



Guia de Benefícios da Empresa

Embrace – Seguro Internacional de Vida e de Invalidez
Válido a partir de 1º de junho de 2024

Bem-vindo(a)

Você pode contar com a Allianz Partners como sua seguradora internacional de Vida e de Invalidez, para proteger o futuro de seus funcionários e o de suas famílias, aconteça o que acontecer.

Este guia inclui todas as informações importantes que você precisa saber sobre o plano corporativo de seguro de Vida e de Invalidez da sua empresa.

Para que você aproveite ao máximo sua cobertura, leia este guia junto com a Tabela de Benefícios.

Nível de serviço superior	5
Termos e condições de sua cobertura	6
Entendendo a sua cobertura	7
Benefícios de Vida e Invalidez	10
Subscrição médica	18
Processo de solicitação de indenizações	20
Pagamento de prêmios	27
Administração do plano	28
Os seguintes termos também se aplicam ao plano da empresa	31
Proteção de dados	34
Procedimento de gestão de reclamações	35
Definições	36
Exclusões	39
Tabela de Referência da cobertura de perda de um dos membros por acidente	41

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 vinculada por si mesma.

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

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



Nível de serviço superior

Desejamos fornecer o alto nível de serviço que você merece.

Nas próximas páginas, descrevemos a gama completa de benefícios de Vida e Invalidez que oferecemos aos segurados. Descubra como você pode garantir a proteção financeira e a segurança de seus funcionários e de seus dependentes no infeliz caso de morte ou invalidez.

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 apólice da empresa ou se você ou seus funcionários e dependentes precisarem de assistência.

Central de Atendimento

 +353 1 645 4040

Para consultar a lista completa de nossos números gratuitos, acesse:

www.allianzcare.com/pt/pages/toll-free-numbers.html

 client.services@e.allianz.com

Você sabia que...

...a maioria de nossos clientes acham que as suas questões são resolvidas mais rapidamente quando nos ligam?

Termos e condições de sua cobertura

Este guia apresenta os benefícios básicos e as regras referentes à apólice de seguro de Vida e Invalidez fornecidos pela sua empresa.

A Tabela de Benefícios detalha os planos selecionados pela empresa e os benefícios disponíveis aos segurados, indicando os benefícios que têm limites específicos ou períodos de diferimento, e apresenta os valores na moeda definida no Acordo da Empresa.

Os termos usados são explicados na seção “Definições”. Os termos “a empresa” e “sua empresa” referem-se ao empregador nomeado no Acordo da Empresa.

Os termos e condições deste Guia de Benefício da Empresa podem ser alterados de tempos em tempos por acordo entre a empresa e a Allianz Partners.

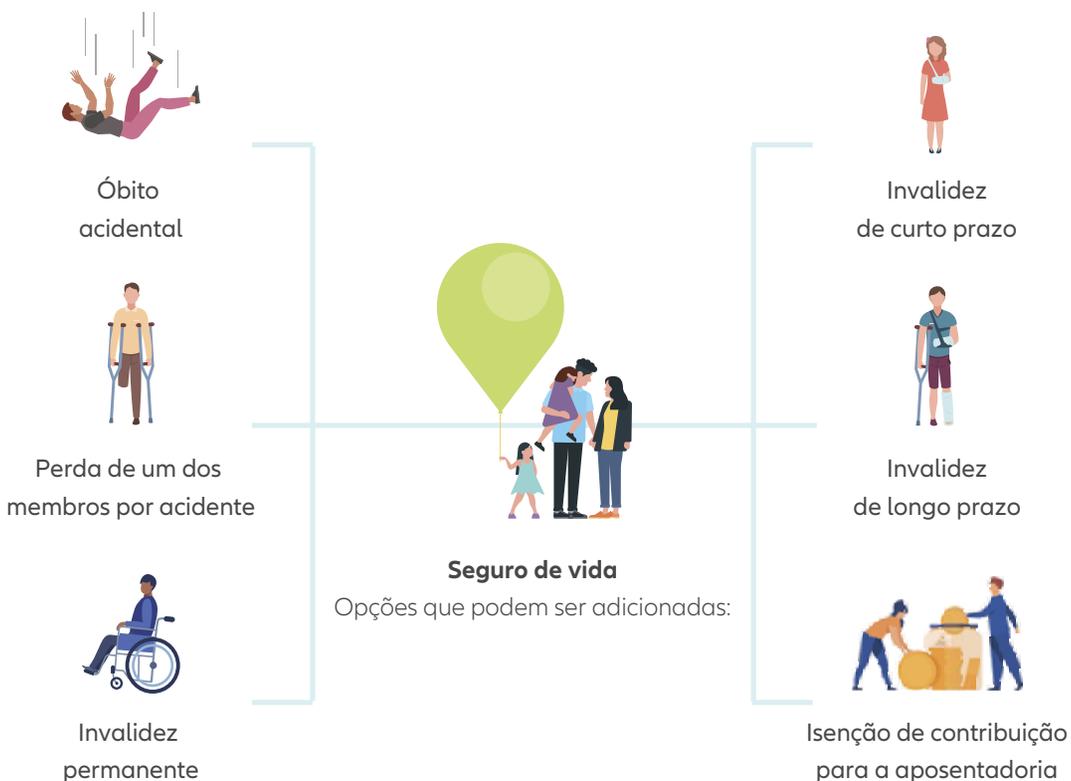
Entendendo a sua cobertura

Os planos selecionados pela empresa estão indicados na Tabela de Benefícios, que lista os benefícios disponíveis para os segurados e quaisquer limites aplicáveis. Para saber como os limites se aplicam ao plano de sua empresa, consulte a seção “Limites dos benefícios”.

Os benefícios estão sujeitos a definições e exclusões (também disponíveis neste documento).

O que está coberto?

Esta apólice oferece proteção e segurança financeira para seus funcionários e seus dependentes por meio da cobertura de seguro indicada na Tabela de Benefícios. A empresa pode ter optado por cobrir um (ou mais) dos seguintes eventos:



Limites dos benefícios

A Tabela de Benefícios apresenta três tipos de limites dos benefícios:

- O **benefício de seguro** é o máximo que pagaremos para cada tipo de cobertura de seguro selecionado pela empresa, conforme detalhado na Tabela de Benefícios. Estes benefícios podem ser pagos mensalmente (cobertura de Invalidez de curto ou longo prazo) ou como uma quantia única (Seguro de Vida, Óbito acidental, Perda de um dos membros por acidente e Invalidez permanente). Para a cobertura de Invalidez de curto e longo prazo, todos os limites são por funcionário segurado e por ano de vigência do seguro, a menos que indicado de outra forma na Tabela de Benefícios.
- O **limite de benefício combinado** é o máximo que pagaremos por uma combinação de benefícios de Vida, Óbito acidental, Perda de um dos membros por acidente e Invalidez permanente. Por exemplo, no caso de pagamento do benefício de Perda de um dos membros por acidente, qualquer benefício de Vida subsequente será pago até o limite máximo de benefício combinado após a morte.
- O **limite de evento único** é o máximo geral que pagaremos para solicitações múltiplas que ocorram como resultado de um acidente ou desastre natural (como um único evento que afeta mais de um funcionário segurado).

Quem está qualificado para cobertura?

Pessoas qualificáveis são os funcionários da empresa:

- com idade abaixo do limite previsto na cobertura, conforme definido no Acordo da Empresa;
- em contrato de trabalho permanente. Os funcionários com contrato temporário fixo (com duração superior a seis meses) também podem receber a cobertura para seguro de Vida, Óbito acidental, Perda de um dos membros por acidente e Invalidez permanente. Quaisquer exceções adicionais à cobertura estarão indicadas no Acordo da Empresa;
- que estejam trabalhando ativamente na empresa; e
- que não estejam trabalhando em desacordo com o aconselhamento médico.

Observação: É responsabilidade da empresa garantir que os funcionários que se tornarem qualificáveis para cobertura sejam incluídos a partir do primeiro dia em que se tornarem qualificáveis.

Os funcionários qualificáveis que não estiverem trabalhando na data de início do Acordo da Empresa ou na data de início da cobertura devido a licença médica ou invalidez certificada estarão qualificados para cobertura após completar um mês de vínculo empregatício (conforme indicado no Acordo da Empresa).

Observe que a subscrição médica será necessária se o funcionário desejar solicitar cobertura superior ao Limite de Aceitação Automática (LAA) indicado na Tabela de Benefícios.

