de substâncias naturais, que os terapeutas afirmam que podem fazer com que o corpo se cure. O tratamento deve ser realizado por um terapeuta qualificado e licenciado de acordo com as leis do país em que o tratamento é realizado.

Agudo(a)
Refere-se ao surgimento repentino de sintomas ou de uma condição médica.

Ambulância local
Transporte de ambulância para o hospital ou centro médico licenciado mais próximo disponível e apropriado quando necessário para uma emergência ou por necessidade médica para receber o tratamento para o qual você está coberto.

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.

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.

Atendimento pós-natal
Refere-se ao atendimento médico rotineiro pós-parto recebido pela mãe, até seis semanas após o parto.

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.

Benefício
É o valor em dinheiro pagável pela seguradora para o requerente, procurador ou beneficiário quando o segurado sofre uma perda.

Certificado de Seguro
Documento emitido por nós que descreve os detalhes de sua cobertura. Este documento confirma que sua empresa possui uma apólice de seguro corporativa conosco.

Cirurgia ambulatorial
É o procedimento cirúrgico executado em uma clínica, hospital ou consultório médico que não requer a estadia noturna do paciente por necessidade médica.

Cirurgia bariátrica
Refere-se a procedimentos cirúrgicos com o objetivo de perder peso, por necessidade médica. Nós cobrimos os custos da cirurgia bariátrica em si, porém não cobrimos consultas, exames e medicamentos (antes ou depois da cirurgia) ou qualquer outro tratamento relacionado com a obesidade. A cobertura está sujeita à uma avaliação médica, e a pré-autorização só é fornecida quando todas as seguintes condições são cumpridas:

- O segurado tem um índice de Massa Corporal (IMC) de 40 ou acima, juntamente com outra doença relevante (como diabetes tipo 2, colesterol alto ou pressão alta) que poderia ter o quadro melhorado com a perda de peso.

- O segurado experimentou todos os meios não-cirúrgicos, mas não conseguiu atingir ou manter o peso clinicamente adequado, por pelo menos seis meses.
- O segurado recebeu ou irá receber o acompanhamento intensivo de um serviço especializado em obesidade.
- O segurado está apto para receber anestesia e passar por uma cirurgia.
- O segurado se compromete em se submeter a um acompanhamento de longo prazo supervisionado.

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 ocular a laser

Refere-se à cirurgia medicamente necessária que tem como objetivo melhorar a qualidade da refração da córnea usando tecnologia a laser, incluindo investigações pré-operação. O benefício é aplicável sob as seguintes condições:

- Miopia moderada e severa com grau de correção de -5.00 D à -10.00 D; ou
- Hipermetropia para grau de correção de até + 6.00 D.

Clínica de convalescença

Refere-se à uma instituição que:

- é licenciada a oferecer e oferece os seguintes serviços (de forma hospitalar) para um funcionário (ou seus dependentes) convalescentes devido a uma doença ou lesão: cuidados de enfermagem profissionais sendo providos por um profissional de enfermagem registrado, ou por um auxiliar de enfermagem supervisionado em tempo integral por um enfermeiro, e serviços de restauração física de forma a ajudar os pacientes a alcançarem seus objetivos com cuidado pessoal quando executarem atividades básicas do dia a dia;
- oferece cuidados de enfermagem 24 horas realizados por profissionais de enfermagem; licenciados e supervisionados em tempo integral por um chefe de enfermagem;
- é supervisionada em tempo integral por um médico ou chefe de enfermagem;
- faz e mantém um relatório médico de cada paciente;
- tem um plano de revisão;
- não é uma casa de repouso para idosos, dependentes químicos, alcoólatras, deficientes mentais, de cuidados educacionais ou detentivos ou de cuidados para transtornos psíquicos;
- cobra por esses serviços.

Clínico geral
É um médico habilitado pela legislação do país onde o tratamento é fornecido a exercer a medicina dentro dos limites de sua habilitação.

Complicações na gravidez
Referem-se à saúde da mãe. Somente as seguintes complicações que surgirem no período pré-natal da gravidez estarão cobertas: gravidez ectópica, diabetes gestacional, pré-eclâmpsia, aborto natural, ameaças de aborto, natimorto e mola hidatiforme.

Complicações no parto
Despesas medicamente necessárias devido a complicações no parto. Quando o seu plano também incluir o benefício de "Rotinas de maternidade" ou "Rotinas de parto e cuidados neonatais" ou "Complicações no parto", também estão inclusas a cesarianas medicamente necessárias.

