

Plano de Benefícios Alpha (US\$)

Data de vigência: 1º de maio de 2017

Apólice Coletiva Principal (TTc010408/01/TTc2017/Alpha)

ÍNDICE

Cobertura	2
Opções de upgrade de cobertura	8
Franquia e cosseguro	13
Definições	14
Exclusões	18
Condições gerais	22
Procedimentos para pedido de sinistro	25

IMPORTANTE

Esta apólice é um contrato anual entre Aetna Life & Casualty (*Bermuda*) Ltd., domiciliada em Hamilton, Bermuda (*doravante "seguradora"*) e os membros da Talent Trust Consultants designados como segurados no Plano de Cobertura. Caso a presente apólice não atenda às suas necessidades, devolva-a dentro de 30 dias da data de emissão e, desde que você não tenha apresentado nenhum pedido de indenização, reembolsaremos o seu prêmio.

OPERAÇÃO DA COBERTURA

Este seguro estabelece uma cobertura mundial 24 horas para cura e alívio de doenças agudas por um especialista ou médico, a menos que especificado de outra forma. Você é obrigado, em todos os momentos, a tomar as precauções necessárias para evitar acidentes ou doenças e obedecerá aos planos de vacinação recomendados e/ou tomará profilaxias apropriadas para malária e outros medicamentos. Todas as despesas para as quais forem reivindicados benefícios devem ser cabíveis e habituais, obrigatoriamente incorridas, além de integral e exclusivamente direcionadas ao tratamento.

ELIGIBILIDADE

Este seguro está disponível somente aos membros da Talent Trust Consultants para cobertura de pessoas desempenhando serviço profissional. Após o segurado deixar o serviço profissional, a cobertura será encerrada.

Segue, na tabela abaixo, os benefícios correspondentes à sua cobertura. Para ajudar você a entender a cobertura, determinadas palavras e frases têm significados específicos e estão definidos na documentação da apólice. Os benefícios abaixo estão sujeitos a um limite total anual máximo, às somas cobertas indicadas neste plano de benefícios, ao histórico médico correspondente, à apólice de seguro do membro e às nossas condições e exclusões gerais. As exclusões gerais incluem: uso de álcool, drogas ou solventes, doenças preexistentes à data de registro original do membro sujeitas a período de carência de dois anos, tratamento cosmético, doenças sexualmente transmissíveis, esterilização e check-ups médicos opcionais. Todos os benefícios apresentados correspondem à pessoa segurada, por período de cobertura (*a menos que especificamente declarado*).

Para que esses membros recebam o melhor serviço de reembolso possível, no caso de um tratamento os procedimentos abaixo devem ser seguidos. Certifique-se de que o formulário de pedido de reembolso seja preenchido integralmente e devolvido dentro de 90 dias da data do tratamento: Reservamo-nos o direito de negar qualquer pedido de reembolso que não seja apresentado dentro de 90 dias da data do tratamento. Os pedidos de reembolso só poderão ser realizados para tratamentos oferecidos durante um período de cobertura. O benefício só será pagável para despesas incorridas antes da expiração ou rescisão.

COBERTURA

	Alpha
<p>Limite máximo total anual Ofereceremos cobertura para tratamento de doenças que ocorrerem pela primeira vez durante qualquer período de cobertura e quando o tratamento for, de fato, oferecido durante o período de cobertura corrente ou quando essas doenças tiverem ocorrido antes da data de registro, porém tenham sido declaradas e aceitas por nós, por escrito, ou então quando o segurado tiver adquirido o Medical History Disregarded (subscrição que ignora as doenças preexistentes dos segurados). Todos os custos incorridos devem ser compulsórios em termos médicos e estão sujeitos a taxas cabíveis e habituais, com base nos custos de tratamento médios aplicáveis à região em que o tratamento tiver sido recebido, conforme determinado por nós. Os custos com acomodação de pacientes internados são para quarto padrão particular, a menos que tenhamos optado por aplicar um limite de leito alternativo.</p>	US\$ 1.000.000 por segurado por período de cobertura
<p>Área de cobertura Mundial, limitada a 60 dias no total por período de cobertura nos EUA. A cobertura nos EUA só é oferecida para tratamento de acidentes e emergências em caso de novas doenças para as quais você não tenha recebido tratamento ou consulta, ou apresentado sintomas antes de sua chegada, e limita-se ainda a US\$ 50.000 por período de cobertura.</p>	
<p>Franquia e cosseguro - Responsabilidade do membro Franquia: Uma franquia de US\$ 100 (<i>conforme apresentado no Plano de Cobertura</i>) será deduzida de todas as despesas médicas opcionais ambulatoriais com respeito a cada nova doença. Cosseguro: Os primeiros 20% de qualquer custo admissível para tratamentos de acidentes ou emergências recebidos nos EUA. O valor máximo pagável por você é de US\$ 5.000 por segurado, por período de cobertura. O cosseguro é aplicado após qualquer dedução de franquia aplicável à apólice. Os casos em que o tratamento opcional exigir autorização prévia que não tiver sido pré-autorizada ou em que o tratamento dentro dos EUA não for realizado dentro da rede de provedores preferencial estarão sujeitos a um cosseguro de 40% e não estarão sujeitos ao limite do cosseguro.</p>	

	Alpha
<p>Os seguintes itens exigirão autorização prévia:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Tratamento planejado para pacientes internos ou externos (<i>hospitalização</i>) b) Tratamento relacionado a gestação ou parto c) Cirurgia planejada d) Evacuação e) Tratamento psiquiátrico - paciente interno, externo ou ambulatorial f) Taxas de enfermeira domiciliar g) Ressonância magnética (IRM), tomografia computadorizada e PET Scan de paciente interno, externo ou ambulatorial <p>Aplicação de limites: Quaisquer limites gerais para benefícios (<i>por visita, número de dias, limite monetário etc.</i>) serão aplicados após a aplicação de qualquer franquia ou cosseguro.</p>	
Diagnóstico e atendimento de emergência de pacientes internos, externos e de emergência	
<p>1. Atendimento a pacientes Internos, cirurgia reconstrutora e reabilitação Taxas incorridas com tratamento de doenças, inclusive estabilização de uma exacerbação aguda de condição crônica não preexistente, quando o tratamento for recebido como paciente interno ou paciente externo, inclusive:</p> <ul style="list-style-type: none"> i) acomodação em hospital e taxas associadas; ii) admissão em unidade de tratamento intensivo; iii) atendimento por enfermeiro qualificado; iv) despesas com procedimento cirúrgico e centro cirúrgico; v) despesas médicas, inclusive cirurgião, consultas, especialista e anestesista; vi) procedimentos de diagnóstico, inclusive, entre outros, testes de patologia, ultrassom, raios-x, ressonância magnética, tomografia computadorizada e PET Scan; vii) medicamentos, curativos, drogas e utensílios prescritos por médico ou especialista, inclusive da medicina tradicional chinesa; viii) cirurgia de reconstrução (<i>inclusive tratamento de paciente ambulatorial</i>) para restabelecer a função natural ou aparência exigidas como resultado de acidente ou doença ocorridos durante o período de cobertura e quando o tratamento ocorrer dentro de 12 meses do evento coberto; ix) reabilitação (<i>inclusive tratamento de paciente ambulatorial</i>) em unidade de reabilitação reconhecida de um hospital após tratamento de paciente interno que durar três dias ou mais. A reabilitação deve ocorrer dentro de 14 dias da data de admissão e deve ser recomendada e estar sob controle direto de um médico. O tratamento inclui uso de salas de tratamentos especiais, despesas com fisioterapia e/ou fonoaudiologia e outros serviços geralmente oferecidos por uma unidade de reabilitação, inclusive enfermagem qualificada, mas excluindo enfermagem particular ou especial ou serviços especializados. 	<p>Cobertura completa</p> <ul style="list-style-type: none"> i) Limitada a quarto particular padrão ix) Limitada a 120 dias por doença
<p>2. Tratamento de acidentes ou emergências dentro dos EUA O benefício poderá ser pago com tratamento médico proveniente de uma emergência nos EUA que exija que o membro busque tratamento imediato (<i>inclusive tratamento ambulatorial</i>) na unidade de acidentes e emergências de um hospital para uma doença para a qual o membro não tenha tido sintomas, não tenha feito nenhuma consulta médica para tratamento ou orientação ou recebido qualquer tratamento antes de</p>	<p>Limite de 60 dias por período de cobertura e até um máximo de US\$ 50.000. Sujeito a cosseguro (<i>e franquia no caso de paciente ambulatorial</i>)</p>