Quando a subscrição médica for necessária, nós nos reservamos o direito de aceitar ou rejeitar a solicitação para cobertura e aplicar sobretaxas ao prêmio ou exclusões.

Licença pré-aprovada

Nos casos em que você tenha aprovado o pedido de licença de um funcionário (por até seis meses), vamos considerá-lo elegível para a cobertura, a não ser que a licença seja relacionada a uma doença ou lesão que impeça que ele realize seu trabalho. Os exemplos de licença pré-aprovada incluem, mas não estão restritas a: licença-maternidade, licença-paternidade, períodos sabáticos, férias e licença não remunerada. Você continuará pagando o prêmio do seguro para o funcionário durante o período de licença pré-aprovada.

Quando a cobertura termina?

A cobertura de **Vida** termina no dia em que o segurado completa 70 anos. Se a cobertura terminar em uma idade diferente, isso estará especificado no Acordo da Empresa. Para os benefícios de **Óbito acidental**, **Perda de um dos membros por acidente**, **Invalidez permanente**, **Invalidez de curto prazo** e **Invalidez de longo prazo**, a cobertura termina no dia em que o funcionário segurado completa 65 anos. Se a cobertura terminar em uma idade diferente, isso estará especificado no Acordo da Empresa.

Benefícios de Vida e Invalidez

Consulte a Tabela de Benefícios para obter informações sobre a cobertura específica aplicável ao plano da empresa.

Benefício do Seguro de Vida

O seguro de vida oferece proteção financeira e segurança a beneficiários na infeliz eventualidade de o segurado vir a falecer.

O valor do benefício será pago em parcela única. Este pode ser um valor fixo ou calculado como um fator do salário anual bruto do funcionário segurado, limitado a um valor máximo acordado. Consulte a Tabela de Benefícios para obter informações sobre a cobertura específica aplicável ao plano da sua empresa.

Benefício de Morte Acelerada

Após a confirmação de um diagnóstico de doença terminal para um funcionário segurado (após a data de início da cobertura), faremos um pagamento antecipado do valor do benefício de Vida para este funcionário, conforme indicado na Tabela de Benefícios.

Se o pagamento do benefício de Morte Acelerada for seguido por uma solicitação de pagamento de indenização de Vida em separado, reduziremos do montante da cobertura por Vida o valor já pago em relação ao benefício de Morte Acelerada.

Caso o funcionário segurado sobreviva além do período de 12 meses, reservamo-nos o direito de reavaliar a qualificação ao benefício de Morte Acelerada. Da mesma forma, podemos recuperar valores pagos caso a qualificação não seja mais considerada como válida.

O benefício de Morte Acelerada é oferecido como parte da cobertura de Vida.

Benefício de Óbito acidental

O benefício de Óbito acidental oferece um valor fixo adicional aos beneficiários na eventualidade de morte do funcionário segurado devido a um acidente, desde que a referida morte ocorra em até 365 dias após o acidente.

Os benefícios do seguro para Óbito acidental nunca excederão 100% da soma máxima segurada indicada na Tabela de Benefícios.

Benefício de Perda de um dos membros por acidente

O benefício para Perda de um dos membros por acidente oferece um valor fixo ao funcionário segurado na eventualidade da perda de um de seus membros, ou da função de um de seus membros, em virtude de um acidente, desde que o desmembramento ocorra em até 365 dias após o acidente. Os detalhes completos dos níveis do benefício estão disponíveis na Tabela de Referência da cobertura de Perda de um dos membros por acidente.

Os benefícios para Perda de um dos membros por acidente nunca excederão 100% da soma máxima segurada indicada na Tabela de Benefícios.



Diversas lesões afetando o mesmo membro

No caso de diversas lesões ou enfermidades resultantes do mesmo acidente ou de acidentes sucessivos, cada lesão ou enfermidade será avaliada em separado. Contudo, a soma total paga para lesões ou enfermidades que afetam determinado membro não poderá exceder o limite máximo indicado, correspondente à perda total de um membro na Tabela de Referência para Perda de um dos membros por acidente.



Lesões não listadas na Tabela de Referência da cobertura de Perda de um dos membros por acidente

Se uma lesão não estiver listada na Tabela de Referência da cobertura de Perda de um dos membros por acidente, esta será usada como um guia para avaliar o grau da lesão estabelecendo uma comparação entre os itens listados. O valor da indenização não será inferior ao valor da indenização de qualquer ocorrência ou lesão comparável na tabela.



Fatos agravantes

Se a condição de um funcionário segurado for agravada (ou seja, piorada) devido a uma doença ou lesão existente, o grau de lesão será considerado o mesmo que se o acidente tivesse atingido um órgão ou membro saudável.

Benefícios de Óbito acidental e Perda de um dos membros por acidente

Se o pagamento do benefício de Perda de um dos membros por acidente for seguido por uma solicitação de pagamento de indenização de Óbito acidental em separado, reduziremos do montante da cobertura de Óbito acidental o valor já pago em relação ao benefício de Perda de um dos membros por acidente.

Benefício de Invalidez Permanente

O benefício de Invalidez Permanente consiste de dois tipos de cobertura: **Invalidez Permanente e Total** e **Invalidez Permanente e Parcial**.

O valor do benefício para os dois tipos de cobertura será pago como uma quantia fixa. Esta quantia fixa pode ser tanto calculada como um fator de um valor fixo ou como um fator do salário anual bruto do segurado. Ambos os benefícios estão sujeitos a uma quantia fixa geral acordada. A Tabela de Benefícios lista os benefícios específicos que se aplicam ao plano da sua empresa.

Benefício de Invalidez Permanente e Total

O benefício para Invalidez Permanente e Total oferece uma quantia fixa a funcionários segurados que se tornarem permanente e totalmente deficientes em virtude de um acidente ou doença.

O benefício será pago quando as seguintes condições forem aplicáveis:

- O funcionário segurado é incapaz de desempenhar os deveres essenciais e substanciais de sua própria ocupação e de qualquer outra ocupação apropriada (com base em sua formação, experiência e em suas habilidades);
- A invalidez permanente e total é irreversível;
- O funcionário segurado sofreu uma perda financeira em relação a sua renda; e
- O grau da invalidez permanente, segundo a nossa avaliação, é superior a 66,66%.

A empresa pode selecionar o benefício de Invalidez Permanente e Total sem o benefício por Invalidez Permanente e Parcial.

A cobertura para Invalidez Permanente e Total chegará ao fim quando o benefício por Invalidez Permanente e Total é pago ao funcionário segurado.

Benefício de Invalidez Permanente e Parcial

O benefício de Invalidez Permanente e Parcial oferece uma quantia fixa a funcionários segurados que se tornarem permanente e parcialmente deficientes em virtude de um acidente ou doença.

O benefício será pago quando as seguintes condições forem aplicáveis:

- O funcionário segurado é incapaz de desempenhar os deveres essenciais e substanciais de sua própria ocupação e de qualquer outra ocupação apropriada (com base em sua formação, experiência e em suas habilidades);
- A invalidez permanente e parcial é irreversível;

- O funcionário segurado sofreu uma perda financeira em relação a sua renda; e
- O grau da invalidez permanente, segundo a nossa avaliação, é superior a 33,33%.

Se o pagamento do benefício de Invalidez Permanente e Parcial for seguido por uma solicitação de pagamento de indenização de Invalidez Permanente e Total em separado, reduziremos do montante da cobertura de Invalidez Permanente e Total o valor já pago em relação ao benefício de Invalidez Permanente e Parcial.

O benefício de Invalidez Permanente e Parcial pode ser adquirido apenas com o benefício por Invalidez Permanente e Total.

Como é calculado o valor do benefício da cobertura de Invalidez Permanente?

A invalidez permanente é avaliada de acordo com:

- a invalidez funcional ou física do funcionário segurado; e
- a invalidez ocupacional do funcionário segurado.

Grau de invalidez permanente inferior a 33,33%

Nenhum benefício será pago para deficiências inferiores a 33,33%.

Grau de invalidez permanente entre 33,33% e 66,66% (Invalidez Permanente e Parcial)

Se o grau de deficiência ficar entre 33,33% e 66,66%, o valor da indenização será calculado multiplicando-se a percentagem da gravidade da deficiência pela soma segurada.

Grau de invalidez permanente superior a 66,66% (Invalidez Permanente e Total)

Se o grau de incapacidade exceder 66,66%, a invalidez será considerada permanente e total. Neste caso, pagaremos 100% do valor segurado.