Copagamento
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 copagamento de 20%. Portanto, pagaremos 80% dos custos de cada tratamento elegível por segurado, por ano de seguro. Os serviços de consulta por vídeo não estão sujeitos a copagamento.

Cuidador de idosos
São relativos aos serviços e recursos oferecidos para ajudar o funcionário ou seu dependente em suas atividades diárias. Estão incluídos neste benefício refeições, acomodação e outros cuidados institucionais. O funcionário ou seu dependente não necessariamente tem de ser deficiente. Estes serviços e recursos são oferecidos pelo cuidador de idosos, independente de quem prescreve, recomenda ou realiza o cuidado.

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).

Dependente
Referem-se a aqueles identificados pelo Escritório do Ministério das relações exteriores em Nova York para a seguradora, levando em consideração as leis brasileiras.

Dependentes com necessidades especiais

São dependentes que estejam sob os cuidados de um funcionário (ativo ou aposentado) e que requeiram a assistência especial para incapacidades médicas, mentais ou psicológicas.

Despesas com cuidados de enfermagem domiciliar ou em clínica de convalescença

Referem-se aos serviços de enfermagem especializada oferecidos imediatamente após a hospitalização para fins de reabilitação. A cobertura é oferecida por um período máximo de 30 dias após a alta hospitalar e quando o médico indicar o tratamento (e nosso diretor médico concordar), confirmando que é medicamente necessário que o segurado permaneça em uma clínica de convalescença ou receba o atendimento de um enfermeiro em domicílio para ministrar tratamento médico especializado. Um plano de tratamento deve ser fornecido pelo médico responsável. Casos complexos que requerem hospitalizações recorrentes podem ser reavaliados. Não oferecemos cobertura para spas, centros de cura e resorts para o cuidado da saúde.

Despesas com diagnósticos e tratamentos odontológicos preventivos

Referem-se a:

- exames bucais a cada seis meses, incluindo profilaxia e limpeza dentária;
- raios X para diagnóstico. uma série de raios X panorâmicos a cada 36 meses, e um set de raios X bite-wing em um período de seis meses;
- aplicação tópica de sódio ou flúor;
- a primeira colocação de um mantedor de espaço em dependentes menores de 19 anos para substituir um dente de leite perdido prematuramente;
- tratamento paliativo de emergência.

Despesas com exames anuais de rotina e puericultura

Referem-se aos exames médicos executados por razões distintas do diagnóstico ou tratamento de uma possível doença ou lesão. Incluídos como parte dos exames estão:

- Raios X, laboratórios e outros testes que tenham relação com o exame realizado.
- Materiais para administrar a imunização de doenças infecciosas e testes para tuberculose.
- Vacina anual contra gripe.
- Exames auditivos.
- Para crianças seguradas, um check-up completo, análise e discussão dos resultados com o paciente ou com seus pais ou guardião.
- Selante dental para crianças.

Observe que a cobertura é oferecida apenas para tratamentos ambulatoriais anuais, de forma que custos de acomodação ou outras despesas relacionadas não estarão cobertos pelo plano.

Despesas de acomodação hospitalar para um adulto acompanhando um dependente menor de 18 anos

Referem-se aos custos de acomodação hospitalar para um adulto pelo tempo de internação do menor 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 restauração dentária básica

Referem-se a:

- Exames bucais de emergência
- Extrações não cirúrgicas de dente
- Preenchimento usando amálgama, silicato, acrílico, porcelana sintética e compósitos para restaurar dentes doentes ou quebrados. Caso o dano seja muito grande, restaurações utilizando preenchimento com ouro, inlays, onlays ou coroas serão incluídas no benefício relacionado a despesas de restauração dentária complexa
- Anestesia geral dada para serviços dentários que possuem cobertura
- Tratamento de forma não cirúrgica para estruturas periodontais doentes
- Tratamento endodôntico não cirúrgico, incluindo tratamento expectante
- Injeção de antibióticos
- Reparo ou recimentação de coroas, inlays, onlays, próteses ou dentaduras
- Um realinhamento ou reembasamento de dentadura a cada 36 meses
- Ajuste de dentadura se realizado em até seis meses após a primeira colocação ou substituição

Despesas de restauração dentária complexa

Referem-se a:

- Encaixes extracoronários e outros imobilizadores, quando necessários como parte de um tratamento periodontal completo.
- Encaixes extracoronários e outros imobilizadores, quando necessários como parte de um tratamento periodontal completo.
- Primeira colocação de uma prótese fixa para substituir um ou mais dentes naturais extraídos quando o funcionário ou seu dependente estavam cobertos pelo seguro. Estão incluídos inlays e coroas como pivôs.
- Substituição de uma dentadura móvel ou prótese fixa por uma nova prótese fixa, ou a adição de implantes à uma prótese existente.
- Primeira colocação de uma prótese fixa para substituir um ou mais dentes naturais extraídos quando o funcionário ou seu dependente estavam cobertos pelo seguro.
- Substituição da presente dentadura móvel ou prótese fixa por uma nova dentadura ou a adição de dentes a uma dentadura parcialmente móvel.
- Remoção cirúrgica de dentes impactados e cirurgias ortognáticas para correção da má oclusão.