	Alpha
chegar aos EUA. Caso ocorra um acidente e tratamento emergencial seja exigido dentro dos EUA, o membro deve entrar em contato conosco antes ou assim que possível após a admissão na unidade de acidentes ou emergência do hospital. Complicações da gestação e/ou parto não são cobertas por este benefício.	
3. Tomografia computadorizada, PET Scan e ressonância magnética Tomografias realizadas por pacientes internos, pacientes externos ou pacientes ambulatoriais.	Cobertura completa
4. Transplante de órgãos Os transplantes de órgãos cobertos por esta apólice são: coração, coração/pulmão, pulmão, rim, rim/pâncreas, fígado, medula óssea alogênica e medula óssea autóloga.	Limite total de US\$ 250.000
5. Despesas hospitalares Quando o membro receber tratamento por uma doença qualificada de paciente interno e não houver nenhum custo incorrido com viagem, acomodação e tratamento, pagaremos um benefício em dinheiro. Para reivindicar esse benefício, o membro deve pedir que o hospital assine e sele seu formulário de requerimento. O benefício não se aplica a admissões nas instalações de acidentes ou emergências do hospital.	Limite de US\$ 125 por noite para um máximo de 20 noites Franquia e cosseguro da apólice não se aplicam
6. Acomodação para os pais Custos com acomodação em hospital para pai, mãe ou responsável legal que acompanharem um membro com menos de 18 anos admitido em hospital como paciente interno.	Cobertura completa
Doença psiquiátrica	
7. Tratamento psiquiátrico de paciente interno Tratamento recebido em uma unidade psiquiátrica registrada de hospital. Todos os benefícios dependem de nossa pré-autorização e todo tratamento será administrado sob controle de um psiquiatra registrado. Sem nossa confirmação prévia por escrito a tal tratamento, não poderemos pagar o benefício. No entanto, a consulta inicial com o médico (<i>que não seja o psiquiatra</i>) que resultar em indicação psiquiátrica é coberta sem necessidade de autorização prévia.	Limite de US\$ 5.000 até um máximo de 30 dias por período de cobertura
8. Tratamento psiquiátrico de paciente ambulatorial No caso de tratamento psiquiátrico de paciente ambulatorial , inclusive consultas a especialista, todos os tratamentos devem ser pré-autorizados por nós e devem sempre ser administrados sob controle direto de um médico. Sem nossa confirmação por escrito antes de tal tratamento, nós não poderemos pagar nenhum benefício. No entanto, a consulta inicial com o médico (<i>que não seja o psiquiatra</i>) que resultar em indicação psiquiátrica é coberta sem necessidade de autorização prévia.	Limite de US\$ 5.000 por período de cobertura
Serviços dentários	
9. Dano acidental aos dentes Tratamento recebido em enfermaria de acidentes ou emergências de hospital ou clínica dentária, dentro de 10 dias de incorrer danos acidentais a dentes saudáveis e naturais, exceto quando o dano acidental tenha sido causado por alimentação. O tratamento de	Limite de US\$ 2.500 por período de cobertura

	Alpha
acompanhamento é limitado a uma visita dentro de 30 dias do tratamento inicial e deve ser autorizado por nós com antecedência.	
10. Extração cirúrgica de dente As taxas referentes a um dentista ou cirurgião maxilofacial e custos associados para tratamentos realizados a um paciente interno ou paciente externo para retirada de dente impactado, enterrado ou incluso.	Limite de US\$ 2.500 por período de cobertura
Gestão de patologias e doenças crônicas	
11. Oncologia Todo tratamento médico necessário recebido para ou relacionado ao diagnóstico de câncer quando recebido por um paciente interno, paciente externo ou paciente ambulatorial, inclusive tratamento paliativo.	Cobertura completa
12. Gestão de rotina de doenças crônicas Check-ups de rotina, medicamentos e curativos prescritos para gestão da doença, acomodação em hotel, enfermagem, hemodiálise, cirurgia e tratamento paliativo de doenças crônicas (<i>excluindo câncer</i>). A cobertura sob esse benefício se aplica a novas doenças crônicas surgidas a partir de sua data de início, data de registro e data de vigência deste benefício (o que ocorrer depois).	Limite de US\$ 3.000 por segurado por período de cobertura
13. Anomalias congênitas Tratamento de anomalias congênitas que se manifestarem após o início da cobertura do membro ou que se manifestarem em um dependente nascido no ano anterior ao início da cobertura.	Limite de US\$ 100.000 por doença
14. Equipamentos médicos duráveis, suprimentos protéticos e ortopédicos (DMEPOS) Os seguintes benefícios são cobertos: <ul style="list-style-type: none"> i) equipamentos médicos duráveis necessários prescritos pelo médico que estiver realizado o tratamento, necessários para realizar ou facilitar a entrega de medicamentos e curativos prescritos; ii) taxas auxiliares após tratamento de paciente interno ou paciente externo, inclusive compra ou aluguel de muletas e custos associados à compra ou aluguel iniciais de cadeira de rodas; iii) próteses externas após cirurgia, inclusive aparelhos e calibradores, olhos artificiais e compra inicial e ajuste de um membro artificial; iv) produtos ortopédicos, inclusive palmilhas e suportes ortopédicos. Esse benefício exclui provisão, modificação e ajuste de móveis ou adaptações à residência.	Limite de US\$ 1.000 por doença
15. Atendimento domiciliar Serviços e suprimentos de <i>homecare</i> , inclusive aqueles realizados por um enfermeiro registrado ou licenciado, fisioterapia quando realizada por um fisioterapeuta licenciado, suprimentos médicos, medicamentos e uso de acessórios imediatamente após o tratamento do paciente interno ou externo em determinado evento coberto. Todos os serviços, suprimentos e tratamentos devem ser considerados necessários em termos médicos e solicitados por um médico licenciado.	Limitado a 30 dias por evento coberto
16. Enfermagem domiciliar A enfermagem domiciliar que for imediatamente recebida após o tratamento de paciente interno ou externo ou após recomendação de especialista. Isso precisa ser realizado por um enfermeiro qualificado e não pode oferecido por conveniência ou motivos familiares.	Limite de 30 dias por doença

		Alpha
17. Atendimento em lar de repouso para pacientes terminais Despesas com acomodação e despesas associadas para atendimento em lar de repouso para pacientes terminais de um membro após diagnóstico de doença terminal sob recomendação e instrução de um especialista e imediatamente após tratamento coberto recebido por um interno em hospital. Esse benefício inclui: <ul style="list-style-type: none"> - tratamento paliativo e outra gestão de sintomas agudos e crônicos; - serviços sociais médicos sob direção de um médico ou especialista; - consulta fisiológica e nutricional; - consulta ou serviços de gestão de caso por um médico ou especialista; - serviços de enfermagem qualificados intermitentes ou em meio período por até oito horas em qualquer dia para atendimento ambulatorial. 		Limite de US\$ 50,00 por dia por, no máximo, 10 dias
18. Terapia de reposição hormonal Consultas com médico ou especialista e custos de comprimidos prescritos, implantes ou adesivos quando o tratamento for prescrito somente para desequilíbrio hormonal.		Limite de três meses por cobertura
Paciente ambulatorial e tratamentos alternativos		
19. Atendimento ambulatorial Médico, especialista, despesas com médicos e enfermagem, despesas com pacientes ambulatoriais, inclusive procedimentos de diagnóstico e cirurgia, testes de patologia, ultrassom, ressonância magnética, tomografias computadorizadas, raios-x, medicamentos, curativos e acessórios prescritos por um médico ou especialista e despesas com medicina tradicional chinesa. Fisioterapia ou terapia ocupacional recomendadas por um médico estão restritas a 10 sessões por doença, e depois disso a situação deve ser avaliada por um especialista. Um relatório médico será exigido para a fisioterapia ou terapia ocupacional do paciente ambulatorial após dez sessões. Uma carta/relatório de referência deverá ser entregue com o primeiro pedido do tratamento.		Cobertura completa
20. Investigações de infertilidade Os custos cabíveis de investigações de causas de infertilidade, onde tanto o homem quanto a mulher: <ol style="list-style-type: none"> a) estejam cobertos continuamente por nós por pelo menos dois anos no momento em que incorreram esses custos; e b) não estavam cientes da infertilidade na data de ingresso original. 		Limite de US\$ 2.500 por cobertura, por segurado
21. Tratamento alternativo Tratamento administrado por quiroprático, osteopata, homeopata, podólogo e acupunturista registrado quando oferecido sob controle direto de médico ou especialista e após seu encaminhamento. Uma carta/relatório de referência deverá ser entregue com o primeiro pedido do tratamento.		Limite de 10 sessões no total, por doença
Tratamento em sala de emergência		
22. Tratamento recebido em sala de emergência exclusiva de hospital ou clínica de atendimento a emergências quando a doença for uma verdadeira emergência.		Cobertura completa