O benefício de Invalidez Permanente (Parcial ou Total) não deve exceder 100% da soma máxima segurada, conforme definido na Tabela de Benefícios. Uma vez que uma solicitação de indenização por Invalidez Permanente e Total tenha sido paga, nenhuma indenização adicional por Invalidez Parcial ou Total será considerada.

Quando o seguro de Invalidez Permanente for adquirido com o seguro de Invalidez de Curto Prazo, os pagamentos referentes ao seguro de Invalidez Permanente só serão efetuados após o término da cobertura do seguro de Invalidez de Curto Prazo.

Quando o grau de invalidez for superior a 33,33%, calcularemos o benefício de acordo com a Tabela de Referência da cobertura de Perda de um dos membros por acidente, quando a invalidez permanente estiver relacionada a um dos cenários a seguir.

- Perda de um dos membros
- Paralisia
- Ancilose
- Amputação

Limite de benefícios combinados

O limite máximo de benefícios para uma combinação de cobertura de Vida, Óbito acidental, Perda de um dos membros por acidente e Invalidez permanente é de € 4 milhões (isso se aplicará ao longo da vida de um funcionário segurado).

Invalidez de Curto Prazo

A cobertura para Invalidez de Curto Prazo oferece proteção financeira a funcionários segurados que estejam incapacitados de realizar os deveres empregatícios de suas próprias ocupações devido a um acidente ou a uma doença. Após um período de diferimento, este benefício é pago mensalmente até o período máximo de 24 meses. O período de diferimento aplicável será especificado na Tabela de Benefícios.

Benefício de Invalidez de Longo Prazo

A cobertura de Invalidez de Longo Prazo fornece segurança financeira para os funcionários segurados que são incapazes de desempenhar:

- os deveres essenciais e substanciais de sua própria ocupação, e
- qualquer outra ocupação apropriada (com base em sua formação, experiência e em suas habilidades).

Esse benefício é pago mensalmente (ao final de cada mês), começando 24 meses após o acidente ou doença (podendo estar sujeito a um período de diferimento) ou quando a cobertura de Invalidez de Curto Prazo terminar (caso tenha sido selecionada). A cobertura geralmente termina no dia em que o funcionário segurado completar 65 anos. Se a cobertura terminar em uma idade diferente, isso estará especificado no Acordo da Empresa.

Como os benefícios de Invalidez de Curto e Longo Prazo são calculados?

Os benefícios de Invalidez de Curto e Longo Prazo são pagos como uma porcentagem do salário anual bruto do funcionário segurado na data de início da doença ou do acidente, até um valor máximo de benefício por mês.

Alternativamente, um valor fixo pode ser pago mensalmente, tal como especificado na Tabela de Benefícios. Caso o funcionário segurado receba qualquer outra renda, deduziremos esse valor do benefício pago.

Quando concordarmos, o benefício pago para Invalidez de Longo Prazo poderá sofrer um aumento para o ano de vigência do seguro em questão, calculado de acordo com o reajuste do custo de vida, conforme definido na Programação referente ao Acordo da Empresa e sujeito aos termos do Acordo da Empresa.

Observe que a primeira e a última parcelas são calculadas em base proporcional.

Retorno parcial ao trabalho

Quando um funcionário segurado que estiver recebendo indenizações por Invalidez de Curto/Longo Prazo for declarado apto para retornar ao trabalho por um médico (e com a nossa aprovação), mas inicialmente é impedido de retornar ao trabalho imediatamente em regime de tempo integral, ele/ela pode ter permissão para trabalhar em regime de meio período e receber pagamento parcial do benefício por um período de até 3 meses. Quaisquer pedidos para pagamentos parciais que ultrapassem o período de 3 meses serão encaminhados ao nosso Diretor Médico.

O retorno ao trabalho em regime de meio período permitirá ao funcionário segurado voltar ao trabalho gradativamente. O pagamento parcial ajudará a compensar parte da perda financeira até o funcionário segurado retornar ao trabalho de acordo com seu contrato de trabalho.

Os benefícios de Invalidez de Curto e Longo Prazo serão pagos quando:

- o funcionário segurado estiver impossibilitado de trabalhar durante todo o período de diferimento deste benefício, conforme especificado na Tabela de Benefícios, mas estava trabalhando ativamente antes do evento que resultou no pedido da indenização;
- a apólice estava em vigor na ocasião e o solicitante era um funcionário segurado na data a partir da qual se tornou incapaz de trabalhar devido à invalidez que resultou no pedido da indenização;
- a data de início da invalidez for anterior à data em que o segurado atinge a idade limite indicada no contrato;
- o funcionário segurado encontrar-se sob cuidados regulares e seguindo o aconselhamento de um médico certificado; e
- o funcionário segurado não estiver envolvido em nenhuma outra ocupação remunerada ou lucrativa.

Note que a perda de licença ocupacional não é um risco coberto sob esses benefícios.

O benefício para Invalidez expira caso ocorra qualquer uma das seguintes situações:

- O período máximo do benefício é alcançado, conforme especificado na Tabela de Benefícios;
- O funcionário segurado atinge a idade limite indicada no Acordo da Empresa;
- Em caso de falecimento do funcionário segurado;
- O funcionário segurado retorna ao trabalho (conforme seu contrato de trabalho) na sua própria ocupação no caso de Invalidez de curto prazo, ou na sua própria ocupação ou em uma ocupação adequada no caso de Invalidez de longo prazo;
- Devido à recuperação natural, intervenção cirúrgica ou tratamento médico, o funcionário segurado se torna apto a retornar à atividade remunerada.

Qualquer pagamento retroativo de benefícios será limitado a um mês.

Reincidência

O retorno ao trabalho resultará na suspensão do pagamento de indenizações. Na eventualidade de reincidência da condição médica, o pagamento será restabelecido nas mesmas condições anteriores sem nenhum período de diferimento (exclusivamente para o tempo não expirado do período máximo do benefício, conforme especificado na Tabela de Benefícios). O pagamento será restabelecido apenas quando o funcionário voltar ao trabalho por menos de 60 dias e a reincidência seja causada exatamente pela mesma condição médica responsável pela interrupção do trabalho.

Isenção de contribuição para a aposentadoria

A cobertura será responsável pelo pagamento da contribuição do funcionário para a aposentadoria (ou o benefício selecionado, se o valor for menor) como uma porcentagem do salário anual do funcionário, caso este se qualifique para o pagamento por Invalidez de Curto ou Longo Prazo. O pagamento será realizado à empresa juntamente com o pagamento mensal do benefício de Invalidez.

O pagamento não será mais realizado quando:

- o funcionário segurado atingir a idade limite indicada no Acordo da Empresa;
- o funcionário segurado vir a falecer;
- o funcionário segurado voltar ao trabalho;
- o funcionário segurado parar de trabalhar para a empresa;
- o funcionário segurado deixar de ser um membro do plano de aposentadoria da empresa;
- o benefício de invalidez chegar ao fim.

Ao fazer um pedido de indenização, é preciso fornecer um comprovante do fundo de aposentadoria da empresa. A data de participação do funcionário no plano de aposentadoria deve ser anterior à data da invalidez do funcionário.

Condições do benefício:

- Após um período de diferimento, este benefício é pago mensalmente, ao final de cada mês.
- O período de diferimento aplicável será especificado na Tabela de Benefícios.
- Esse período não se aplica às contribuições do funcionário ou a contribuições voluntárias adicionais.
- Para fins de subscrição médica, a cobertura será adicionada à cobertura básica para determinar o valor total do benefício que deve passar por avaliação médica.



Subscrição médica

O que é subscrição médica?

Subscrição médica é a avaliação do risco de seguro baseado nas informações fornecidas pelo segurado ao solicitar a cobertura.

A subscrição médica tem como objetivo avaliar quaisquer doenças preexistentes do segurado para determinar:

- se estamos preparados para oferecer o seguro para o valor total do benefício solicitado;
- os termos da nossa oferta.

Quem está sujeito à subscrição médica?

A apólice da empresa cobrirá todos os benefícios elegíveis dos segurados (ou as quantias seguradas) até um limite predefinido, conhecido como Limite de Aceitação Automática (LAA).

Quando o nível do benefício de um segurado sob uma cobertura de seguro (de Vida e/ou Invalidez, por exemplo) excede o LAA da apólice, o segurado deve passar por subscrição médica para o valor excedente do LAA.