Despesas de um acompanhante de um paciente segurado submetido a um transplante

Referem-se aos gastos pagos para uma pessoa acompanhando o paciente até o local onde o transplante será realizado, assim como o pagamento referente a despesas de acomodação. Você terá cobertura até o valor especificado na Tabela de Benefícios.

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.

Equipamentos médicos prescritos

Referem-se a qualquer instrumento, aparelho ou dispositivo medicamente necessário para permitir que você mantenha habilidades condizentes com atividades da vida diária. Os 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
- Aparelho CPAP, desde que os resultados de um estudo do sono mostrem um ou mais dos seguintes sinais de apneia do sono:
  - Índice de apneia-hipopneia (IAH) maior ou igual a 15
    OU
  - IAH maior que 5 e menor que 14 e quando pelo menos um dos seguintes critérios é atendido:
    - Sonolência diurna excessiva (documentada por um dos seguintes meios: Epworth maior que 10 ou Teste das Latências Múltiplas do Sono (TLMS) menor que 6)
    - Sintomas documentados de cognição prejudicada, transtornos do humor ou insônia
    - Hipertensão documentada (pressão arterial sistólica maior que 140 mmHg e/ou pressão arterial diastólica maior que 90 mmHg)
    - Doença cardíaca isquêmica documentada; ou histórico documentado de acidente vascular cerebral (AVC); ou mais de 20 episódios de dessaturação de oxigênio abaixo de 85% durante um estudo do sono noturno completo, ou qualquer episódio de dessaturação de oxigênio abaixo de 70%

O aluguel do aparelho deve ser considerado sempre que possível. Os custos relacionados com a compra só serão aceitos nos países onde não é possível alugar o aparelho.

Devem ser fornecidos os resultados de um estudo do sono que mostra o Índice de apneia-hipopneia (IAH), sintomas documentados e outras condições médicas, como hipertensão, AVC e doença cardíaca isquêmica.

Não cobrimos os custos relacionados a equipamentos médicos que fazem parte do atendimento paliativo ou de longo prazo (veja as definições de atendimento 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.

Esterilização

É um método contraceptivo permanente. Procedimentos de esterilização para mulheres são chamados de ligadura tubária. O procedimento para homens é chamado vasectomia. Reembolsamos os custos de esterilização realizados durante um tratamento hospitalar sem internação, tratamento ambulatorial ou em centro de tratamento independente.

Evacuação médica

Aplica-se aos seguintes cenários:

- Se o tratamento necessário para o qual você tem cobertura não estiver disponível no local.
- 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.

Exame oftalmológico anual

Refere-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).

Exames para diagnósticos

São exames como raio X ou testes sanguíneos, realizados para fins de diagnóstico. Esses testes são cobertos quando você já está apresentando sintomas ou quando necessário após os resultados de outros exames médicos. Este benefício não cobre revisões anuais ou exames de rotina.

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). Podemos solicitar que o profissional responsável pelo tratamento nos envie um relatório médico indicando o progresso do tratamento após 12 sessões. Não cobriremos os custos para fonoaudiologia quando relacionados ao atendimento paliativo ou tratamento de longo prazo.

Franquia
Também conhecida no jargão de plano de saúde como "dedutível" ou "excesso", é a parte do custo que você deve pagar e que nós deduzimos da quantia que pagamos.

Quando franquias são aplicadas, estas devem ser pagas por pessoa e por ano do seguro, a menos que sua Tabela de Benefícios indique o contrário.

Funcionário
Refere-se aos servidores ativos e aposentados do Ministério das Relações Exteriores ou outros servidores públicos relacionados ao Ministério das Relações Exteriores do Brasil elegíveis à cobertura.

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

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. Não cobrimos tratamentos de especialistas que estejam excluídos sob a sua apólice.

Honorários de médicos
Referem-se às despesas cobradas por tratamento não cirúrgico executado ou ministrado por um médico, ou realizado por um profissional da saúde sob a supervisão de um médico.