Evacuação e transporte	
<p>23. Transporte de emergência Custos de transporte de emergência de, para e entre o hospital(s) para receber tratamento como paciente externo ou paciente interno, pelo método de transporte mais adequado quando considerado necessário por um médico ou especialista. Esse benefício não inclui o custo do deslocamento de carro.</p>	<p>Limitado a US\$ 1.500 por evento. Franquia e cosseguro não se aplicam a este benefício</p>
<p>24. Evacuação A evacuação de um membro em caso de emergência, onde o tratamento não estiver imediatamente disponível no local do incidente, até a instalação médica apropriada mais próxima conforme definido por nós, pelo método mais adequado de transporte conforme definido por nós, para fins de admissão ao hospital como paciente externo ou paciente interno. A evacuação está sujeita a um consentimento por escrito nosso, antes da viagem, e a instruções certificadas dadas a nós pelo médico atendente ou especialista, inclusive conformação de que o tratamento necessário está indisponível no local do incidente. Este benefício exclui todos os custos de maternidade e parto, exceto os cobertos e descritos no item 28 - Complicações de gestação, e qualquer resgate aéreo ou marítimo ou custos de resgate em montanha não incorridos em resorts de esqui ou resorts esportivos de inverno semelhantes.</p>	<p>Cobertura completa Franquia e cosseguro não se aplicam a este benefício</p>
<p>25. Evacuação e despesas adicionais com viagem Custos com viagem cabíveis: i) custos de evacuação, inclusive custos de viagem de uma pessoa com o membro como acompanhante, caso haja indicação médica; ii) deslocamento de e para consultas médicas quando o paciente for externo; iii) para que o acompanhante se desloque de e para o hospital para visitar o membro após admissão como paciente interno; iv) passagem aérea em classe econômica para levar de volta o membro e o acompanhante ao país de residência ou domicílio ou para o país em que a evacuação tiver ocorrido; v) acomodação fora do hospital para o membro e acompanhante para períodos de admissão pré- e pós-hospital, desde que o membro esteja sob cuidados de um especialista.</p>	<p>Limite de US\$ 2.500 por pessoa, por evacuação. Franquia e cosseguro não se aplicam a este benefício</p> <p>v) limite de US\$ 80 por pessoa, por dia <i>(sujeita ao limite geral de US\$ 2.500 acima)</i></p>
Viagem de emergência de apoio	
<p>26. Despesas com viagem e acomodação cabíveis relacionadas a um membro, junto com quaisquer menores (<i>menores de 16 anos</i>) que necessariamente precisarem viajar de e para o país habitual de domicílio ou país de residência de um parente próximo que tenha se encaixado inesperadamente na lista crítica após um acidente.</p>	<p>Limite de US\$ 3.000 por sinistro. Franquia e cosseguro não se aplicam a este benefício</p>
Restos mortais	
<p>27. Em caso de morte causada por uma doença qualificada: transporte do corpo de um membro ou suas cinzas para o país de domicílio ou país de residência ou custos de enterro ou cremação no local de morte em conformidade com a prática cabível e habitual. As taxas de enterro ou cremação necessárias incluem: - custo de reabertura de sepultura e custos de enterro; ou</p>	<p>Limite de US\$ 15.000 por segurado. Franquia e cosseguro não se aplicam a este benefício</p>

		Alpha
<ul style="list-style-type: none"> - custo de abertura de nova sepultura e custos de enterro, inclusive direito exclusivo a taxa de enterro; ou - e caso de cremação: <ol style="list-style-type: none"> 1. taxa de cremação; 2. custo de certidões médicas; 3. custo de remoção de marca-passo ou outro aparelho que precisar ser retirado antes da cremação, mas excluindo custos relacionados a outras despesas com funeral, como: <ul style="list-style-type: none"> - despesas com o agente funerário; - flores; - custo de quaisquer documentos necessários para a liberação do dinheiro, economias e bens do <i>de cujus</i>; - custo necessário de uma viagem de ida e volta para que você: <ol style="list-style-type: none"> 1. providencie o funeral; ou 2. compareça ao funeral. 		
Mãe e filho		
28. Complicações de gestação Tratamento de doença proveniente de estágios pré-natal de gestação, doença surgida durante o nascimento de uma criança e que exija um procedimento obstétrico reconhecido e check-up após o nascimento necessário após uma complicação da gestação por até seis semanas. Complicações surgidas como resultado de concepção assistida, inclusive, entre outros, nascimentos prematuros e múltiplos, estão excluídos deste benefício. Este benefício será pagável após os primeiros dez meses da data de início ou data de registro (o que ocorrer depois).		Cobertura integral O cosseguro não se aplica a este benefício
29. Atendimento a recém-nascidos Tratamento de paciente interno de doença aguda sofrida por um recém-nascido que se manifeste dentro de 30 dias do nascimento. Complicações surgidas como resultado de concepção assistida, inclusive, entre outros, nascimentos prematuros e múltiplos, estão excluídos deste benefício. Quando uma anomalia congênita ocorrer em um recém-nascido, a cobertura será excluída sob este benefício e será pagável conforme descrito no item 13 - Anomalias congênitas. Após o período de benefícios de 30 dias do recém-nascido, com exceção de qualquer doença que ocorrer ou se manifestar durante o período de 30 dias após o nascimento, o dependente do membro será qualificado para cobertura integral desta apólice, sujeito a notificação por escrito dentro de 45 dias do nascimento e a todos os prêmios serem pagos integralmente dentro de 30 dias da data de vencimento. Uma declaração de saúde é necessária com respeito a todos os dependentes que nascerem após um tratamento de infertilidade (<i>fertilização in vitro</i>).		Limite de US\$ 100.000 por segurado por período de cobertura e a um período máximo de internação de 90 dias
30. Acomodação de recém-nascido Custos com acomodação em hospital relativos a um bebê recém-nascido (<i>até 16 semanas de idade</i>) para acompanhar sua mãe (<i>sendo um membro</i>) enquanto ela estiver recebendo tratamento como paciente interna no hospital.		Cobertura completa
OPÇÕES DE UPGRADE DE COBERTURA		
Os seguintes benefícios só se aplicam se forem especificamente observados no Cronograma de Cobertura.		
001. Cobertura para doenças adicionais		Limite de US\$ 50.000 por segurado por período

	Alpha
<p>Estende a cobertura oferecida descrita no item 12 - Gestão de rotina de doenças crônicas, de modo a incluir tratamento de rotina e paliativo incorrido com respeito a uma doença crônica. A cobertura está restrita a novas doenças que não tiverem sido previamente sofridas, diagnosticadas ou não, ocorridas após a data de compra deste benefício.</p> <p>As doenças estão limitadas a:</p> <p>Check-ups de rotina associados a doenças crônicas, medicamentos e curativos prescritos para gestão da doença, acomodação em hospital, enfermagem, cirurgia, hemodiálise e tratamento paliativo.</p> <p>A cobertura nesta opção inclui ainda despesas médicas surgidas do ou relacionadas ao vírus da imunodeficiência humana (<i>HIV</i>) e/ou doenças relacionadas ao HIV; também inclui a Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (<i>AIDS</i>), o complexo relacionado à AIDS (<i>ARC</i>) e/ou quaisquer derivações ou variações mutantes. As despesas estão limitadas a:</p> <p>a) consultas pré e pós-diagnóstico;</p> <p>b) check-ups de rotina relacionados à doença;</p> <p>c) medicamentos e curativos prescritos (<i>exceto experimentais ou investigativos</i>);</p> <p>d) acomodação em hospital e despesas com enfermagem.</p> <p>Os benefícios pagáveis sob esta opção estão sujeitos à apólice ser mantida durante todo o período do sinistro.</p> <p>Com respeito a este benefício, não se aplicam somente as exclusões 3 e 39.</p>	<p>de cobertura</p> <p>Sublimite de US\$ 10.000 por segurado por período de cobertura</p>
<p>002. Gestação normal, parto e cesariana</p> <p>A cobertura sob esta opção inclui custos associados a gestação normal, parto, cesariana e qualquer doença contraída após os dez primeiros meses a partir da data de vigência deste benefício ou data de registro (o que ocorrer depois).</p> <p>Os benefícios limitam-se a parto, check-ups pré e pós-natal (<i>incorridos durante seis meses após o parto, sujeitos a um limite de benefício não esgotado</i>), obstetrix e custos com parto e incluem somente os seguintes custos com um recém-nascido dentro de 30 dias após o nascimento:</p> <p>a) 1 exame físico;</p> <p>b) vitamina K, e vacinas contra hepatite B e BCG;</p> <p>c) circuncisão;</p> <p>d) exames de sangue de rotina para fenilcetonúria (<i>PKU</i>), hipotireoidismo congênito e deficiência de glucose-6-fosfato desidrogenase (<i>G6PD</i>);</p> <p>e) um exame de audição;</p> <p>f) custos de acomodação cabíveis para não mais do que quatro noites após o parto se a mãe for admitida e não estiver sofrendo qualquer complicação.</p> <p>Todos os custos relativos a complicações de gestação e/ou parto após concepção assistida estarão limitados a este benefício.</p> <p>Parto em casa (<i>fora dos EUA</i>) - custos incorridos com atendimento pré-parto, parto e pós-parto incorridos com respeito a nascimentos em casa fora dos EUA, sejam eles realizados por um médico ou obstetrix, são permitidos até o máximo do benefício da gestação.</p> <p>Qualquer despesa com gestação ocorrida ou manifestada antes de uma alteração a um limite máximo maior estará sujeita a um limite máximo inferior anterior.</p> <p>Com respeito a este benefício somente, não se aplicam as exclusões 17 e 18.</p>	<p>Limite de US\$ 4.000 por gestação, US\$ 10.000 por gestação ou US\$ 25.000 por gestação (<i>dependendo do limite escolhido</i>)</p> <p>Sujeita a um cosseguero de 10% sem limitação se o limite escolhido for US\$ 25.000 por gestação</p>
<p>003. Tratamento dentário de rotina</p> <p>A cobertura desta apólice se estende de modo a incluir despesas com dentista na realização de tratamento dental de rotina em uma cirurgia</p>	<p>Limite de US\$ 250 por segurado por período de cobertura e sujeita a um período de espera de</p>

NB: Reembolso por diminuição de férias ou viagens com tudo incluído serão pagos por nós proporcionalmente, e o início do período de restrição contará a partir da data de volta ao país de residência habitual.