Se a apólice não apresentar um LAA, então a subscrição médica será feita para a quantia segurada total.

Caso a quantia segurada do segurado aumente durante o período de cobertura, a subscrição médica também poderá ser aplicada.

Quando a subscrição médica for necessária, os segurados devem declarar todas as doenças preexistentes. Se alguma doença preexistente não for declarada, poderemos recusar o pagamento de indenizações futuras.

E se você não completar o processo de subscrição médica?

- Caso o Formulário de Solicitação preenchido não seja enviado em até 30 dias a partir da data do pedido de inscrição, o benefício do segurado ficará restrito ao LAA correspondente da apólice de grupo da empresa. Se não houver um LAA na apólice da empresa e não recebermos o Formulário de Solicitação preenchido em até 30 dias a partir da data do pedido de inscrição, entenderemos que o segurado ou a empresa não tem mais interesse na cobertura.
- Caso o segurado não forneça as evidências solicitadas após a avaliação do Formulário de Solicitação, e dentro do prazo estipulado, o benefício ficará restrito ao LAA correspondente. Se não houver um LAA na apólice da empresa e não recebermos as evidências solicitadas após a avaliação do Formulário de Solicitação, e dentro do prazo estipulado, entenderemos que o segurado ou a empresa não tem mais interesse na cobertura.

Prevenção contra subscrição no futuro: Quando um funcionário segurado passa por subscrição médica e a sua cobertura é aceita segundo os termos padrão, permitiremos que você aumente os benefícios dele em até 20% para todas as coberturas em qualquer ano, sem a necessidade de passar por subscrição médica novamente. Por toda a duração da apólice do funcionário segurado, a prevenção contra subscrição no futuro tem um limite máximo de € 250.000 para os seguros de Vida ou Invalidez Permanente e Total, e de € 20.000 para Invalidez de Curto ou Longo Prazo, a não ser que o Acordo da Empresa afirme o contrário. A prevenção contra subscrição no futuro não se aplica a segurados que passaram por subscrição médica fora dos termos padrão, ou àqueles que foram aceitos com uma sobretaxa e/ou exclusões. Quando o limite é atingido, ou caso o segurado não seja elegível, qualquer aumento na quantia segurada estará sujeito à subscrição médica. A prevenção contra subscrição no futuro não está disponível para solicitações voluntárias.

Termos equivalentes: Durante o processo de cotação de novos negócios, podemos ou não fazer uma cotação com base em termos equivalentes. 'Termos equivalentes' significa que continuaremos a oferecer as mesmas condições de subscrição médica e Limites de Aceitação Automática (LAA) que a empresa tem com sua seguradora atual.

Para mais informações, consulte nosso [Guia para Subscrição Médica de Vida e Invalidez](#).

Processo de solicitação de indenizações

Com relação a pedidos de indenizações para os seguros de Vida e Invalidez, observe os seguintes pontos:

- A menos que especificado de outra forma, a empresa é responsável por notificar-nos e enviar qualquer documentação comprobatória em até seis meses contados da data do evento que originou o pedido de indenização. Se a empresa não nos notificar sobre qualquer evento em até seis meses da sua ocorrência, estaremos isentos da obrigação de pagar qualquer benefício. Isso é válido independentemente de a empresa estar ciente do evento quando este ocorreu, ou de que o ocorrido poderia ou não resultar em um pedido de indenização dentro desse período de seis meses.
- A menos que especificado de outra forma, a Allianz Partners não terá obrigações com relação a eventos ocorridos após o término de cobertura do seguro.
- A empresa é responsável por manter a documentação original comprobatória (como recibos, por exemplo), cujas cópias nos forem enviadas, já que nos reservamos o direito de solicitar os documentos/recibos originais até 12 meses após o pagamento da indenização, por razões de controle e prevenção a fraudes. Além disso, recomendamos que a empresa 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.
- As indenizações serão pagas na moeda especificada no Acordo da Empresa.
- A empresa concorda em nos ajudar a obter todas as informações necessárias para o processamento de um pedido de indenização. Temos o direito de acessar todos os registros médicos e de entrar em contato diretamente com o prestador de serviços médicos ou com o médico responsável pelo tratamento do seu funcionário. Poderemos também, quando julgarmos necessário e com as despesas pagas por nós, solicitar que o funcionário passe por um exame médico com um de nossos representantes médicos independentes. Todas as informações terão caráter estritamente confidencial. Nós nos reservamos o direito de não oferecer cobertura de benefícios caso a empresa falhe no cumprimento dessas obrigações.
- Também nos reservamos o direito de restringir o valor do benefício caso o funcionário segurado receba um aumento no seu salário anual bruto nos três meses anteriores ao envio de um pedido de indenização, e tal aumento:
 - não seja decorrente do processo de revisão salarial anual; ou
 - não possa ser justificado como aumento necessário ou apropriado; ou
 - resulte do fato de a soma segurada ultrapassar o limite de aceitação automática sem que essa mudança tenha sido previamente avaliada ou aprovada por nós.

Nestes casos, o valor do benefício será o montante coberto antes do aumento salarial.

- A empresa é responsável por pagar todos os benefícios e quantias devidas aos beneficiários e pessoas seguradas de acordo com este plano da empresa. A empresa também é responsável pelo preenchimento de declarações de imposto de renda associadas a esses benefícios. Não somos responsáveis por reter quaisquer impostos de tais pagamentos, nem somos responsáveis por preencher quaisquer declarações de imposto de renda associadas a esses benefícios. Após o recebimento do valor do benefício pela empresa, nossa responsabilidade para com a empresa e os segurados e/ou beneficiários chegará ao fim.

Como solicitar uma indenização

Durante o momento difícil em que um membro da equipe ou seu ente querido está lidando com a realidade de um pedido de indenização por morte ou invalidez, reconhecemos a importância de fornecer apoio competente. Nosso objetivo é garantir que o processo de indenização seja simples e eficiente.

Para iniciar o pedido de indenização, basta visitar o Embrace Claim Portal (em inglês) e seguir estes passos:

1. Acesse www.allianzcare.com/ldadd-claims
2. Preencha os detalhes da sua solicitação online com segurança.
3. Anexe os documentos comprobatórios, e pronto!

No Embrace Claim Portal, você também pode monitorar o status de quaisquer solicitações enviadas em tempo real e enviar suas dúvidas online para nossa equipe. Como alternativa, você pode fazer o pedido de indenização offline, enviando-nos os seguintes documentos:

	Seguro de vida	Morte acelerada	Óbito acidental	Perda de um dos membros por acidente
Contracheque do funcionário segurado dos 3 meses anteriores ao evento	✓	✓	✓	✓
Documento de identidade original da pessoa segurada ou cópia autenticada* (por exemplo, passaporte, carteira de motorista ou carteira de identidade)	✓	✓	✓	✓
Formulário de Solicitação de Indenização para o seguro de Vida ou Óbito acidental totalmente preenchido	✓	X	✓	X
Cópia autenticada* da certidão de óbito	✓	X	✓	X
Formulário de Solicitação de Indenização para o benefício de Morte Acelerada totalmente preenchido	X	✓	X	X
Declaração médica preenchida para doenças em estágio terminal	X	✓	X	X
Relatório da polícia/acidente (em caso de acidente)	✓	✓	✓	✓
Formulário de Solicitação de Indenização para o seguro de Perda de um dos membros por acidente totalmente preenchido	X	X	X	✓
Declaração médica preenchida para Perda de um dos membros por acidente	X	X	X	✓
Qualquer outro documento que possa ser solicitado para a avaliação do pedido de indenização	✓	✓	✓	✓

	Invalidez de curto prazo	Invalidez de longo prazo	Invalidez permanente
Contracheque do funcionário segurado dos 3 meses anteriores à ausência	✓	✓	✓
Documento de identidade original do funcionário segurado ou cópia autenticada* (por exemplo, passaporte, carteira de motorista ou carteira de identidade)	✓	✓	✓
Formulário de Solicitação de Indenização para o seguro de Invalidez totalmente preenchido	✓	✓	✓
Formulário para a declaração da invalidez do funcionário preenchido	✓	✓	✓
Breve descrição da ocupação profissional do funcionário segurado	✓	✓	✓
Declaração médica preenchida para invalidez	✓	✓	✓
Relatório da polícia/acidente (em caso de acidente)	✓	✓	✓
Qualquer outro documento que possa ser solicitado para a avaliação do pedido de indenização	✓	✓	✓

*Aceitaremos apenas os documentos autenticados quando a autenticação for feita por uma das entidades a seguir: policial, contador público certificado, notário, advogado público, funcionário da embaixada/consulado, comissário de juramento.

