

Plano de Benefícios Omega (US\$)

Data de vigência: 1º de maio de 2017

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

ÍNDICE

Cobertura	2
Opções de upgrade de cobertura	8
Franquia e cosseguro	12
Definições	14
Exclusões	17
Condições gerais	20
Procedimentos para pedido de sinistro	23

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 um 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 a, em todos os momentos, tomar as precauções necessárias para evitar acidentes ou doenças e obedecerá aos planos de vacinação recomendados e/ou tomará profilaxias apropriadas para malária e outras doenças. Todas as despesas para as quais forem reivindicados benefícios devem ser cabíveis e habituais, obrigatoriamente incorridas, além de integral e exclusivamente direcionadas ao tratamento.

ELEGIBILIDADE

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.

Seguem, 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 ingresso original do membro que estiverem sujeitas a período de carência de dois anos, tratamento cosmético, doenças sexualmente transmissíveis e esterilização. Todos os benefícios apresentados são por pessoa segurada e por período de cobertura (*a menos que especificamente declarado*).

Para que esses membros recebam o melhor serviço de reembolso possível, caso um tratamento seja necessário 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

		Omega									
<p>Limite máximo total anual Ofereceremos cobertura para tratamento de doenças que ocorrerem pela primeira vez durante qualquer período de cobertura, 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, inclusive nos EUA.</p>											
<p>Franquia e cosseguro - Responsabilidade do membro Franquia: O Plano de Cobertura mostrará o valor da franquia que você será obrigado a pagar antes de receber qualquer benefício sob esta apólice. O valor da franquia pelo qual você for responsável será diferente para tratamentos dentro ou fora dos EUA. 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 uma determinada doença qualificada. O valor máximo que você terá de pagar como cosseguro por segurado por período de cobertura é chamado limite de cosseguro.</p> <p>Como calculamos o cosseguro</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Provedores dos EUA</th> <th>Porcentagem do cosseguro</th> <th>Cosseguro máximo</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Provedor dentro da rede</td> <td>20% de cada sinistro qualificado</td> <td>US\$ 10.000 por segurado por período de cobertura</td> </tr> <tr> <td>Provedor fora da rede</td> <td>40% de cada sinistro qualificado</td> <td>Sem limite</td> </tr> </tbody> </table> <p>Os casos em que um tratamento qualificado exigir pré-autorização que não tiver sido ainda concedida ou em que o tratamento dentro dos EUA não for realizado dentro da rede de prestadores preferencial estarão sujeitos a um cosseguro de 40% e não estarão sujeitos ao limite do cosseguro. Os seguintes itens exigirão autorização prévia: a) Tratamento planejado para pacientes internos ou externos (<i>hospitalização</i>)</p>		Provedores dos EUA	Porcentagem do cosseguro	Cosseguro máximo	Provedor dentro da rede	20% de cada sinistro qualificado	US\$ 10.000 por segurado por período de cobertura	Provedor fora da rede	40% de cada sinistro qualificado	Sem limite	
Provedores dos EUA	Porcentagem do cosseguro	Cosseguro máximo									
Provedor dentro da rede	20% de cada sinistro qualificado	US\$ 10.000 por segurado por período de cobertura									
Provedor fora da rede	40% de cada sinistro qualificado	Sem limite									