Seção B – Bagagem, roupas ou objetos pessoais

Reembolsaremos a pessoa segurada por perda de bagagem, roupas ou objetos pessoais até um total de US\$ 1.000.

Com respeito a itens comparáveis que substituírem um artigo danificado ou perdido, pagaremos pelo custo de substituição desde que o artigo tenha menos de dois anos no momento e que a evidência da compra original seja apresentada.

Com respeito a artigos com dois anos ou mais, ou se o artigo não for de fato substituído, ou evidências não puderem ser apresentadas sobre sua idade, o pagamento terá como base o valor do artigo no momento de perda ou custo de reparo. Nossa responsabilidade por qualquer artigo segurado será limitada a US\$ 500 e, para fins do seguro, o valor de um par ou conjunto de artigos será limitado a US\$ 500.

Também pagaremos até US\$ 150 pela substituição de documentos perdidos ou destruídos pelos quais o segurado for responsável.

Além disso, pagaremos até US\$ 2.000 com respeito a perda de notebook e até US\$ 300 pela perda de uma câmera ou instrumento musical. Em caso de perda ou dano sob esta seção, o segurado tomará todas as medidas cabíveis para recuperar qualquer bem perdido.

Seção C - Valores em dinheiro

Reembolsaremos a pessoa segurada até US\$ 500 por perda de dinheiro, notas bancárias ou de dinheiro, traveller checks, passaportes, green cards, vale-combustível e passagens aéreas, inclusive despesas cabíveis incorridas como resultado da perda.

A cobertura vigorará para moedas e traveller checks a partir do momento de coleta no banco ou agente de viagem ou por três dias antes do início da viagem ou data de início de nossa apólice (o que ocorrer depois) e até dois dias após a conclusão da viagem ou momento de conversão ou cobrança (o que ocorrer antes).

Exclusões aplicáveis às Seções A a C:

Com respeito a esses benefícios, e adicionalmente aos termos e condições principais de cobertura sob esta apólice, também seremos responsáveis por:

- 1) sinistros provenientes de qualquer doença ou grupo de circunstâncias conhecido pelo segurado no momento da realização deste seguro em que tal doença ou grupo de circunstâncias puderem razoavelmente levar ao cancelamento da viagem;
- 2) quaisquer sinistros que surgirem direta ou indiretamente do cancelamento ou redução de arranjos de viagem causados por ou que tiverem sido colaborados por ou após a determinação de qualquer autoridade governamental, pública ou local, inclusive, entre outros, qualquer autoridade de aviação civil ou federal;
- 3) danos devido a traça, verme, uso e desgaste e deterioração gradual;
- 4) perda de dinheiro ou notas bancárias, traveller checks, vale-combustível pré-pago e passagens aéreas, exceto conforme previsto no item C – Valores em dinheiro dos benefícios de viagem estendidos;
- 5) prejuízos provenientes de confisco ou detenção por alfândega ou outra autoridade;
- 6) propriedade segurada que não bagagem e objetos pessoais cobertos sob uma apólice de automóvel;
- 7) perda de jóias e objetos de valor enquanto sob custódia de uma companhia aérea;
- 8) perda de bagagem ou de objetos pessoais deixados desacompanhados a menos que em quarto de hotel trancado, apartamento, residência de férias ou veículo motor, mas em caso de veículos motores não seremos responsáveis por bens deixados de um dia para

Limite de US\$ 1.000 por pessoa por ocorrência

Limite de US\$ 500 por pessoa por ocorrência

	Alpha
<p>outro a menos que o veículo esteja em uma garagem segura;</p> <p>9) qualquer perda de bagagem sob custódia de uma companhia aérea a menos que essa perda seja relatada à companhia aérea dentro de 24 horas da obtenção de relatório;</p> <p>10) os primeiros US\$ 50 de cada sinistro de segurado fora dos EUA e US\$ 100 de cada sinistro para cada segurado incorrido dentro dos EUA;</p> <p>11) pedidos de indenização por perdas/roubos não relatados à polícia dentro de 24 horas da descoberta e obtenção do boletim policial;</p> <p>12) déficits devido a erro, omissão ou depreciação de valor;</p> <p>13) Propriedade segurada sob o presente instrumento enquanto sob custódia de uma companhia aérea.</p>	
<p>006. Continuação dos termos de cobertura (Opção estendida)</p> <p>A cobertura será estendida sob esta apólice para os segurados que deixarem o serviço profissional a ser oferecido com uma continuação de cobertura dos benefícios desta apólice pelo período observado no Plano de Cobertura (<i>e por um período não superior a três meses</i>). A cobertura será oferecida no país de domicílio da pessoa segurada somente, e só será aplicável a novas doenças que se manifestarem a partir da data de início deste benefício ou data de ingresso (o que ocorrer depois).</p> <p>A exigência de estar em um serviço profissional conforme observado na página 1 desta apólice é renunciada pelo período de seguro conforme indicado no Plano de Cobertura. A cobertura só está disponível quando nenhuma outra cobertura de seguro de saúde para o segurado existir. Quando outra apólice de seguro saúde oferecer cobertura para o segurado, a cobertura sob este benefício será encerrada imediatamente.</p>	Limite de US\$ 50.000
<p>007. Cobertura vitalícia</p> <p>Cobertura de seguro saúde, pagamento por taxa fixa.</p>	US\$ 100.000 ou US\$ 250.000 para 18 a 49 anos ou US\$ 50.000, US\$ 100.000 ou US\$ 250.000 para 50 a 65 anos (<i>isto é, o limite escolhido</i>)
<p>008. Morte e mutilação acidentais (AD&D)</p> <p>Um pagamento global se um membro perder a vida ou uma parte significativa do corpo em acidente.</p> <p>A opção Morte e mutilação acidentais (AD&D) só poderá ser acrescentada junto com a Cobertura vitalícia e não poderá ser adquirida como uma apólice separada.</p>	US\$ 100.000 para 18-49 anos ou US\$ 50.000 para 50-65 anos
<p>009. Viagem não emergencial</p> <p>Este benefício disponibilizará o custo de viagem de ida e volta em classe econômica para o país da instalação médica apropriada mais próxima caso um membro precise de tratamento como paciente interno ou externo não emergencial que estiver indisponível no local corrente do membro. Esse contexto está sujeito a consentimento por escrito nosso e a instruções comprovadas do médico ou especialista, inclusive confirmação de que o tratamento necessário está indisponível no local do incidente.</p>	Limite de US\$ 500 por período de cobertura (<i>sujeito a 20% de cosseguro</i>)
<p>010. Apólice Stay Alive</p> <p>Esta opção permite que o segurado retenha benefícios de manter cobertura contínua como membro TTC, sem adquirir uma apólice anual completa mas sujeito a pagamento de prêmio. Os membros poderão desejar fazer isso se tiverem cobertura temporária alternativa de uma fonte patrocinada pelo governo ou por emprego, mas pretenderem retornar à apólice TTC em um estágio posterior. Esta opção não oferece benefícios médicos.</p> <p>A participação está sujeita às seguintes exigências:</p> <p>1) a pessoa segurada não tiver apresentado sinistros 12 meses antes da mudança de Apólice Alpha para Apólice Stay Alive;</p>	

	Alpha
2) a pessoa segurada precisaria pré-notificar a TtC 90 dias antes de mudar da Apólice Stay Alive para a Apólice Alpha; 3) a data de registro e bônus por ausência de sinistros (<i>se houver</i>) sob a Apólice Alpha serão transferidos para a Apólice Stay Alive; 4) novas doenças iniciadas durante a apólice Stay Alive serão classificadas como preexistentes uma vez que o membro reiniciar uma apólice Alpha; 5) o período máximo de cobertura sob a uma Apólice Stay Alive é de dois anos.	
011. Oftalmologia O custo de um exame de vista de rotina e a compra de acessórios da visão, quando a prescrição do membro tiver mudado. Com respeito a este benefício, não se aplicam as exclusões 1 e 42 somente.	Limite de um exame de vista e um máximo de US\$ 250 por segurado por período de cobertura. A apólice não se aplica a este benefício

FRANQUIA E COSSEGURO

O Plano de Cobertura mostrará o valor da franquia que você será obrigado a pagar para tratamento de paciente ambulatorial qualificado antes de receber qualquer benefício sob esta apólice. Qualquer cosseguro aplicado a tratamento nos EUA não será aplicado para atingir a franquia. Um tratamento qualificado que exigir pré-autorização que não tiver sido pré-autorizada contará em direção a uma franquia somente após a aplicação do cosseguro aumentado correspondente.