A pessoa que fornece a certificação deve assinar, datar e carimbar o documento com seu selo oficial. Além de ser autenticados, é possível que os documentos também precisem ser certificados ou legalizados, conforme exigidos por nós. Se necessário, você precisará fornecer mais informações sobre a certificação, legalização ou autenticação dos documentos.

Quando serão pagos os benefícios de Vida, Óbito acidental e Perda de um dos membros por acidente?

Em caso de morte, óbito acidental ou perda de um dos membros por acidente de uma pessoa segurada, a empresa deve nos enviar uma notificação por escrito sobre o ocorrido no prazo de até seis meses. A empresa deve nos encaminhar todos os documentos indicados na tabela acima.

Os benefícios serão pagos assim que aceitarmos o pedido de indenização.

As indenizações válidas em relação à cobertura de Vida e Óbito acidental serão pagas diretamente à empresa.

Quando o benefício de Morte acelerada será pago?

Caso o funcionário segurado seja diagnosticado com uma doença em estágio terminal, a empresa deverá nos enviar uma notificação por escrito sobre o ocorrido o mais rápido possível. A empresa deve nos encaminhar todos os documentos indicados na tabela acima.

Os benefícios serão pagos assim que aceitarmos o pedido de indenização. A indenização para Morte acelerada não deve ultrapassar o limite máximo do benefício, conforme indicado na Tabela de Benefícios. Na eventualidade de opinião ou evidência médica conflitante, nosso Diretor Médico determinará se a doença é terminal ou não.

Caso o funcionário segurado sobreviva além do período de 12 meses, nós nos reservamos o direito de reavaliar a qualificação ao benefício e poderemos reaver os montantes pagos caso considerarmos que a qualificação perdeu sua validade.

Quando o benefício de Invalidez de Curto Prazo será pago?

A empresa deve nos informar imediatamente por escrito se um funcionário segurado estiver em licença médica certificada pelos seguintes motivos, o que for menor:

- um período superior ao período de diferimento conforme indicado na Tabela de Benefícios; ou
- mais de 30 dias.

A empresa deve enviar a nós um Formulário de Solicitação de Indenização para o seguro de Invalidez totalmente preenchido, além de todos os documentos listados. Os benefícios serão pagos assim que aceitarmos o pedido de indenização.

Quando o benefício de Invalidez de Longo Prazo será pago?

A empresa deve nos enviar uma notificação imediata por escrito assim que o funcionário segurado fizer a transição para a invalidez de longo prazo. A empresa deve nos enviar um Formulário de Solicitação de Indenização para o seguro de Invalidez totalmente preenchido, contendo os documentos incluídos na tabela acima. Os benefícios serão pagos assim que aceitarmos o pedido de indenização.

Quando houver apenas um plano de Invalidez de longo prazo em vigor, a empresa deverá nos enviar um formulário de solicitação de benefício de Invalidez preenchido e um formulário de Declaração do Empregador de Invalidez, com todos os documentos listados na tabela acima. Os benefícios serão pagos assim que aceitarmos o pedido de indenização e tiver sido concluído o período de diferimento.

Quando o benefício de Invalidez Permanente será pago?

A empresa deverá nos enviar uma notificação por escrito em até seis meses caso o funcionário segurado esteja sofrendo invalidez permanente. A empresa deve nos enviar um Formulário de Solicitação de Indenização para o seguro de Invalidez totalmente preenchido, contendo os documentos incluídos na tabela acima. Geralmente, a avaliação dos pedidos de indenização acontece após 12 meses. No entanto, alguns casos podem levar até 24 meses para serem avaliados, de acordo com circunstâncias individuais. Os benefícios serão pagos assim que aceitarmos o pedido de indenização.

Avaliação da validade do pedido de indenização

Para que possamos avaliar a validade de qualquer pedido de indenização, o segurado deverá, se solicitado por nós e com as despesas pagas por nós, passar por um exame médico independente com um especialista nomeado por nós.

Assim que chegarmos à conclusão de que o pedido de indenização é válido, pagaremos os benefícios devidos sob essa apólice na moeda indicada no Acordo da Empresa.

O pagamento de qualquer benefício do seguro de Invalidez dependerá da avaliação do perito médico independente nomeado e de nossa aprovação. No caso de a empresa ou do funcionário segurado questionar a avaliação do especialista médico independente nomeado, a empresa ou o funcionário segurado podem apresentar, às suas próprias custas, um relatório de outro perito médico de sua escolha, desde que tal relatório identifique as questões em disputa.

Nesse caso, poderemos solicitar que o segurado se submeta a um exame médico final realizado por um terceiro perito médico independente, cuja despesa será paga por nós. A conclusão desse terceiro especialista, que também levará em consideração os relatórios médicos anteriores, será considerada final.

Podemos solicitar a qualquer funcionário segurado que esteja recebendo indenizações sob esta apólice que se submeta a exames médicos quando julgarmos necessário. Se o funcionário segurado não se submeter aos referidos exames médicos em até um mês após a data da solicitação, nós teremos o direito de adiar ou interromper o pagamento do benefício até recebermos o relatório médico. O pagamento do benefício será então iniciado ou retomado, com retroatividade limitada a um mês.

Suspensão de pagamentos de indenizações por invalidez

O pagamento de indenizações será suspenso caso o funcionário segurado:

- se recuse a participar de um programa de tratamento ou de reabilitação considerado razoável e costumeiro;
- não aceite qualquer oferta razoável para modificar suas tarefas empregatícias de acordo com o programa de reabilitação da empresa;
- se recuse a fazer treinamento para outra ocupação profissional adequada, caso se torne aparente que o funcionário não será capaz de assumir sua antiga ocupação durante o período do benefício estipulado no Acordo da Empresa;
- seja considerado apto para retornar ao trabalho, com base na evidência médica que nos for disponível (se aplicável).

Pagamento de prêmios

Em geral, os prêmios são pagos antecipadamente, na moeda estipulada no contrato e de acordo com os termos especificados no Acordo da Empresa. A empresa será responsável também pelo pagamento do Imposto do Prêmio do Seguro ou outros tributos ou impostos governamentais (incluindo impostos retidos na fonte, se aplicável) e pagáveis com relação ao plano da empresa. A Allianz Partners exige que os prêmios e os impostos sejam pagos em sua totalidade pela empresa.

As taxas do Imposto do Prêmio do Seguro ou outros tributos governamentais aplicáveis podem variar durante o período do plano da empresa e, portanto, a empresa será responsável por tais mudanças. O valor de qualquer prêmio ao qual a empresa ou a Allianz Partners tenham direito, com base em novas participações ou término da cobertura, deverão ser pagos à Allianz Partners ou reembolsados à empresa em base proporcional.

Cancelamento (por inadimplência)

Caso o pagamento do prêmio, conforme a apólice e o prazo estabelecido no Acordo da Empresa, não seja feito, a apólice será cancelada. Além disso:

- Os pagamentos de indenizações novas/existentes podem ser rejeitados ou atrasados devido ao não pagamento do prêmio devido.
- Quando uma apólice tiver expirado, a reativação de uma nova apólice não pode ser retroativa para cobrir quaisquer sinistros que possam ter ocorrido desde o vencimento da apólice.

Administração do plano

Atribuição das apólices

Esta apólice (ou qualquer elemento dela) não pode ser atribuída ou concedida como garantia a qualquer fundo, penhor ou encargo de grupo ou individuais. Isso significa que você não pode transferir nenhum direito desta apólice corporativa para uma instituição financeira (por exemplo: funcionários segurados não podem usar o seguro de vida fornecido por esta apólice corporativa para acessar uma hipoteca de um banco).

Participação das pessoas qualificáveis

Antes da data de início do Acordo da Empresa, e de acordo com e sujeito aos termos do Acordo da Empresa, a empresa deve fornecer a nós uma lista das pessoas qualificáveis à cobertura do seguro. Se apenas uma parte do pessoal for qualificável sob os termos deste Acordo da Empresa, essas categorias de pessoal qualificáveis deverão ser acordadas e descritas no Acordo da Empresa.