	Omega
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 (MRI), tomografia computadorizada e PET Scan de paciente interno, externo ou ambulatorial Aplicação de limites: Quaisquer limites gerais para benefícios (<i>por visita, número de dias, limite monetário etc.</i>) vigorarão após a aplicação de qualquer franquia ou cosseguro.	
Admissões em hospital - Benefícios para paciente interno e externo	
1. Atendimento a pacientes internos, cirurgia reconstrutora e reabilitação Cobranças incorridas com tratamento de doenças, inclusive estabilização de um aumento agudo de doença crônica não preexistente, quando o tratamento for recebido por paciente interno ou paciente externo, inclusive: <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 de centro cirúrgico; v) despesas médicas, inclusive cirurgião, consultas, especialista e anestesista; vi) procedimentos de diagnóstico, inclusive, entre outros, testes de patologia, ultrassom, raio-x, ressonância magnética, tomografia computadorizada e PET Scan; vii) testes de laboratório 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) drogas, curativos, medicamentos e utensílios prescritos por médico ou especialista, inclusive da medicina tradicional chinesa. x) 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 registro e deve ser recomendada e estar sob controle direto de um médico. O tratamento inclui uso de salas de tratamento 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. xi) intervenção cirúrgica (<i>inclusive tratamento de paciente ambulatorial</i>) para tratamento de doença ou lesão por operações manuais ou instrumentais realizadas por médico. 	i) Limite de US\$ 600 por dia, para quarto padrão particular e alimentação por até 240 dias consecutivos por evento coberto. ii) Limite de US\$ 1.500 por dia, para unidade de tratamento intensivo e alimentação por até 180 dias consecutivos por evento coberto. x) Limite de 120 dias por doença
2. 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
3. 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 na instalação de acidentados ou emergências do hospital.	Limite de US\$ 125 por noite até um máximo de 20 noites Franquia e cosseguro da apólice não se aplicam
4. 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	Cobertura completa

		Omega
paciente interno.		
Doença psiquiátrica		
5. 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 para 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 dentro de um limite de 30 dias por período de cobertura
6. 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 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 por período de cobertura
Serviços dentários		
7. 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 acompanhamento é limitado a uma visita dentro de 30 dias do tratamento inicial e deve ser autorizado por nós com antecedência.		Limite de US\$ 2.500 por período de cobertura
8. 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		
9. 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
10. 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
11. Anomalias congênicas Tratamento de anomalias congênicas 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
12. Equipamentos médicos duráveis, suprimentos protéticos e ortopédicos (DMEPOS) Os seguintes benefícios são cobertos:		Limite de US\$ 1.000 por doença

	Omega
<p>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;</p> <p>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;</p> <p>iii) próteses externas necessárias após cirurgia, inclusive aparelhos e calibradores, olhos artificiais e compra e ajuste iniciais de um membro artificial;</p> <p>iv) produtos ortopédicos, inclusive palmilhas e suportes ortopédicos.</p> <p>Esse benefício exclui provisão, modificação e ajuste de móveis ou adaptações à residência.</p>	
<p>13. 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 utensílios imediatamente após o tratamento do paciente interno ou externo em determinado evento coberto. Todos os serviços, suprimentos e tratamentos devem ser considerados obrigatórios em termos médicos e solicitados por um médico licenciado.</p>	Limitado a 30 dias por evento coberto.
<p>14. Enfermagem domiciliar A enfermagem domiciliar que for imediatamente recebida após o tratamento de paciente interno ou externo por recomendação de especialista. Isso precisa ser realizado por um enfermeiro qualificado e não oferecido por conveniência ou motivos particulares.</p>	Limite de 30 dias por doença
<p>15. 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 como interno em hospital. Esse benefício inclui:</p> <p>i) tratamento paliativo e outra gestão de sintomas agudos e crônicos;</p> <p>ii) serviços sociais médicos sob direção de um médico ou especialista;</p> <p>iii) consultas fisiológicas e nutricionais;</p> <p>iv) consulta ou serviços de gestão de caso por um médico ou especialista;</p> <p>v) serviços de enfermagem qualificados intermitentes ou em meio período por até oito horas em qualquer dia para atendimento ambulatorial.</p>	Limitado a custos incorridos nos primeiros 30 dias.
<p>16. Terapia de reposição hormonal Consultas com médico ou especialista e custo de comprimidos, implantes ou adesivos prescritos quando o tratamento for prescrito somente para desequilíbrio hormonal.</p>	Limite de três meses por cobertura.
Paciente ambulatorial e tratamentos alternativos	
<p>17. Atendimento ambulatorial Médico, especialista, despesas com médicos e enfermagem, despesas com pacientes ambulatoriais, inclusive procedimentos cirúrgicos e de diagnóstico, taxas de anestesia, testes de patologia e laboratório, raio-x, medicamentos, curativos, remédios e equipamentos prescritos por um médico ou especialista e despesas com medicina tradicional chinesa.</p>	Limite de US\$ 2.000 por segurado por período de cobertura (US\$ 5.000 opcionais)
<p>18. Fisioterapia, terapia ocupacional e tratamento alternativo Tratamento administrado por fisioterapeuta, terapeuta ocupacional, quiroprático, osteopata, homeopata, podólogo e acupunturista registrado quando oferecido sob controle direto de e após encaminhamento por médico ou especialista.</p>	Limite de US\$ 60 por tratamento e um total de 20 sessões por período de cobertura
<p>19. Ressonância magnética, tomografia computadorizada, PET Scan, ecocardiograma, endoscopia, gastroscopia, colonoscopia e cistoscopia de paciente ambulatorial</p>	Limite de US\$ 1.000 por exame