Limites de cosseguro:

Quando ocorrer um tratamento de emergência dentro dos EUA, você será obrigado a pagar uma porcentagem do valor total de quaisquer despesas incorridas com cada doença. Esse é o seu cosseguro e a porcentagem está nesta apólice. O valor máximo que você terá de pagar como cosseguro por segurado por período de cobertura é chamado limite de cosseguro.

Após atingir esse máximo, a apólice pagará benefícios a 100%. Os pagamentos de franquia não contribuem com esses limites.

Exceções à aplicação de uma franquia e/ou cosseguro:

Os seguintes benefícios não estarão sujeitos a franquia e cosseguro. São eles:

- Benefício 5 – Despesas hospitalares
- Benefício 27 – Restos mortais
- Benefício 26 – Viagem de emergência de apoio
- Benefício 23 – Transporte de emergência
- Benefício 24 – Evacuação
- Benefício 25 – Evacuação e despesas com viagem adicionais
- Opção adicional 004 - Benefício de viagem de apoio estendido

O seguinte benefício não estará sujeito a cosseguro:

Benefício 28 – Complicações de gestação

O seguinte benefício não estará sujeito a franquia:

Opção adicional 003 - Tratamento dentário de rotina

Opção adicional 011 - Oftalmologia

DEFINIÇÕES

Para ajudar você a entender a apólice, os seguintes termos e frases usados em qualquer local da mesma têm significados específicos, previstos nesta seção.

Acidente: Um evento externo inesperado, imprevisto e involuntário que resultar em ferimento ocorrido enquanto a apólice estiver vigente.

Aguda: Uma doença que seja breve e tem ponto final definido e que nós, sob consulta ou consulta geral, determinarmos poder ser curada por tratamento.

Ato de terrorismo: Um ato, inclusive, entre outros, uso de força ou violência e/ou ameaça, de qualquer pessoa ou grupo(s) de pessoas, agindo sozinho ou em nome de ou junto com outra organização qualquer ou governo, comprometido com motivos políticos, religiosos, ideológicos ou étnicos, inclusive intenção de influenciar qualquer governo e/ou amedrontar o público ou qualquer parte do público.

Consulta: Qualquer consulta de médico ou especialista durante a emissão de quaisquer prescrições ou repetições de prescrições.

Acessórios Dispositivos, implantes e equipamentos quando utilizados como parte integral de um procedimento cirúrgico administrado por um médico ou especialista.

Benefícios: A cobertura de seguro oferecida por esta apólice e quaisquer extensões ou restrições apresentadas no Plano de Cobertura ou em qualquer endosso (*se aplicável*).

Lesão corporal: Ferimento causado somente por um acidente que resultar em mutilação, invalidez ou outro ferimento físico.

Crônico(a): Uma doença ou ferimento que possui pelo menos uma das seguintes características:

- continua indefinidamente e não tem cura;
- volta ou tem probabilidade de voltar;
- é permanente;
- a pessoa precisa ser reabilitada ou treinada de forma específica para lidar com ela;
- a pessoa precisa de monitoramento, consultas, check-ups e exames ou testes a longo prazo.

Cosseguero: A porcentagem do valor total das despesas incorridas pelas quais a pessoa é responsável.

Data de início: A data apresentada no Plano de Cobertura em que a apólice tiver primeiro entrado em vigor. O horário do início da cobertura sob esta apólice será 00h01min.

Anomalia congênita: Um defeito, doença ou malformação genética, física ou (*bio*)química, que pode ser hereditária/familiar ou devido a uma influência durante a gestação até o nascimento, e que pode ou não ser óbvia no nascimento.

Termos de transferência contínuos: A aceitação por nós de sua data de ingresso original conforme demonstra a seguradora atual será aplicada à sua apólice. Manteremos sua subscrição ou termos de aceitação especiais conforme oferecido pela sua seguradora, como por exemplo qualquer suspensão ou exclusões específicas, e sua apólice conosco será regida pelos termos e condições de nossa apólice.

País de domicílio: Para fins desta apólice, será o país em que você nasceu e/ou do qual tem passaporte.

País de residência: O país em que você possui residência habitual (*residindo por um período de não menos que seis semanas por período de cobertura*) no momento em que esta apólice for primeiro realizada ou em cada data de renovação posterior.

Data de ingresso: A data apresentada no Plano de Cobertura em que uma pessoa segurada estiver incluída sob esta apólice.

Paciente externo: Uma pessoa segurada que tiver sido admitida em leito hospitalar, mas não fica internada.

Dentista: Uma pessoa licenciada pela autoridade licenciante pertinente para atuar como dentista no país em que o tratamento dental for realizado.

Dependentes: Um cônjuge e/ou filho não casado financeiramente dependente que não tiver mais de 18 anos e residir com o segurado principal ou que não tiver mais de 26 anos se estudar em tempo integral na data de ingresso ou em qualquer data de renovação subsequente. Todos os dependentes precisam ser designados como segurados no Plano de Cobertura.

Medicamentos e curativos: Medicamentos, curativos e remédios essenciais, prescritos por um médico ou especialista e que não estiverem disponíveis sem prescrição.

Eletivo: Tratamento planejado que é necessário, em termos médicos, mas que não é exigido em uma emergência.

Emergência: Uma doença ou ferimento repentino, sério e imprevisto que exigir atendimento médico imediato e em que se essa pessoa não obtiver atendimento rapidamente, poderá ocorrer morte ou problemas de saúde sérios.

Evacuação: Quando um tratamento não estiver disponível no local do incidente, em caso de emergência médica, os custos incorridos com a transferência de um segurado do local do incidente para o país mais próximo com instalações médicas apropriadas, conforme determinado pelo médico ou especialista do caso e junto com nossos consultores médicos. Todas as passagens aéreas estão limitadas a classe econômica.

Franquia: O valor pagável por um segurado com respeito a despesas incorridas antes que quaisquer benefícios sejam pagos sob a apólice, conforme especificado no Plano de Cobertura.

Expatriados: Todas as pessoas que viverem ou trabalharem fora do país do qual possui passaporte, por um período que exceder seis meses por período de cobertura.

Consultoria geral: Consultoria do órgão profissional pertinente para estabelecer prática médica e/ou opinião médica definida com respeito a qualquer doença ou tratamento médico.

Hereditariedade: Transmitido dos pais para os filhos: herdado, e que apresentar sintomas no nascimento.

Lar de repouso para pacientes terminais: Um hospital ou parte de um hospital ou instalação licenciada como lar de repouso para pacientes terminais, dedicada ao cuidado de pacientes com doenças progressivas, em que tratamento de cura não for mais possível como paciente interno ou em domicílio.

Hospital: Um estabelecimento legalmente licenciado como hospital médico ou cirúrgico sob as leis do país em que estiver situado.

Paciente interno: Um segurado que for internado em um leito hospitalar e for admitido por uma ou mais noites somente para receber tratamento.

Segurado/você/seu: Pessoas qualificadas para receber cobertura sob esta apólice conforme designado no Plano de Cobertura.

Seguradora: Aetna Life & Casualty (*Bermuda*) Limited

Doença: Ferimento, doença ou enfermidade, inclusive doença psiquiátrica.

Médico: A pessoa que tiver obtido diploma em medicina ou cirurgia ao frequentar uma escola de medicina reconhecida pela Organização Mundial de Saúde e que for licenciada pela autoridade pertinente a praticar medicina no país em que o tratamento for oferecido.

Necessário em termos médicos: Serviço ou tratamento médico que, na opinião de um médico qualificado, é adequado e de acordo com o diagnóstico e que, em conformidade com os padrões médicos geralmente aceitos, não poderia ter sido omitido sem afetar, de forma adversa, a doença do segurado ou a qualidade do atendimento médico prestado.

Obstetriz: Uma pessoa que, após ter sido admitida em um programa educacional de parteiras devidamente reconhecido no país em que estiver localizada, tiver concluído com êxito os estudos prescritos do assunto e tiver adquirido as qualificações necessárias a serem registradas e/ou legalmente licenciadas para exercer a profissão de parteira. Uma parteira pode atuar em hospitais, clínicas, unidades de saúde, em domicílio ou em qualquer outro serviço.

Parente próximo: Cônjuges, filhos, irmãos, pais, sogros, cunhados e noivos.

Recém-nascido: Um bebê nas 16 primeiras semanas de vida após o parto.

Transplante de órgãos: Substituição de órgãos vitais (*inclusive medula óssea*) como consequência de doença subjacente.

Paciente ambulatorial: Pessoa segurada que receber tratamento em instalação médica reconhecida mas que não for admitida em leito hospitalar como paciente interno ou paciente interno.

Tratamento paliativo: Qualquer tratamento, consultoria ou aconselhamento geral para oferta de alívio temporário de sintomas. Tratamento paliativo não é oferecido para curar a doença que estiver causando os sintomas. Para fins desta apólice, tratamento paliativo incluirá hemodiálise.