Observação: É responsabilidade da empresa garantir que os funcionários que se tornarem qualificáveis para cobertura sejam incluídos a partir do primeiro dia em que se tornarem qualificáveis.

Inclusão de dependentes

O funcionário segurado poderá solicitar à empresa a inclusão de dependentes para cobertura de Vida (sujeito à subscrição médica), desde que permitido pelo Acordo da Empresa.

Alterações

Devemos ser notificados sobre acréscimos, alterações ou cancelamentos, por escrito, em até no máximo quatro semanas depois da qualificação/desqualificação de uma pessoa ou de uma alteração como, por exemplo, a inclusão de um dependente. Depois desta data, nós nos reservamos o direito de segurar a pessoa qualificável, de cancelar o contrato do segurado ou de fazer a alteração necessária a partir do dia do fornecimento do aviso.

Caso a empresa, por qualquer motivo, falhe em nos notificar sobre alterações ou cancelamentos nesse prazo de quatro semanas, a empresa continuará responsável pelo pagamento do prêmio até que a comunicação seja realizada.

Não será possível retrodatar alterações e cancelamentos se as indenizações já tiverem sido processadas. Além disso, a data de início do contrato das pessoas qualificáveis não pode ser retrodatada para incluir um pedido de indenização ou um evento passível de pedido de indenização que já tenha acontecido.

Mudando de país de residência

É importante que a empresa nos informe se a pessoa segurada mudar de país de residência, pois isso pode afetar o prêmio, a elegibilidade e o pagamento de indenizações, mesmo que o segurado permaneça em sua área geográfica de cobertura atual.

A cobertura em alguns países está sujeita à regulamentação local, principalmente para residentes permanentes nesses países. O segurado é responsável por informar a empresa sobre qualquer mudança de residência e por certificar-se de que a cobertura dos seguros de Vida e Invalidez seja legalmente adequada. Nós recomendamos que o segurado busque assessoria jurídica sobre o assunto, já que nossa cobertura pode não ser válida em seu novo país de residência.

Alteração nos dados de contato

Qualquer alteração no endereço residencial, comercial ou de e-mail do segurado deverá nos ser comunicada pela empresa, por escrito, assim que possível.

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

Antes da renovação do grupo, forneceremos uma lista de filiação à empresa. A empresa deve analisar a lista de filiação, destacar quaisquer inclusões, alterações ou cancelamentos e confirmar que ela reflete de forma precisa a filiação do grupo. Caso a empresa não nos notifique sobre quaisquer alterações na filiação antes da data de renovação, nós nos reservamos o direito de renovar a apólice corporativa com as informações mais recentes disponíveis.

Se você estiver usando nosso modelo de Administração Simplificada, consulte o Acordo da Empresa para mais detalhes sobre o processo de renovação.

Término da filiação

A empresa poderá encerrar a filiação de um segurado por meio de uma notificação que deverá ser enviada por escrito. A filiação terminará automaticamente:

- ao final do ano de vigência do seguro, se o Acordo da Empresa for rescindido;
- se a empresa decidir terminar a cobertura ou não renovar a filiação de um segurado;
- se a empresa não pagar os prêmios ou não fizer qualquer outro pagamento devido nos termos do Acordo da Empresa;
- quando um funcionário segurado não for mais elegível para cobertura sob os termos e condições estabelecidos pelo Acordo da Empresa;
- quando o segurado atingir a idade limite indicada no Acordo da Empresa;
- na eventualidade de morte do segurado.

Podemos encerrar a filiação de um segurado se houver evidência satisfatória de que a pessoa envolvida nos enganou ou tentou nos enganar ao fornecer informações falsas, ocultar informações pertinentes ou trabalhar com terceiros para nos fornecer informações falsas, seja intencional ou inadvertidamente, a fim de influenciar nossa decisão sobre:

- a adesão do segurado ao esquema;
- os prêmios que a empresa têm a pagar;
- o direito a receber qualquer indenização.

Os seguintes termos também se aplicam ao plano da empresa

Lei aplicável: O plano da empresa será regido pelas leis e tribunais do país indicado no Acordo da Empresa, a menos que seja requerido de outra forma pelo regulamento das leis obrigatórias. Qualquer disputa que não puder ser resolvida de outra maneira será submetida aos tribunais do país descrito no Acordo da Empresa.

Cláusula de suspensão de sanções: Quaisquer pagamentos de benefícios, coberturas e reembolsos serão suspensos se qualquer elemento da cobertura, benefício, atividade, negócio ou negócio subjacente nos expor a:

- qualquer sanção, proibição ou restrição aplicável nos termos das resoluções das Nações Unidas; ou
- 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.

Os valores que pagaremos: Nossa responsabilidade para com a empresa está limitada aos valores indicados na Tabela de Benefícios e a quaisquer endossos à apólice. O valor estabelecido, quer nos termos desta apólice, do esquema público de saúde ou de qualquer outro seguro, não excederá o valor indicado na Tabela de Benefícios.

Quando a cobertura for fornecida por outra instituição: Podemos rejeitar um pagamento caso o funcionário segurado tenha o direito de solicitar indenização para 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 por meio da empresa e fornecer todas as informações necessárias.

A empresa e/ou funcionário segurado, qualquer beneficiário (se diferente) 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 os valores pagos do segurado ou dos beneficiários (se diferente) e a cancelar a apólice.

Também temos o direito de pedir de volta aos terceiros qualquer quantia que tenhamos pago por um pedido de reembolso, se os custos forem devidos ou também cobertos por eles. Podemos abrir processos em nome do funcionário segurado ou dos beneficiários (se diferente) para recuperar essa quantia. Os custos desse processo serão pagos por nós. Isso se chama sub-rogação.

Circunstâncias fora do nosso controle (força maior): Sempre faremos o possível por você, mas não nos responsabilizamos por atrasos ou falhas em nossas obrigações causadas por coisas que estão fora do nosso controle razoável. Exemplos são clima extremamente severo, inundações, deslizamentos, terremotos, tempestades, raios, incêndios, subsidência do solo, epidemias, atos de terrorismo, hostilidades militares (quer uma guerra tenha sido declarada ou não), motins, explosões, greves ou outro tipo de manifestações empregatícias, distúrbios civis, sabotagem e expropriação por parte das autoridades governamentais.

Resolução de disputas: Caso quaisquer disputas ocorram em relação ao plano da empresa, a Allianz Partners e a empresa concordam em usar o procedimento de Resolução de disputas indicado no Acordo da Empresa. Essas diferenças podem estar relacionadas a:

- uma opinião médica sobre o resultado de um acidente ou doença; ou
- um evento que pode acarretar um pedido de indenização; ou
- uma condição médica decorrente do ou ligada ao plano da empresa.

Fraude: Não pagaremos nenhum benefício para um pedido de indenização e nos reservamos o direito de cancelar a cobertura do segurado se:

- o pedido de reembolso for falso, fraudulento ou intencionalmente exagerado;
- a empresa, o segurado ou qualquer beneficiário (ou qualquer pessoa que esteja agindo em nome do segurado) usar meios fraudulentos para obter o benefício sob o plano da Empresa.

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

Mitigação: Durante todo o período de invalidez, o funcionário segurado deverá fazer esforços aceitáveis para:

- facilitar sua própria recuperação, como participar de programas de tratamento ou reabilitação razoáveis e costumeiros ou aceitar qualquer oferta, que considerarmos razoáveis, de exercer outras funções na empresa;
- passar por um novo treinamento para exercer outra função, caso se torne aparente que o funcionário não será capaz de assumir sua antiga ocupação durante o período do benefício estipulado no Acordo da Empresa;
- voltar à sua antiga ocupação regular durante o período do benefício ou para exercer alguma outra função adequada;
- obter outro tipo de renda.

Um programa de tratamento razoável e costumeiro é aquele:

- prescrito e executado por um médico;
- de natureza e frequência geralmente necessária para tratar a condição em questão; e
- obrigatório, na nossa opinião.

Proteção de dados

O nosso Aviso de Proteção de Dados explica como protegemos a sua privacidade e processamos os dados pessoais de seus funcionários. Você deve ler este aviso antes de nos enviar quaisquer dados pessoais. Para ler nosso Aviso de Proteção de Dados, visite

 www.allianzcare.com/pt/privacidade.html

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

 **+353 1 645 4040**

Se você tiver alguma dúvida sobre como utilizamos seus dados pessoais, envie um e-mail para:

 AP.EU1DataPrivacyOfficer@allianz.com

Procedimento de gestão de reclamações

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

 +353 1 645 4040

 client.services@e.allianz.com

 Equipe de Atendimento a Reclamações, Allianz Partners, 15 Joyce Way, Park West Business Campus, Nangor Road, Dublin 12, Irlanda.