Hospital
- Uma instituição licenciada em que o objetivo principal é oferecer tratamento médico, no âmbito hospitalar, a um funcionário ou dependente doente ou lesionado através de suas instalações médicas, diagnósticas (incluindo raios X e laboratório) e cirúrgicas. Essas instalações devem estar nas premissas do hospital e sob a supervisão de uma equipe de médicos e enfermeiros disponíveis 24 horas por dia; ou
- Uma instituição que não atende todos os requisitos citados em (a), mas que é acreditada como um hospital de acordo com a Comissão Conjunta de Acreditação de Hospitais.

Implantes de dentes
São componentes cirúrgicos que interagem com o osso da mandíbula ou crânio para suportar uma prótese dentária, como uma coroa, ponte, dentadura, prótese facial ou para atuar como âncoras ortodônticas.

Instituição de saúde habilitada
Refere-se a instituições licenciadas que oferecem cuidados e tratamentos médicos para funcionários e dependentes doentes ou lesionados, onde os relatórios médicos são mantidos e onde pacientes estão sob tratamento de um médico licenciado.

Lentes intraoculares
Também conhecidas como LIO, são implantadas cirurgicamente no interior do olho e causam melhora permanente da visão. Este tipo de cirurgia visa corrigir defeitos de refração.

Limite máximo anual de desembolso
Aplicável por ano de vigência do seguro, é o montante total que deverá ser pago em forma de franquia e/ou copagamento, fixado no valor total mencionado na sua Tabela de Benefícios.

Medicamente necessário
Tratamentos, serviços ou materiais médicos que atendem ao seguinte:

- São essenciais para identificar ou tratar sua condição, doença ou lesão.
- São coerentes com os sintomas, diagnóstico e tratamento de sua condição.
- 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).
- São necessários por outros motivos além do conforto ou conveniência propiciados a você ou ao seu médico.
- Tem valor médico comprovado e demonstrado (isto não se aplica a métodos de tratamentos complementares, caso estes façam parte de sua cobertura).
- São considerados serviços ou materiais médicos do tipo e nível mais apropriado.
- São fornecidos em um estabelecimento apropriado, com instrumental apropriado e com o nível de cuidados apropriado para o tratamento das suas condições médicas.
- 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 prescritos
São quaisquer dos citados a seguir:

- uma prescrição de um medicamento biológico ou composto que pela Lei Federal pode ser vendido apenas sob prescrição médica e que apresente a frase "Atenção: A Lei Federal proíbe a comercialização desse medicamento sem prescrição médica";
- insulina injetável;
- agulhas e seringas descartáveis compradas para a aplicação da insulina;
- suprimentos descartáveis para diabetes.

Você pode solicitar o reembolso de um suprimento de até 3 meses a partir da data da prescrição, sujeito ao período restante na apólice.

Médico
É a pessoa habilitada pela legislação do país onde o tratamento é fornecido a exercer a medicina, dentro dos limites de sua habilitação.

Nós/Nosso
AWP Health & Life SA.

Óculos e lentes de contato prescritos
Referem-se à cobertura de lentes e 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.

Optometria
Oferece tratamentos preventivos e corretivos para as vistas.

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:

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

- Superposição reversa maior que 1 mm, mas menor que 3,5mm, com dificuldade de mastigação e fala.
- Dentes parcialmente erupcionados, inclinados e impactados contra os adjacentes.
- Presença de número excedente de dentes.

Você vai precisar enviar 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 seus 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 os 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 estéticos como aparelho lingual e alinhadores invisíveis têm cobertura até o valor de um aparelho padrão (metálico), sujeito ao limite do benefício "Tratamento ortodôntico".

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.

Prescrição
Refere-se à ordem de prescrição de um medicamento. Se for um pedido verbal, deve ser feito por escrito na farmácia.

Procedimentos cirúrgicos bucomaxilofaciais
Referem-se a tratamentos cirúrgicos na boca, mandíbulas, rosto ou pescoço ministrados por um cirurgião bucomaxilofacial em um hospital para tratamento de: patologia bucal, distúrbios da

articulação temporomandibular, fraturas faciais, deformações congênitas da mandíbula, doenças das glândulas salivares e tumores.

Profissionais de enfermagem registrados

Referem-se a profissionais de enfermagem legalmente licenciados para exercer essa prática. Em locais onde uma licença é requerida o profissional deve possuir uma licença válida do estado onde o serviço de enfermagem é exercido. O termo "enfermeiro registrado" se aplica a um enfermeiro vocacional licenciado e a qualquer outro profissional de enfermagem atuando em jurisdições que possuam uma classificação diferente de "enfermeiro prático licenciado" e que, portanto, exijam licenciamento do profissional de enfermagem.