Período de cobertura: O período de cobertura definido no Plano de Cobertura. Será um período de 12 meses iniciado na data de ingresso ou em qualquer data de renovação posterior, conforme aplicável.

Fisioterapeuta: Pessoa registrada como fisioterapeuta e licenciada para atuar no país em que o tratamento estiver sendo oferecido.

Apólice: A cobertura de seguro realiza sob a Apólice Principal com Talent Trust Consultants e conforme oferecida a você da forma detalhada neste documento.

Rede de prestadores preferencial: A rede de médicos da seguradora nos EUA em que você deverá obter todo o tratamento para doenças válidas, aprovada e aceita por nós com antecedência. Obs.: Você ainda é responsável por qualquer cosseguro e/ou franquia devidos diretamente aos prestadores de serviços médicos no momento do tratamento.

Nascimento prematuro: Um nascimento que ocorrer antes de 37 semanas de gestação, contando a partir do primeiro dia do último período menstrual.

Principal segurado: O principal segurado designado como tal no Plano de Cobertura.

Quarto particular: Acomodação de ocupação individual em hospital particular.

Enfermeiro qualificado: Um enfermeiro cujo nome constar de qualquer registro ou lista de enfermeiros, mantido por um órgão de registro de enfermagem legal dentro do país em que o mesmo for residente.

Taxas cabíveis e habituais: O valor médio cobrado com respeito a serviços válidos ou custos de tratamento, conforme determinado por nossa experiência em qualquer país, área ou região específicos e comprovado por terceiros independentes, sendo um cirurgião/médico/especialista ou departamento de órgão do governo.

Doença relacionada: Ferimentos, doenças ou enfermidades se nós, em consulta geral, determinarmos que uma é resultado da outra ou se cada uma for resultado do mesmo ferimento, doença ou enfermidade.

Reabilitação: Tratamento de segurado que tiver sofrido doença debilitante com o objetivo de restabelecer-se em termos médicos o quanto for necessário ou possível até a situação original antes dessa doença ter ocorrido.

Data de renovação: O aniversário da data de início da apólice.

Plano de cobertura: O plano que detalha as pessoas seguradas, detalhes da apólice e endossos (*se aplicável*).

Especialista: Um médico especialista que realizar uma consulta médica naquela especialidade, reconhecido como tal pelos órgãos legais do país pertinente.

Tratamento: Procedimentos cirúrgicos, médicos ou outros procedimentos cujo único objetivo seja diagnosticar, curar ou aliviar uma doença.

Enfermaria: Acomodação em hospital particular em que o paciente divide o quarto com mais de um outro paciente.

Nós/Nosso: Aetna Global Benefits (AGB) e/ou Talent Trust Consultants (*conforme apropriado*) em nome da seguradora.

EXCLUSÕES:

Esta apólice não cobre despesas provenientes de:

- 1) Qualquer doença ou enfermidade relacionada para a qual você tenha recebido tratamento, tomado medicamentos, seguido uma dieta de especialista, tenha tido sintomas, até onde você saiba tenha existido ou para a qual você tenha buscado orientação antes da data de ingresso (*doenças preexistentes*), exceto se essas doenças tenham sido declaradas para nós e aceitas por escrito. Após participação contínua de dois anos, qualquer doença preexistente (*e doenças relacionadas*) será qualificada para benefício desde que (*com respeito a essa condição*), durante esse período, você não tenha:
 - a) consultado um médico ou especialista para tratamento ou consulta (*inclusive check-ups, exceto verificações de saúde não prescritas*);
ou
 - b) experimentado outros sintomas;
ou
 - c) administrado medicamento (*inclusive remédios, dietas especiais ou injeções*).Obs.: Esta exclusão não se aplica a membros inscritos antes de 30 de junho de 1996.
- 2)
 - a) Tratamento de doença que nós, em consulta ou consulta geral, tenhamos determinado como paliativo ou para doença crônica, exceto conforme previsto no item 12 - Gestão de rotina de doenças crônicas.
 - b) Iremos, porém, pagar pela estabilização de exacerbações agudas de doenças crônicas que não forem preexistentes.
- 3) Tratamento crônico de suporte de falência renal, inclusive diálise, exceto conforme previsto no item 12 – Gestão de rotina de doenças crônicas. Iremos, porém, pagar pelo custo da diálise incorrido:
 - a) imediatamente antes e após a operação;
 - b) com respeito a uma falha secundária aguda quando a diálise for parte do tratamento intensivo.
- 4) Tratamento recebido em sala de emergência de hospital, que não seja uma emergência.
- 5) Tratamento que determinarmos em consulta geral como experimental ou não comprovado.
- 6) Qualquer anomalia congênita e complicações de parto em que os sintomas existirem ou quando tiver sido realizada uma consulta antes da data de ingresso, conforme previsto no item 13 – Anomalias congênitas.
- 7) Doenças hereditárias.
- 8) Exame físico de rotina feito por médico, inclusive investigações ginecológicas, testes de rotina, atendimento neonatal a recém-nascido, inoculações, vacinações e medicamentos de prevenção, exceto conforme previsto na Opção adicional 002 – Gestação normal, parto e cesariana.
- 9) Testes de rotina de visão ou audição, deficiências visuais não médicas/degenerativas naturais, inclusive, entre outros, miopia, presbiopia, astigmatismo exceto conforme previsto no item 011 - Oftalmologia e qualquer cirurgia de correção para deficiências em visão ou audição não médicas/degenerativas naturais.
- 10) Reabilitação, exceto conforme previsto no item 1, ix) – reabilitação.

- 11) Tratamento recebido em spas, clínicas de cura natural ou estabelecimentos semelhantes, leito privado registrado como lar de idosos ligado a esses estabelecimentos ou hospital onde este tiver de fato se tornado o lar ou morada permanente do segurado ou quando a admissão tiver sido realizada, integral ou parcialmente, por motivos domésticos.
- 12) Tratamento cosmético e qualquer consequência do mesmo.
- 13) Tratamento para perda de peso ou problemas de peso quer ou não precedente por ou consequente de doença psiquiátrica e quaisquer custos de tratamento associados causados por cirurgia cosmética ou provenientes de desordem alimentar ou problema de peso, inclusive tratamento psiquiátrico em que a doença esteja relacionada à desordem alimentar.
- 14) Medicina alternativa, inclusive, entre outros, optometrista, hipnoterapeuta e consultores em lactação. A cobertura se estende de modo a incluir quiropráticos, osteopatas, homeopatas, acupunturistas e podólogos conforme previsto no item 21- Tratamento alternativo.
- 15) Custos relacionados à aquisição, manutenção ou ajuste de quaisquer próteses ou acessórios externos, inclusive, entre outros, recursos visuais e/ou de audição ou outros equipamentos, médicos ou não, exceto conforme especificado no item 14 – Equipamentos médicos duráveis, suprimentos protéticos e ortopédicos (DMEPOS).
- 16) Custos incorridos com localização de um órgão substituto ou custos incorridos com a remoção de um órgão do doador, custos de transporte do mesmo e todos os custos de administração associados.
- 17) Gestação e parto regulares
- 18) Custos com cesariana voluntária ou custos com cesariana por indicação médica causados por alguma cesariana não emergencial prévia realizada, aulas pré-natal e custos com obstetrix conforme previsto em Opção adicional 002 - Gestação normal, parto e cesariana.
- 19) Interrupções de gestação por motivos que não forem médicos.
- 20) Custos com complicações gestacionais surgidos dentro dos primeiros dez meses da data de ingresso do segurado.
- 21) Tratamento direta ou indiretamente proveniente de ou necessário com respeito a controle de nascimento feminino/masculino, infertilidade e/ou fertilidade, contracepção e esterilização (*ou sua inversão*) ou quaisquer consequências suas.
- 22) Qualquer forma de concepção assistida, exceto conforme expressamente previsto no item 20 – Investigações de infertilidade, ou quaisquer complicações relacionadas, inclusive, entre outros, nascimentos de múltiplos ou prematuros após concepção assistida. Uma declaração de saúde é necessária com respeito a todos os dependentes que nascerem após concepção assistida. Reservamo-nos o direito de rejeitar qualquer pedido sem apresentar os motivos.
- 23) Tratamento de impotência ou qualquer doença relacionada ou consequência da mesma.
- 24) Tratamento direta ou indiretamente associado a mudança de sexo ou qualquer consequência relacionada.
- 25) Doença venérea ou outras doenças sexualmente transmissíveis ou problema relacionado.
- 26) Tratamento dentário restaurativo ou de rotina, realizado ou não por médico, dentista, especialista ou cirurgião oral ou maxilofacial, inclusive, entre outros, tratamento de canal, dente postiço, dentadura, coroas/obturações preciosas e semipreciosas, qualquer tratamento ortodôntico e qualquer doença relacionada exceto conforme previsto em Benefício 10 - Extração cirúrgica de dentes e Benefício 9 – Dano acidental aos dentes.

