



Guia de subscrição médica para seguro de vida e invalidez

Este guia fornece uma visão geral sobre as perguntas mais comuns a respeito de nossa subscrição médica.

1. O que é subscrição médica?

Subscrição médica é a avaliação do risco de seguro com base 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; e
- os termos da nossa oferta.

2. 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, a subscrição médica será feita para a quantia segurada total.

Caso a quantia segurada 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.

Exemplo:

LAA da apólice do seguro de vida empresarial:	€ 500.000
Quantia segurada de sua apólice empresarial:	€ 600.000
Quantia excedente do LAA que deve passar por subscrição médica:	€ 100.000

3. E se o solicitante não completar o processo de subscrição médica?

- a) 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 empresarial. 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.
- b) Caso o segurado não forneça os documentos comprobatórios solicitados após a avaliação do Formulário de Solicitação dentro do prazo estipulado, o benefício ficará restrito ao LAA correspondente. Se não houver um LAA na apólice da empresa e não recebermos os documentos comprobatórios solicitados após a avaliação do Formulário de Solicitação dentro do prazo estipulado, entenderemos que o segurado ou a empresa não tem mais interesse na cobertura.

4. Como funciona o processo de subscrição médica?

Etapas 1 – O solicitante preenche um Formulário de Solicitação e o envia para underwriting@e.allianz.com em até 30 dias a partir da data em que foi notificado.

Etapas 2 – Nós avaliamos o Formulário de Solicitação. Dependendo da idade do segurado, do nível da quantia segurada acima do LAA e das informações fornecidas, entraremos em contato com o segurado para pedir documentos médicos comprobatórios adicionais ou outras informações.

Etapas 3 – O solicitante providencia as informações necessárias adicionais solicitadas por nossa equipe de subscrição.

Etapas 4 – Após a avaliação das informações necessárias e/ou documentos médicos, tomaremos uma decisão quanto à subscrição médica e a informaremos ao solicitante. A empresa também será informada sobre a decisão (no entanto, não compartilharemos informações médicas com a empresa.)

5. O segurado está coberto para qual nível de benefício durante o processo de subscrição médica?

O benefício do segurado fica restrito ao LAA durante o período do processo de subscrição médica (ou à quantia segurada previamente acordada caso a empresa/segurado queira aumentar o benefício). Quando o processo de subscrição médica estiver completo e confirmarmos os termos de aceitação para cobertura adicional, ajustaremos o nível de cobertura do segurado a partir da data de vigência da decisão de subscrição.

Caso a empresa não tenha um LAA, o segurado não terá cobertura até que o processo de subscrição seja finalizado.

6. Quais são os resultados possíveis do processo de subscrição médica?

Aceitação de acordo com os termos padrão: O segurado conta com cobertura para usar o benefício total de acordo com os valores da apólice corporativa padrão.

Aceitação com prêmio adicional: O segurado está coberto para o benefício total, e é aplicado um prêmio adicional aos valores da apólice para a quantia segurada acima do LAA.

Recusa: O segurado contará com cobertura apenas até o LAA (quando estabelecido na apólice da empresa) sob a apólice correspondente.

Exclusão: O segurado conta com cobertura para o benefício total de acordo com os valores da apólice corporativa padrão para todos os casos, com exceção de uma condição/atividade. A exclusão será aplicada somente à quantia segurada acima do LAA.

Adiamento: A avaliação médica não permite que formalizemos uma decisão definitiva. Nesse caso, o benefício do segurado ficará restrito ao LAA, e nossa equipe de subscrição irá informar as próximas etapas para levar a avaliação adiante.

7. O segurado precisará passar por subscrição médica de novo no futuro?

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.

Os termos de subscrição são válidos enquanto o salário e/ou os benefícios do segurado não aumentarem em mais de 20%. Nesse caso, a subscrição médica será aplicada para a quantia excedente correspondente aos 20%.

Exemplo:

2024

Quantia segurada para o segurado com a apólice corporativa: € 600.000

Quantia subscrita: € 600.000

Decisão de subscrição: aceitação de cobertura para € 600.000 (e até € 720.000)

2025

A quantia segurada para o segurado com apólice corporativa aumenta para € 650.000. Como o aumento ficou abaixo de 20%, não é necessário passar por subscrição médica, e o benefício é totalmente coberto.

2026

A quantia segurada para o segurado com a apólice corporativa aumenta para € 730.000. Como se trata de um aumento de mais de 20%, a subscrição é necessária para o valor de € 10.000 (a decisão de subscrição de 2024 se aplica à quantia de € 720.000, portanto é necessária uma subscrição adicional para o valor que excede os € 720.000).

8. 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.

9. Quem paga pelos custos do processo de subscrição médica?

Quaisquer custos resultantes do processo de subscrição médica devem ser pagos ao provedor médico no momento da consulta para o exame médico e quaisquer exames adicionais. Os custos podem ser reembolsados por nós, dependendo da aceitação da cobertura. Além disso, reembolsaremos apenas custos que sejam razoáveis, costumeiros e que vão de acordo com os procedimentos médicos padrão e geralmente aceitos. Para processar um pedido de reembolso, pediremos uma fatura do provedor médico com todos os custos cobrados pagos pelo segurado.

10. Quais são os exames ou relatórios médicos adicionais que podem ser solicitados como parte da avaliação que começa com o recebimento do Formulário de Solicitação?


Possíveis informações necessárias adicionais*	Definição
RAMP	Relatório de atendimento médico privado. É um relatório que o médico habitual do segurado preenche de acordo com seus próprios registros clínicos. Esse documento não requer uma visita física do segurado à clínica do médico. É também conhecido como RCG - Relatório de clínico geral.
REM	Relatório de exame médico. É um exame físico feito com o médico habitual do segurado ou outro médico indicado pelo próprio segurado.
PLJ	Perfil lipídico em jejum. O segurado precisa ficar entre 12 a 16 horas em jejum antes de fazer o exame. Esse teste mede o nível de lipídios no sangue, incluindo colesterol, HDL, LDL e triglicérides.
HC	Hemograma completo (inclui bioquímica e hematologia).
PSA	Antígeno prostático específico (apenas para homens).
HIV	Sorologia para HIV e hepatite B e C.
ECG	Eletrocardiograma em repouso e em exercício.

*Outros exames e relatórios médicos podem ser solicitados como parte do processo de subscrição. Nossa Equipe de Subscrição Médica irá especificar as informações necessárias para o andamento do caso do segurado.

Fale conosco, será um prazer ajudá-lo!

Para obter mais informações, entre em contato conosco:

Central de Atendimento 24 horas para dúvidas e emergências

	Telefone:	
	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
	Português:	+ 353 1 645 4040

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.

📧 E-mail: disability.services@e.allianz.com
Emirados Árabes Unidos: disability.services@e.international-healthcare.com

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

🌐 www.allianzcare.com/pt.html