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.

Psiquiatria e psicoterapia

Referem-se a condições sejam elas de fundo psicológico, orgânico ou não, para as quais o tratamento é geralmente oferecido por, ou sob a supervisão de um profissional de saúde mental como um psiquiatra, um psicólogo ou um profissional do serviço social e saúde mental.

- O psicoterapeuta efetuando o tratamento não poderá ser a mesma pessoa que tenha indicado o tratamento, ou seja, deverá ser um psiquiatra ou médico distinto do que indicou o tratamento.
- Um transtorno psíquico inclui, mas não se limita a: alcoolismo e uso abusivo de drogas, esquizofrenia, transtorno bipolar, autismo, transtorno do pânico, depressão nervosa, psicose maníaco-depressiva e transtorno obsessivo compulsivo.
- Podemos solicitar que o profissional responsável pelo tratamento nos envie um relatório médico indicando o progresso do tratamento após 12 sessões.

A cobertura é oferecida para transtornos psíquicos hospitalares incluindo custos relacionados ao uso abusivo de álcool e outras drogas. Os custos de um quarto privado e refeições estão incluídos, assim como outros serviços e materiais; dentre eles estão: tratamento médico de complicações devido ao alcoolismo, abuso de drogas ou transtorno psíquico (como a cirrose do fígado, *delirium tremens* ou hepatite.

Quadros crônicos

São definidos como doenças, enfermidades ou lesões que apresentarem 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.

Quiropraxia
Refere-se ao tratamento não cirúrgico de distúrbios do sistema nervoso ou do sistema musculoesquelético.

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.

Rotinas de maternidade
Quaisquer custos necessários incorridos durante a gravidez e parto, incluindo custos hospitalares, honorários de especialistas, cuidados pré- e pós-natal para a mãe, honorários de enfermeiro(a) obstetra (somente durante o parto) e cuidados médicos do recém-nascido. 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.

Segurado
Refere-se a você e a seus dependentes, conforme declarado no seu Certificado de Seguro.

Sessões de psiquiatria e psicoterapia para dependentes com necessidades especiais
Refere-se aos custos médicos associados com o fornecimento do tratamento médico necessário para Autismo e Síndrome de Down. O tratamento deve ser realizado por um psiquiatra, psicólogo clínico ou psicoterapeuta licenciado. Precisaremos receber relatórios sobre a evolução do paciente, incluindo a necessidade médica para a continuidade de tratamentos. O dependente deve estar totalmente coberto pelo plano. A Autorização para Tratamento se aplica a este benefício. O benefício para dependentes com necessidades especiais exclui tratamento em centros de cuidados diários e estabelecimentos educacionais, assim como qualquer despesa relacionada a cuidados de custódia ou a admissão em tempo integral em unidades de cuidados especializados.

Terapeuta
Quiropraxista, osteopata, podólogo, praticante de Medicina Tradicional Chinesa, homeopata, acupunturista, praticante ayurvédico, 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 prescrita
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.

Transplante de órgãos
Referem-se ao transplante dos seguintes órgãos e/ou tecidos: coração, coração/válvula, coração/pulmão, fígado, pâncreas, pâncreas/rim, rim, tecidos, paratireoide, muscular/esquelético e transplante de córnea.

Tratamento
Intervenções médicas, cirúrgicas ou terapêuticas recebidas para diagnosticar, prevenir, curar ou aliviar doenças e lesões, ou distúrbios físicos e mentais.

Tratamento ambulatorial
Refere-se ao tratamento fornecido no consultório de um médico, terapeuta ou que não requer que o paciente dê entrada no hospital.

Tratamento ambulatorial de emergência
É o tratamento recebido em um pronto-socorro ou sala de emergência após um acidente ou doença súbita, durante o qual não há necessidade médica para você ocupar o leito de um hospital.

Tratamento ambulatorial odontológico de emergência
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. No entanto, se a sua apólice também incluir um Plano Odontológico, ele cobrirá tratamentos odontológicos que excedam o limite do benefício de 'Tratamento odontológico ambulatorial de emergência'. Nesse caso, serão aplicados os termos do Plano Odontológico.

Tratamento contra a infertilidade
Tratamento da pessoa segurada e inclui ovulação induzida através de drogas estimulantes da ovulação e inseminação artificial, até o valor especificado na Tabela de Benefícios em vigor. Não há cobertura para fertilização in vitro.