- 27) Custos com psiquiatra (*exceto conforme previsto no item 7 – Tratamento psiquiátrico de paciente interno e 8 – Tratamento psiquiátrico de paciente ambulatorial*), psicoterapeuta, psicólogo (*a menos que encaminhado por e sob controle direto de um médico psiquiatra conforme indicado no item 7 - Tratamento psiquiátrico de paciente interno e 8 - Tratamento psiquiátrico de paciente ambulatorial*), terapeuta familiar ou consultor ou conselheiro de perdas.
- 28) Tratamento para dificuldades de aprendizagem, hiperatividade, desordem de déficit de atenção, fonoaudiologia e desenvolvimento da fala, problemas sociais ou comportamentais em crianças.
- 29) Tratamento de dependências de álcool, drogas ou abuso de substâncias ou qualquer condição viciante de qualquer espécie e qualquer ferimento ou doença proveniente direta ou indiretamente desse abuso ou vício.
- 30) Suicídio ou tentativa de suicídio, lesão corporal ou doença que for infringida voluntariamente ou devido a comportamento negligente ou impiedoso. Qualquer ferimento sustentado direta ou indiretamente como resultado do segurado agir ilegalmente ou cometer ou ajudar a cometer um crime.
- 31) Custos com viagem e acomodação a menos que especificamente acordado por nós por escrito antes da viagem. Nenhum custo com viagem ou acomodação será pagável quando o tratamento for obtido somente como paciente ambulatorial, inclusive os custos de aluguel de carro.
- 32) Não serão pagáveis despesas relativas ao item 26 – Viagem de emergência de apoio com respeito a viagens realizadas após o segurado tiver sido notificado de que o parente próximo morreu, a menos que o segurado seja obrigado a atuar como fiduciário ou inventariante, ou quando o segurado for independentemente autorizado a assumir as responsabilidades funerárias.
- 33) Custos e despesas incorridos quando um segurado tiver viajado contra a indicação médica.
- 34) Tratamento eletivo nos EUA.
- 35) Os primeiros 20% de qualquer custo admissível por tratamento recebido nos EUA, sujeito às disposições da Exclusão 34. O valor máximo pagável por você é de US\$ 5.000 por segurado, por período de cobertura. O cosseguro é aplicado após qualquer dedução de franquia aplicável à apólice.
- 36) Tratamento recebido para insônia, distúrbios do sono, apnéia no sono, fadiga, estresse relacionado ao trabalho ou doença relacionada
- 37) Suplementos alimentares e substâncias que estejam disponíveis naturalmente e que puderem ser compradas sem prescrição, inclusive, entre outros, vitaminas, minerais e substâncias orgânicas.
- 38) Visitas em domicílio por um médico, especialista ou enfermeiro qualificado, a menos que especificamente acordado por nós por escrito antes da consulta.
- 39) Vírus da Imunodeficiência Humana (*HIV*) e/ou doença relacionada ao HIV, inclusive Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (*AIDS*) ou Complexo Relacionado à AIDS (*ARC*) e/ou qualquer derivativo mutante ou suas variações, como quer que tenha sido causado.
- 40) Atividades de risco, como:
 - a) bungee jumping;
 - b) voo (*incluindo balão de ar quente, asa delta, voo planado e ultraleve*) que não como passageiro pagante de tarifa em aeronave de passageiros licenciada;
 - c) ralis ou competições automotoras;
 - d) motociclismo (*inclusive triciclo e quadriciclo*) como motorista ou passageiro:
 - i) em uma estrada pública comum a menos que você esteja usando capacete e o motorista tenha licença para pilotar;

- ii) não em uma estrada pública;
 - e) montanhismo, rapel ou montanhismo que exigirem uso de cabos e/ou guias;
 - f) paraquedismo ou parapente;
 - g) espeleologia;
 - h) qualquer atividade de esporte profissional;
 - i) corrida de qualquer tipo que não a pé ou nadando;
 - j) kite surf;
 - k) uso de trenós, tobogãs ou skeletons;
 - l) esqui fora de pista, esqui nas geleiras, salto em esqui, voo em esqui, ski bobbing, acrobacias em esqui, esqui aéreo e heli-skiing;
 - m) participação em qualquer forma de hóquei sobre o gelo;
 - n) mergulho em profundidade superior a 30 metros;
- Em caso de dúvida, consulte a Talent Trust Consultants.

- 41) Os benefícios com respeito a um recém-nascido estão restritos aos limites descritos no item 29 – Atendimento a recém-nascidos pelos primeiros 30 dias imediatamente após o nascimento, item 30 – Acomodação de recém-nascido e item 13 – Anomalias congênitas.
- 42) Uma franquia de US\$ 100 (*conforme apresentado no Plano de Cobertura*) será deduzida de todas as despesas médicas opcionais ambulatoriais com respeito a cada nova doença.

CONDIÇÕES GERAIS

1) Apólice:

Seu formulário de requerimento, nossa aceitação por escrito, seu Plano de Benefícios, seu Plano de Cobertura e o teor da apólice devem ser interpretados como um, pois formam a base de seu contrato conosco.

2) Contribuição:

Se houver outro seguro cobrindo quaisquer dos mesmos benefícios, você deve revelar ou agir de modo que a pessoa segurada pertinente revele os mesmos a nós, e nós não seremos responsáveis por pagar ou contribuir com mais do que a devida proporção. Caso seja descoberto que você foi reembolsado por todas ou algumas despesas por outra fonte, inclusive qualquer outra apólice de seguro, teremos o direito de sermos reembolsados por você. Quando necessário, teremos o direito de deduzir esse reembolso de qualquer ajuste de sinistro iminente ou futuro ou cancelar sua apólice, anulando a mesma desde a data de início sem reembolso de prêmio. Após o pagamento do sinistro, o membro tem obrigação de revelar a nós que esse(s) sinistro(s) foi/foram pago(s) pela outra seguradora supramencionada e que não há passivos pendentes resultantes desse(s) sinistro(s).

3) Transferências:

- a) A transferência de uma apólice em grupo para uma apólice individual está sujeita à nossa aprovação por escrito. Os termos de cobertura poderão estar sujeitos a variação.
- b) A transferência de qualquer outra cobertura médica privada semelhante oferecida por qualquer outra seguradora está sujeita ao preenchimento de um formulário de declaração de termos de transferência contínua, à entrega de uma cópia da apólice que estiver expirando e à manutenção da cobertura. Reservamo-nos o direito, em todos os momentos, de negar um pedido sem atribuir motivo e/ou oferecer termos alternativos.

4) Cobertura de familiares/dependentes:

Você e seus dependentes devem ser cobertos sob a mesma apólice com benefícios idênticos. Quando acharmos que esse não for o caso, pediremos que você obedeça a esse pedido na renovação seguinte. Caso essa condição não seja obedecida, a apólice será extinta.

5) Cláusula de aceitação:

Temos o direito de recusar qualquer pedido de qualquer pessoa sem atribuir um motivo para tanto. Continuamos com o direito de pedir que você apresente comprovação de idade e/ou estado de saúde de qualquer pessoa incluída no seu requerimento. Reservamo-nos o direito de aplicar opções, exclusões ou aumentos de prêmio extras a fim de refletir quaisquer circunstâncias notificadas no seu formulário de requerimento ou declaradas a nós como fato relevante.

6) Elegibilidade:

A apólice é criada para expatriados. Novos requerentes terão direito a cobertura até 65 anos. Indivíduos com mais de 65 anos não têm direito a cobertura a menos que a data de registro do segurado tenha sido anterior ao 65º aniversário.

De acordo com os termos desta apólice, a cobertura sob esta apólice não está disponível a pessoas que residam nos EUA, independentemente do país de domicílio. Você precisará se transferir para um de nossos outros planos de produto. Por favor, entre em contato com a Talent Trust Consultants para mais detalhes.

7) Cumprimento dos Termos e Condições da apólice:

Não seremos responsáveis nos termos desta apólice caso um segurado não obedeça aos termos e condições, exceto quando as circunstâncias do sinistro não estiverem conectadas com essa omissão e não houver fraude.

8) Avaliação médica:

Reservamo-nos o direito de solicitar outros testes e/ou avaliação quando decidirmos que uma doença reivindicada puder estar, direta o indiretamente, relacionada a uma doença excluída.

9) **Alteração de risco:**

O segurado deve nos informar assim que possível sobre qualquer alteração substancial relativa a qualquer segurado que afete as informações fornecidas com respeito ao pedido de cobertura sob esta apólice. Reservamo-nos o direito de alterar os termos e condições da apólice ou cancelar a cobertura de um segurado após uma alteração de risco.

10) **Duração e prêmios da apólice:**

- a) A cobertura é anual e a apólice pode ser renovada por períodos sucessivos de 12 meses, sujeita aos termos vigentes no momento e desde que o pagamento do prêmio tenha sido recebido por nós.
- b) O prêmio pagável poderá ser periodicamente alterado por nós. Caso você mude para uma faixa etária superior, o prêmio aumentará na data de renovação seguinte. No entanto, esta apólice não estará sujeita a qualquer alteração de tarifas de prêmio introduzidas em geral até a data de renovação/data de revisão seguinte.
- c) Todos os prêmios são pagáveis antes da cobertura oferecida por esta apólice.
- d) Sua apólice é um contrato anual e você é responsável pelo prêmio de todo o ano, mesmo se tiver sido acordado que você pode efetuar pagamento em cotas.