Lidaremos com sua reclamação de acordo com nosso procedimento interno de gestão de reclamações.

Para mais informações visite:

 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 definições a seguir aplicam-se aos benefícios incluídos nos planos corporativos dos seguros de Vida e Invalidez e a outros termos comumente usados. Os benefícios previstos na cobertura dos segurados estão listados na Tabela de Benefícios correspondente. Sempre que aparecerem neste documento e na Tabela de Benefícios, as palavras ou frases a seguir terão os significados definidos abaixo.

A

Acidente

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

Acordo da Empresa

Acordo que temos com o empregador, o qual permite que as pessoas qualificáveis sejam nossos segurados. O acordo estabelece quem pode receber cobertura, quando a cobertura tem início, como ela é renovada e como os prêmios são pagos.

Ano de vigência do seguro

Período a partir da data de início até a data de vencimento, conforme indicado no Acordo da Empresa.

C

Cobertura voluntária

Ocorre quando o segurado solicita um seguro adicional além daquele oferecido como cobertura padrão sob o plano da empresa.

D

Data de início

Refere-se à data inicial do ano de vigência do seguro, conforme indicado no Acordo da Empresa.

Data de início da cobertura

É a data em que a cobertura se inicia conforme previsto no plano da empresa do segurado.

Data de vencimento

Data final do vencimento do ano de vigência do seguro, conforme indicado no Acordo da Empresa.

Dependente

Cônjuge ou parceiro(a) e/ou filhos financeiramente dependentes do funcionário segurado, até o dia que antecede o seu 18º aniversário ou até o dia que antecede o seu 26º aniversário, quando se dedicam em tempo integral à sua educação e também estão nomeados no plano da empresa.

Deveres materiais e substanciais

Deveres que normalmente são exigidos para o desempenho de uma ocupação e não podem ser razoavelmente omitidos ou modificados.

Doença em estágio terminal

Doença incurável em estágio avançado ou avançando rapidamente e na qual a expectativa de vida do segurado, na opinião do médico que prestou o atendimento e de nosso Diretor Médico, não ultrapassa 12 meses.

Doenças preexistentes

Condições médicas cujos sintomas tenham sido apresentados em algum ponto durante a vida do segurado. Isto se aplica independentemente de a pessoa segurada já ter recebido qualquer aconselhamento médico ou tratamento. Consideraremos preexistente qualquer condição que possamos razoavelmente assumir que você pudesse estar ciente.

Também consideraremos preexistentes quaisquer doenças que possam surgir entre a data em que o segurado preencheu o Formulário de Solicitação e a data mais recente entre as alternativas a seguir:

- a data em que aprovamos seu benefício que passou por subscrição médica; ou
- a data em que adicionamos o benefício que passou por subscrição médica à apólice do grupo.

Portanto, é importante que a Empresa e/ou o segurado nos informe sobre quaisquer alterações na saúde do segurado ou em quaisquer fatos materiais (quaisquer fatos que venham a influenciar a nossa avaliação e aprovação desta solicitação) durante os períodos descritos acima. Além disso, podemos solicitar que o segurado forneça mais informações.

Todas as doenças preexistentes e/ou quaisquer fatos materiais estarão sujeitos à subscrição médica para determinar nossa oferta de aceitação dos termos para a cobertura solicitada, além do nível de aceitação automática. Você será notificado por escrito a respeito de qualquer oferta de termos de aceitação fora dos padrões.

Note que a falha em declarar quaisquer doenças preexistentes e/ou fatos materiais pode invalidar pedidos de indenização no futuro e anular seus benefícios submetidos à subscrição médica.

E

Empresa

Empregador nomeado no Acordo da Empresa.

Evento único

Acidente ou um desastre natural com duração máxima de 72 horas. Em caso de um desastre natural, se os distúrbios durarem mais de 72 horas consecutivas, estes serão considerados como vários eventos separados, cada um com um período máximo de 72 horas. O limite do Evento único é indicado na Tabela de Benefícios.

Notas:

- No caso de tornado, furacão, ciclone ou tempestade, os sinistros serão considerados como Evento único se estiverem ligados à mesma perturbação atmosférica.
- No caso de terremoto, erupção vulcânica ou maremoto, os sinistros serão considerados como Evento único caso o epicentro seja o mesmo e compartilhado.

F

Funcionário segurado

Pessoa elegível à cobertura identificada pela empresa à seguradora, coberta segundo os termos do Acordo da Empresa e para quem a empresa pagou o devido prêmio.

I

Idade limite

Idade máxima para a qual o segurado estará coberto pelo plano, conforme definido no Acordo da Empresa.

L

Limite de Aceitação Automática (LAA)

É o limite predefinido do valor máximo que pode ser segurado por cada pessoa elegível, sem que uma avaliação médica seja necessária. O LAA é definido no Acordo da Empresa e pode ser reavaliado todos os anos. A empresa será informada por escrito sobre quaisquer alterações feitas no LAA.

M

Médico

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

N

Nós/Nosso

Allianz Partners.

O

Ocupação apropriada

Ocupação que o funcionário segurado é capaz de executar de acordo com sua formação, habilidades e experiência.

P

Período de diferimento (para a cobertura de invalidez)

Período durante o qual o segurado não terá direito a receber pagamento de indenizações da cobertura de invalidez. Esse período começa na primeira data da licença médica atestada devido a um acidente ou doença. Os benefícios com períodos de diferimento estarão indicados na Tabela de Benefícios.

Pessoas qualificáveis

Funcionários da empresa (conforme definido no Acordo da Empresa):

- com idade abaixo da idade limite para cobertura estabelecida no Acordo da Empresa;
- em contrato de trabalho permanente. Os funcionários com contrato temporário fixo (com duração superior a seis meses) também podem receber a cobertura para seguro de Vida, Óbito acidental, Perda de um dos membros por acidente e Invalidez permanente. Quaisquer exceções adicionais à cobertura estarão indicadas no Acordo da Empresa;
- que estejam trabalhando ativamente na empresa; e
- que não estejam trabalhando em desacordo com o aconselhamento médico.

Observação: É responsabilidade da empresa garantir que os funcionários que se tornarem qualificáveis para cobertura sejam incluídos a partir do primeiro dia em que se tornarem qualificáveis.

Os funcionários qualificáveis que não estiverem trabalhando na data de início do Acordo da Empresa ou na data de início da cobertura devido a licença médica ou invalidez certificada estarão qualificados para cobertura após completar um mês de vínculo empregatício (conforme indicado no Acordo da Empresa).

Profissional Ativo

Trabalhando ativamente significa que o funcionário segurado:

- está trabalhando;
- realiza todos os deveres inerentes à sua ocupação profissional;
- e não está trabalhando em desacordo com o aconselhamento médico.

Própria ocupação

Ocupação do funcionário segurado no momento da morte (no caso de cobertura de Vida e Óbito acidental) ou da perda de um dos seus membros (no caso de cobertura de Perda de um dos membros por acidente) ou, ainda, no momento de licença médica atestada (no caso de cobertura para o seguro de Invalidez de Curto Prazo).

R

Reajuste do custo de vida

Aumento percentual acordado (conforme definido na Programação referente ao Acordo da Empresa) no valor da indenização paga à Invalidez de Longo Prazo durante o ano de vigência do seguro. O reajuste está sujeito aos limites máximos do benefício, conforme definido na Tabela de Benefícios, e aos termos e condições do Acordo da Empresa.

Rendas adicionais

- Qualquer benefício de invalidez que o funcionário segurado tenha direito a receber de entidades governamentais, de outra companhia de seguros ou de seu empregador.
- Qualquer renda proveniente de uma atividade profissional.

S

Salário anual bruto

Montante anual recebido, antes de ser feita qualquer dedução para o imposto de renda. Inclui também os bônus contratuais e as comissões recebidas. Entretanto, outros benefícios do funcionário segurado, como carros, moradia, bônus de hora extra ou discricionários não são incluídos. Se o empregado for pago por semana, multiplicaremos o valor por 52 para calcular o salário anual bruto. Se o empregado for pago por dia, multiplicaremos o valor por 5 para calcular o salário semanal e então o resultado por 52 para calcular o salário anual bruto.