Tratamento de dependentes com necessidades especiais

Refere-se aos custos médicos associados com o fornecimento do tratamento médico necessário para Autismo e Síndrome de Down, para os quais terapias especializadas são prescritas. Inclui, mas não de forma limitativa: a terapia ocupacional, a fonoaudiologia e o aconselhamento nutricional (incluindo suplementos alimentares, vitaminas e minerais, quando prescritos). Precisaremos receber relatórios sobre a evolução do paciente, incluindo a necessidade médica para a continuidade de tratamentos. O dependente deve estar totalmente coberto pelo plano. A Autorização para Tratamento se aplica a este benefício. O benefício para dependentes com necessidades especiais exclui tratamento em centros de cuidados diários e estabelecimentos educacionais, assim como qualquer despesa relacionada a cuidados de custódia ou a admissão em tempo integral em unidades de cuidados especializados.

Tratamento de emergência

Refere-se ao primeiro tratamento dado na sala de emergência de um hospital logo após o aparecimento repentino e inesperado de uma condição física ou mental no funcionário ou seu dependente que:

- requeira tratamento hospitalar uma vez que os cuidados não poderiam ser oferecidos de forma segura ou adequada em outro lugar, ou os cuidados adequados não estavam disponíveis em nenhum lugar no momento e local em que foi requisitado; e
- caso esses cuidados hospitalares não fossem oferecidos haveria a perda de um membro ou debilitamento de uma das funções do corpo, ou disfunção permanente de uma das partes do corpo.

Tratamento de longo prazo

Refere-se ao cuidado recebido por um período prolongado, após a conclusão do tratamento agudo/curativo inicial. Geralmente, ocorre para um quadro crônico ou invalidez que requer cuidados médicos ininterruptos/contínuos, ou quando as opções de tratamento são limitadas ao nível de cuidados existente. O tratamento de longo prazo pode ser fornecido em domicílio, em um hospital, em uma instituição de tratamentos de longo prazo ou em uma clínica de convalescença.

Tratamento de reabilitação

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.
Cobrimos os custos de internação ou acomodação em centros de cuidados diários apenas se a admissão numa unidade de reabilitação tiver sido solicitada pelo seu médico e aprovada por nós.

Tratamento hospitalar
Tratamento recebido em um hospital e em que a estadia noturna é medicamente necessária.

Tratamento hospitalar odontológico de emergência
Refere-se a tratamentos odontológicos, cirurgias e tratamentos ortodônticos que requeiram hospitalização de modo a remover, reparar, substituir, restaurar ou repor qualquer dente natural danificado, perdido ou removido, ou qualquer tecido da boca fraturado ou cortado devido a lesão. Os funcionários e seus dependentes terão cobertura apenas para lesões ocorridas após o início da cobertura. Tratamentos odontológicos requeridos por razões distintas de lesões acidentais serão tratados separadamente, através do Plano Odontológico listado na Tabela de Benefícios.

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 paliativo
Refere-se aos cuidados oferecidos a funcionários ou dependentes com doenças terminais realizados em uma agência de tratamento paliativo ou sob os cuidados de uma agência de tratamento paliativo de forma a aliviar a dor, não visa à cura. Os cuidados devem fazer parte de um programa de tratamento paliativo.

Tratamento para alcoolismo e uso abusivo de drogas
Refere-se a programas de reabilitação para alcoolismo e uso abusivo de drogas que forem prescritos e supervisionados por um médico e que sejam compatíveis com um dos seguintes aspectos:

- O médico se certifica que um programa de continuação seja estabelecido. Este programa deve incluir terapia médica ou terapia de grupo supervisionada pelo menos uma vez ao mês por um médico.
- Esteja presente pelo menos duas vezes por mês em encontros de organizações dedicadas ao tratamento terapêutico do alcoolismo ou abuso de drogas, de acordo com a condição em questão sendo tratada.

Tratamento unicamente para desintoxicação ou focado em manutenção não pode ser considerado como tratamento efetivo. Desintoxicação é o tratamento cujo objetivo principal é superar efeitos seguintes a um episódio do uso abusivo de bebidas ou drogas. Manutenção consiste em estabelecer ambientes sem acesso a drogas ou álcool.

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.

Vacinações
Referem-se a

- Todas as imunizações básicas e doses de reforço conforme as diretrizes internacionais de saúde que se aplicam no país em que o tratamento é recebido.
- Vacinação contra a COVID-19*, quando não for oferecida gratuitamente ou apenas parcialmente patrocinada pelo governo de seu país de residência.
- Vacinas de viagem medicamente necessárias.
- Comprimidos de prevenção da malária.

Nós cobrimos os custos da consulta para aplicação da vacina e o custo do medicamento.