11) **Impostos governamentais:**

A fim de refletir qualquer alteração no imposto sobre prêmio de seguro ou outras tributações do governo, nós poderemos alterar os termos e condições desta apólice em qualquer data de renovação ou revisão. Uma cópia dos termos correntes da apólice será enviada a você no respectivo momento.

12) **Violação da cobertura:**

Em caso de violação da cobertura, por qualquer motivo, reservamo-nos o direito de reaplicar a Exclusão 1 com respeito a doenças preexistentes.

13) **Filhos:**

Recém-nascidos serão aceitos na cobertura (*sujeitos às limitações do Benefício 29- Assistência a recém-nascidos*) a partir do nascimento. A aceitação de recém-nascidos está sujeita a notificações por escrito dentro de 45 dias do nascimento e recebimento de prêmio integral dentro dos outros 30 dias após a notificação. Uma notificação recebida após esse período resultará na aceitação da cobertura da criança após a data dessa notificação. A criança que for financeiramente dependente, que não tiver mais de 18 anos e residir com o segurado principal ou que não tiver mais de 26 anos e estudar em tempo integral na data de ingresso ou em qualquer data de renovação subsequente será aceita na cobertura como dependente.

Crianças não serão aceitas na cobertura, a menos que em uma apólice com um responsável legal ou guardião e sujeitas a benefícios idênticos se aplicarem a todas as partes.

Uma declaração de saúde é necessária com respeito a todos os dependentes que nascerem após concepção assistida. Reservamo-nos o direito de rejeitar qualquer pedido sem apresentar os motivos.

14) **Alterações:**

- a) Poderemos alterar os termos e condições desta apólice em qualquer data de renovação. Uma cópia dos termos correntes da apólice será enviada a você no respectivo momento. Você poderá cancelar sua apólice dentro de 30 dias de qualquer data de renovação e, desde que não tenha havido um sinistro, reembolsaremos seu prêmio. Enviaremos uma notificação cabível sobre essas alterações. Enviaremos detalhes sobre essas alterações ao seu endereço (*endereço de correspondência ou e-mail*). No entanto, as alterações vigorarão mesmo se, por qualquer motivo, você não recebê-la.
- b) Nenhuma alteração ou modificação aos termos da apólice será válida a menos que seja realizada por nós por escrito.

15) **Renúncia:**

A nossa renúncia em qualquer situação a qualquer termo ou condição desta apólice não nos impedirá de contar com tal termo ou condição em outros casos.

16) **Seus direitos de rescisão:**

Você poderá cancelar a apólice apresentando a nós uma notificação por escrito dentro de 30 dias da data de início da apólice e, desde que nenhum sinistro tenha ocorrido, providenciaremos um reembolso completo de quaisquer prêmios pagos. Caso contrário, você só poderá cancelar a apólice com vigência a partir da data de renovação; nesse caso você deve nos notificar por escrito dentro de 15 dias da data de renovação ou a partir do dia em que tiver deixado o serviço profissional. Se a apólice for cancelada por você a qualquer outro momento e por qualquer motivo, não haverá devolução do prêmio.

17) Nosso direito a cancelamento:

Em caso de qualquer omissão no pagamento de prêmio, teremos o direito de cancelar esta apólice. Poderemos, a nosso critério, restabelecer a cobertura se o prêmio for depois pago, porém os termos de cobertura poderão estar sujeitos a alteração. Enquanto não cancelarmos esta apólice devido a sinistros qualificados realizados por um segurado, poderemos a qualquer momento extinguir a cobertura de um segurado se ele, a qualquer momento:

- a) nos enganar por meio de declarações equivocadas ou encobrimentos;
- b) conscientemente reivindicar benefícios para qualquer fim que não conforme previsto sob esta apólice;
- c) concordar com qualquer tentativa por terceiros de obter uma vantagem pecuniária descabida em nosso detrimento;
- d) deixar de observar os termos e condições desta apólice ou deixar de agir em máxima boa-fé.

Qualquer reembolso de prêmio ficará a nosso critério.

18) Legislação aplicável:

A legislação aplicável à apólice, ao plano da apólice ou a todas as causas de pedir provenientes da, com respeito à ou relativa à apólice ou ao plano da apólice será o direito material das Bermudas, sem consideração ou aplicação de regras de conflitos de lei dessa jurisdição.

19) Sinistros fraudulentos/infundados:

Se qualquer sinistro sob esta apólice for, em qualquer aspectos, fraudulento ou infundado, todos os benefícios pagos e/ou pagáveis com respeito a esse sinistro prescreverão e (se apropriado) poderão ser recuperados. Além disso, toda cobertura com respeito ao segurado será anulada a partir da data de registro, sem reembolso de prêmios.

20) Responsabilidade:

Nossa responsabilidade será imediatamente interrompida após a extinção da apólice por qualquer motivo, inclusive, entre outros, não renovação e não pagamento do prêmio.

21) Encaminhamento:

Se houver mais de um segurado com mais de 18 anos e o segurado principal morrer, esta apólice será automaticamente transferida para o segurado mais velho com mais de 18 anos o qual, após a data de morte do segurado principal, será o segurado principal para fins desta apólice e será responsável por pagar o prêmio.

22) Sub-rogação:

Somos detentores de todos os direitos de sub-rogação. Que não com nosso consentimento por escrito, você não tem direito de admitir responsabilidade por qualquer eventualidade ou prometer qualquer empreendimento vinculante sobre você, seus dependentes ou qualquer outra pessoa designada nesta apólice.

23) Moeda:

Os limites monetários declarados nesta apólice e prêmio serão em dólares americanos. Com respeito a serviços fora dos limites territoriais dos EUA, a taxa de câmbio utilizada para determinar o valor de dólares americanos a ser pago será a taxa de câmbio vigente para a data em que a despesa do sinistro tiver sido incorrida conforme cotado no guia do Financial Times para câmbio mundial.

24) Idioma:

O presente contrato só poderá ser preenchido em inglês.

25) Conflitos ou movimentos populares, contaminação por produtos químicos ou radioatividade:

Os tratamentos e despesas surgidos direta ou indiretamente de ou exigidos como consequência de conflito ou movimentos populares, contaminação por produtos químicos ou por radioatividade por qualquer material químico ou nuclear ou da combustão de combustível nuclear ou qualquer doença relacionada estão cobertos por esta apólice, desde que o membro:

- a) não seja um participante do conflito ou movimento popular;

- b) não esteja envolvido em atividades ilegais que direta ou indiretamente possam levar a ferimentos ou doenças;
- c) conscientemente não entre ou permaneça em um país, região ou local em que houver conflito, movimentos populares, desastre natural ou contaminação química, nuclear ou radioativa;
- d) conscientemente não se coloque em risco de doença ou ferimento resultante de conflito, movimentos populares, desastre natural ou contaminação química, nuclear ou radioativa;
- e) não seja membro das forças armadas, serviços de segurança (inclusive proteção pessoal), contaminação química, nuclear ou radioativa, equipe de limpeza de qualquer tipo ou espécie (*inclusive funcionários do governo ou equipes particulares*).

Com base nas informações disponibilizadas no início ou na renovação, a Aetna avaliará a exposição a risco atual, futura ou em desenvolvimento dos membros localizados em áreas de alto risco e notificará o titular da apólice sobre quaisquer ações, limitações, exclusões ou depósitos de prêmios necessários para garantir a continuidade da cobertura e a segurança do membro.

26) Sanções econômicas ou comerciais dos EUA:

Sempre que for oferecida cobertura da Apólice Principal de modo a violar sanções econômicas ou comerciais dos EUA, essa cobertura será nula e inválida. Por exemplo, a Aetna não pode pagar por serviços de assistência médica oferecidos em um país sob sanção pelos EUA, a menos que permitido sob uma licença do Escritório de Controle de Assuntos Externos por escrito (*OFAC*). Saiba mais sobre o site do Tesouro dos EUA em: www.treasury.gov/resource-center/sanctions.

PROCEDIMENTOS PARA PEDIDO DE SINISTRO

Para apresentar o seu pedido de sinistro,

Escreva para:

*Aetna Global Benefits Limited
P.O. Box 6380
Dubai
United Arab Emirates*

Telefone: +971 4 438 7600

Fax: +971 4 428 7101

E-mail: aetnainternationalcomplaints&appeals@aetna.com

Resumo dos procedimentos para apresentar pedido de sinistro

Os pedidos de sinistro e apelações serão:

- reconhecidos imediatamente pela confirmação de quem será responsável pela investigação de sua reclamação e como ela será conduzida;
- investigados de forma competente, eficiente e imparcial, de modo que forneceremos atualizações sobre o andamento;
- avaliados de forma justa, consistente e imediata;
- respondidos dentro de oito semanas. Você receberá uma carta explicando o status da reclamação ou uma resposta final com a decisão da investigação.