Segurado

Funcionário segurado e seus dependentes identificados pela empresa à seguradora, para quem a empresa pagou o devido prêmio.

Soma segurada

Montante máximo a ser pago na eventualidade de um pedido de indenização, em conformidade com o Acordo da Empresa. Os detalhes da soma segurada estão indicados na Tabela de Benefícios.

Exclusões

Nenhum benefício será pago caso o pedido de indenização seja resultado de:

ABUSO DE SUBSTÂNCIAS

Abuso de álcool, solvente ou drogas. O abuso de drogas inclui o abuso de medicamentos prescritos, não prescritos, legais ou ilegais.

CONTAMINAÇÃO QUÍMICA E RADIOATIVIDADE

Contaminação química ou biológica, radioatividade ou qualquer contaminação por material nuclear, inclusive a combustão de combustível nuclear.

DOENÇAS CAUSADAS INTENCIONALMENTE OU LESÕES AUTOINFLIGIDAS

Doenças causadas intencionalmente ou lesões autoinfligidas, inclusive tentativas de suicídio, que ocorram dentro de um ano da data de início da apólice. Essa exclusão se aplica apenas à cobertura voluntária (quando aprovado pela seguradora), na qual o funcionário segurado decide obter seguro adicional além daquele oferecido sob o plano da empresa.

PARTICIPAÇÃO EM GUERRA OU ATOS CRIMINOSOS

Participação ativa nos eventos a seguir, 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.

RISCOS PASSIVOS DE GUERRA

- Estar em um país em estado de guerra quando o governo britânico tenha recomendado que seus cidadãos o abandonem, independentemente da nacionalidade do segurado, e quando for desaconselhável viajar para tal país; ou
- Viajar ou permanecer, por um período maior que 28 dias por estadia, em um país ou localidade para o qual o governo britânico desaconselhe viagens, exceto quando essenciais.

A exclusão relacionada aos riscos passivos de guerra é aplicável independentemente se o pedido de indenização tenha surgido por consequências diretas ou indiretas de guerra, levantes populares, perturbações da ordem pública, terrorismo, atos criminosos, atos ilegais ou atos contra qualquer força beligerante estrangeira, quer a guerra tenha sido declarada ou não.

VOO EM QUALQUER AERONAVE

Voo em qualquer aeronave, incluindo helicópteros, a menos que o segurado seja passageiro e o piloto esteja legalmente licenciado ou seja um piloto militar e tenha preenchido o plano de voo programado quando exigido pelos regulamentos locais.

Observação: Exclusões adicionais podem ser aplicadas com base no perfil de risco da empresa ou quando a subscrição médica é necessária.

Tabela de Referência da cobertura de perda de um dos membros por acidente

Benefícios parciais		Percentual da soma segurada a ser paga	
1. Cabeça			
1.1	Perda irreversível da visão em um olho	40%	
1.2	Perda irreversível da audição em um ouvido	30%	
1.3	Remoção parcial da mandíbula ou de metade dos ossos maxilares	40%	
1.4	Perda de matéria do crânio em toda a sua espessura		
1.4.1	Área superficial de 3 cm ² a 5 cm ²	20%	
1.4.2	Área superficial de mais de 5 cm ²	40%	
2. Membros superiores		Esquerdo	Direito
2.1	Perda de um braço ou uma mão	50%	60%
2.2	Perda de um polegar	15%	20%
2.3	Perda parcial de um polegar	5%	10%
2.4	Perda permanente de um osso do braço	40%	50%
2.5	Perda considerável dos dois ossos do antebraço	30%	40%
2.6	Paralisia		
2.6.1	Paralisia de um dos membros superiores	55%	65%
2.6.2	Paralisia do nervo radial do antebraço	25%	30%
2.6.3	Paralisia do nervo circunflexo	15%	20%
2.6.4	Paralisia do nervo cubital	25%	30%
2.6.5	Paralisia do nervo radial da mão	15%	20%
2.6.6	Paralisia do nervo mediano	35%	45%
2.6.7	Paralisia do nervo radial no sulco radial	35%	40%
2.7	Ancilose		
2.7.1	Pulso em posição favorável (reto e pronação)	15%	20%
2.7.2	Pulso em posição desfavorável (extensão flexionada ou tensionada ou posição de supino)	25%	30%
2.7.3	Cotovelo em posição favorável (15 graus ao redor do ângulo reto)	20%	25%
2.7.4	Cotovelo em posição desfavorável	35%	40%
2.7.5	Ombro	30%	40%
2.7.6	Polegar	15%	20%

2.8	Amputação		
2.8.1	Perda de um dedo indicador	10%	15%
2.8.2	Perda de duas falanges do dedo indicador	8%	10%
2.8.3	Perda da falange ungueal do dedo indicador	3%	5%
2.8.4	Perda de um dedo, exceto polegar, indicador e mediano	3%	7%
2.8.5	Perda de um polegar e indicador	25%	35%
2.8.6	Perda de quatro dedos, exceto um polegar	35%	40%
2.8.7	Perda de quatro dedos, inclusive um polegar	40%	45%
2.8.8	Perda de três dedos, exceto um polegar e indicador	15%	20%
2.8.9	Perda de dois dedos, exceto um polegar e indicador	8%	12%
2.8.10	Perda de um polegar e um dedo, exceto o indicador	20%	25%
2.8.11	Perda de um dedo mediano	8%	10%

3. Membros inferiores

3.1	Perda de um dos pés	45%
3.2	Perda parcial de um dos pés	35%
3.3	Perda de um osso da coxa ou dos dois ossos da perna	60%
3.4	Lesão na articulação do joelho com separação significativa dos fragmentos e dificuldade considerável do movimento	40%
3.5	Lesão na articulação do joelho com extensão limitada do movimento	20%
3.6	Encurtamento de um membro inferior	
3.6.1	Mais de 3 cm	20%
3.6.2	Mais de 5 cm	30%
3.7	Paralisia	
3.7.1	Membro inferior	60%
3.7.2	Perda do nervo ciático poplíteo externo	30%
3.7.3	Perda do nervo ciático poplíteo interno	20%
3.7.4	Paralisia total de ambos os nervos poplíteos	40%
3.7.5	Perda de todos os dedos dos pés	25%
3.8	Ancilose	
3.8.1	Quadril	40%
3.8.2	Joelho	20%
3.8.3	Dedão do pé	10%

Benefício total

Percentual da soma segurada a ser paga

4. Membros superiores e inferiores

4.1	Perda de ambas as mãos ou de ambos os pés ou da visão dos dois olhos	100%
4.2	Perda de ambos os braços ou de ambas as pernas	100%
4.3	Perda de ambos os pés	100%

4.4	Perda de um braço e de uma perna	100%
4.5	Perda de um braço e de um pé	100%
4.6	Perda de uma das mãos e de uma perna	100%
4.7	Perda de uma das mãos e de um pé	100%
4.8	Remoção da mandíbula	100%
4.9	Perda irreversível da fala devido a um trauma	100%
4.10	Perda irreversível da audição em ambos os ouvidos	100%

Observação: Para canhotos, desde que o funcionário segurado tenha declarado essa condição no pedido de indenização, as taxas relativas ao membro direito serão aplicadas ao esquerdo e vice-versa. Observe que os benefícios nunca excederão 100% da soma máxima segurada indicada na Tabela de Benefícios.

Fale conosco, adoramos ajudar!

Para obter mais informações, entre em contato conosco:

Central de Atendimento 24 horas para dúvidas e emergências

 Português:	+353 1 645 4040
Inglês:	+353 1 630 1301
Alemão:	+353 1 630 1302
Francês:	+353 1 630 1303
Espanhol:	+353 1 630 1304
Italiano:	+353 1 630 1305

Ligações gratuitas: www.allianzcare.com/pt/pages/toll-free-numbers.html

Se você não puder acessar os números gratuitos de um telefone celular, ligue para um dos números da Central de Atendimento listados acima.

As ligações para a Central de Atendimento serão gravadas e poderão ser monitoradas por razões regulamentares ou para fins de treinamento e qualidade. Observe que apenas o titular da apólice (ou uma pessoa nomeada 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.

@ client.services@e.allianz.com

 Allianz Partners, 15 Joyce Way, Park West Business Campus, Nangor Road, Dublin 12, Irlanda.

 www.allianzcare.com

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 vinculador por si mesma.

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

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