* Cobrimos qualquer vacina contra a COVID-19 quando:

- A vacina concluiu o processo de desenvolvimento clínico necessário, incluindo todos os ensaios clínicos de vacinas pré-licenciamento (fases I, II e III) que demonstram sua eficácia e segurança.
- A vacina concluiu o processo de aprovação de várias etapas para a autoridade reguladora relevante e está aprovada para uso na jurisdição onde você a requer.
- A vacina não é oferecida gratuitamente ou apenas parcialmente patrocinada pelo governo do país em que você reside.

Cobrimos o custo razoável e habitual da vacina contra a COVID-19, incluindo a administração da injeção, de acordo com as políticas de saúde pública locais relacionadas à distribuição de vacinas. Não pagamos o custo da viagem se você decidir viajar para um país diferente de onde você normalmente reside, a fim de obter a vacinação. Observe que a cobertura não se destina a oferecer acesso prioritário às vacinas.

Você/Seu
Refere-se ao funcionário elegível citado 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.

BENEFÍCIOS QUE NÃO ESTÃO INCLUÍDOS NO SEU PLANO
Custos de tratamentos ou despesas médicas relacionadas a benefícios que não estão indicados na Tabela de Benefícios.

CALOS, CALOSIDADE OU UNHAS DOS PÉS
Tratamentos para calos, calosidade ou unhas dos pés. A única exceção é a remoção completa ou parcial da raiz da unha, quando as duas seguintes condições forem estabelecidas:

- quando o tratamento, se não fosse por essa exclusão, for coberto pela apólice.
- quando o serviço for prescrito por um médico ou por um osteopata tratando você ou seus dependentes de uma doença metabólica ou de doença vascular periférica.

CIRURGIA OCULAR
Quaisquer despesas para ou relacionadas a cirurgia ocular com o objetivo de corrigir ametropia, a não ser que seja indicado na Tabela de Benefícios.

CONSULTAS COM NUTRICIONISTA
Custos de consultas com nutricionistas, suplementos nutritivos ou dietéticos não tem cobertura. Observe que esta exclusão não se aplica a tratamentos de dependentes com necessidades especiais.

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.

CUIDADOS PARA UM AMBIENTE LIVRE DE EXPOSIÇÃO
Cuidados prestados principalmente para proporcionar um ambiente livre de exposições que possam agravar sua doença ou lesão ou a de seus dependentes.

CUSTOS DE TRANSPORTE
Custos de transporte para ida ou volta de uma unidade médica (incluindo custos de estacionamento) para tratamento, exceto quando cobertos pelos benefícios de **"Ambulância local" e "Evacuação médica".**

CUSTOS NÃO RAZOÁVEIS
Despesas que não tenham custos razoáveis, de acordo com o que foi determinado pelos códigos de procedimentos da Associação Médica Brasileira.

DESPESAS FEITAS SOMENTE DEVIDO A EXISTÊNCIA DA COBERTURA
Quaisquer despesas que foram feitas somente pela existência da cobertura.

DESPESAS QUE O SEGURADO NÃO TEM A OBRIGAÇÃO LEGAL DE PAGAR
Despesas que você ou seus dependentes não têm a obrigação legal de pagar.

DIFICULDADE DE APRENDIZADO OU ATRASO NO DESENVOLVIMENTO
Despesas relacionadas a serviços, tratamentos, exames ou treinamentos educacionais relacionados a dificuldades de aprendizado ou atrasos de desenvolvimento.

DISFUNÇÃO SEXUAL
Quaisquer despesas com pesquisas para descobrir causas, tratamento e complicações decorrentes de disfunção sexual (a menos que a condição médica seja decorrente de prostatectomia radical após cirurgia para o tratamento do câncer).

EDUCAÇÃO OU ESTÁGIO
Quaisquer despesas relacionadas à educação, educação especial ou estágio, sejam as aulas ministradas ou não em uma instituição que também oferece tratamento médico ou psiquiátrico.

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.

FACETAS ODONTOLÓGICAS
Facetas odontológicas e procedimentos relacionados.

FONOAUDIOLOGIA
Quaisquer despesas relacionadas à fonoaudiologia. Esta exclusão não se aplica a custos com fonoaudiologia com o objetivo de restaurar a fala de um empregado ou seus dependentes que tenham perdido as funções de fala (a habilidade de expressar pensamentos, falar e formar frases) como resultado de doença ou lesão. Observe que o tratamento de dependentes com necessidades especiais tem cobertura.

INTERRUPÇÃO DA GRAVIDEZ
Interrupção da gravidez, exceto quando a vida da mulher grávida está em perigo.

MUDANÇA DE SEXO
Cirurgias relacionadas à mudança de sexo e tratamentos relacionados tais como:
- **Blefaroplastia**
- **Implantes de bochecha/malar**
- **Implantes de queixo/nariz**
- **Injeções de colágeno**
- **Lifting facial/da testa**
- **Redução óssea facial (osteoplastia)**
- **Remoção de cabelo/transplante de cabelo**
- **Redução da mandíbula**
- **Laringoplastia**
- Rinoplastia
- **Rejuvenescimento cutâneo (por exemplo, dermoabrasão, peelings químicos)**
- **Condroplastia da tireoide**
- **Lifting do pescoço**
- **Aumento de lábios**
- **Botox e injeções de preenchimento**

OPERAÇÕES DE BUSCA E/OU RESGATE
Indenizações relacionadas com operações de "busca e/ou resgate", por exemplo, em terra ou na descida de uma montanha, para encontrar e transportar o segurado de volta para um local seguro. No caso de evacuação médica, apenas cobrimos atividades que se iniciam após a conclusão das **operações de "busca e/ou resgate".**

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.

TESTES GENÉTICOS
Despesas relacionadas a testes genéticos, exceto quando diretamente vinculados a uma amniocentese qualificável ou em casos de diagnóstico do câncer, onde os testes genéticos venham oferecer um auxílio na identificação de um tratamento adequado. O teste genético para detecção de tumores tem cobertura.

TRATAMENTO DE ASSISTÊNCIA
Despesas determinadas por nós como relacionadas ao tratamento de assistência, com exceção de cuidados médicos para funcionários ou dependentes com Alzheimer ou ELA , contanto que sua cobertura pelo plano do Ministério das Relações Exteriores tenha começado antes de 1° de abril de 2010. Cobrimos um máximo de R$ 166 por dia quando os cuidados de assistência são fornecidos no Brasil.

TRATAMENTO DE LONGO PRAZO
Custos relacionados a tratamentos de longo prazo (consulte a definição de **“tratamentos de longo prazo”.**

TRATAMENTO DE OBESIDADE
Pesquisa e tratamento da obesidade, incluindo medicamentos e suplementos para dieta, mensalidades de academia, programas de dieta ou programas residenciais para distúrbios alimentares.

TRATAMENTO ESTÉTICO
Qualquer tratamento estético ou cosmético, mesmo quando prescrito por um médico. Isto inclui o tratamento realizado por um cirurgião plástico, com ou sem fins médicos/psicológicos. A única exceção é a cirurgia reconstrutiva necessária para restaurar a função ou a aparência após um acidente desfigurante ou como resultado de uma cirurgia para câncer, se o acidente ou cirurgia inicial também estiver coberto por esta apólice.

TRATAMENTO EXPERIMENTAL OU NÃO COMPROVADO
Quaisquer despesas referentes ou relacionadas a serviços ou recursos que são considerados pela seguradora como experimentais ou em teste.

TRATAMENTOS NÃO PRESCRITOS OU NÃO NECESSÁRIOS
Quaisquer serviços ou recursos que não foram prescritos por um médico ou que não são necessários para o tratamento de uma doença ou lesão.

TRATAMENTOS NÃO PRESCRITOS POR UM MÉDICO OU DENTISTA
Quaisquer cuidados, tratamentos, serviços ou recursos que não foram prescritos, recomendados e aprovados pelo médico ou dentista consultado pelo funcionário ou um de seus dependentes.

VITAMINAS OU MINERAIS
Produtos classificados como:

- Vitaminas e minerais (exceto durante a gravidez ou para o tratamento de síndromes diagnosticadas de deficiência de vitaminas e quando o tratamento for prescrito por um médico).
- 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. Observe que esta exclusão não se aplica a tratamentos de dependentes com necessidades especiais.

Fale conosco, adoramos ajudar!

Central de Atendimento 24 horas para dúvidas e emergências

Inglês:	+353 1 630 1301	Espanhol:	+353 1 630 1304
Alemão:	+353 1 630 1302	Italiano:	+353 1 630 1305
Francês:	+353 1 630 1303	Português:	+353 1 645 4010

Número gratuito do Brasil:	0800 882 1545
Número gratuito dos EUA:	1 866 238 1399

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

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 por ele) ou o administrador da conta corporativa podem fazer alterações na apólice. Nossa Central de Atendimento solicitará que certas perguntas de segurança sejam respondidas para confirmar a sua identidade.

E-mail: bfo.service@e.allianz.com

Endereço: 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/
x.com/AllianzCare
www.tiktok.com/@allianzcare

Este documento é uma tradução da versão original em inglês. 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.