Tratamento em sala de emergência

20. 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**21. Transporte de emergência**

Custos de transporte de emergência de, para e entre o hospital (*hospitals*) 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.

Limitado a US\$ 1.500 por evento.
Franquia e cosseguro não se aplicam a este benefício.

22. 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 Benefício 27 - 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.

Cobertura completa
Franquia e cosseguro não se aplicam a este benefício.

23. 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.

Limite de US\$ 2.500 por pessoa, por evacuação.
Franquia e cosseguro não se aplicam a este benefício.

v) Limite de US\$ 80 por pessoa, por dia (*sujeita ao limite geral de US\$ 2.500 acima*)

Restos mortais

24. 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
- o custo de abertura de nova sepultura e custos de enterro, inclusive direito exclusivo a taxa de enterro; ou
- em caso de cremação:
 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:
 - despesas com o agente funerário;
 - flores;
 - o custo de quaisquer documentos necessários para a liberação do dinheiro, economias e bens do *de cujus*;

Limite de US\$ 15.000 por segurado.
Franquia e cosseguro não se aplicam a este benefício.

		Omega
- o custo necessário de viagem de ida e volta para você para organizar o funeral ou comparecer a ele.		
Viagem de emergência de apoio		
25. Despesas com viagem e acomodação cabíveis relacionadas a um segurado, junto com quaisquer menores (<i>menores de 16 anos</i>) que necessariamente precisarem viajar para, e viagem de ida volta do país normal de domicílio ou país de residência de um parente próximo que tenha se encaixado inesperadamente na lista crítica após um acidente.		Limite de US\$ 3.000 por sinistro. Franquia e cosseguo não se aplicam a este benefício.
Mãe e filho		
26. Gestaçã o e parto normal Os custos associados a gestaçã o normal, parto e cesariana opcional e quaisquer doenç as relacionadas. O benefício está limitado a custos incorridos nos primeiros dez meses após a data de vigência deste benefício ou data de registro (o que ocorrer depois). 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>), parteira e custos com parto. O tratamento realizado nos EUA sob este benefício está sujeito a 20% de cosseguo sem limitaçõ es, conforme observado na Exclusã o 6 após a franqu ia escolhida ter sido paga. Todos os custos relativos a complicaçõ es de gestaçã o ou parto após tratamento de infertilidade (<i>concepçã o assistida</i>) estarão limitados a este benefício. Este benefício se estende de modo a incluir assistênc ia neonatal de rotina, pacotes de recém-nascido (<i>inclusive circuncisã o opcional</i>) para as primeiras 24 horas após o nascimento, quando o bebê estiver acompanhando a mã e enquanto ela estiver recebendo tratamento como paciente interna em um hospital (<i>sendo a mã e uma segurada</i>). Este benefício só se aplica a membros que tiverem escolhido nív eis de franqu ia de US\$ 400/US\$ 100, US\$ 800/US\$ 200, US\$ 5,000/US\$ 100 ou escolhido uma franqu ia de \$1.600/US\$ 400 e que tiverem pagado o prêm io adequado.		Limitado a US\$ 10.000 por gestaçã o para nív eis de franqu ia: US\$ 800/US\$ 200, US\$ 5.000/US\$ 100 ou franqu ia: US\$ 1.600/US\$ 400 ou Limitado a US\$ 25.000 por gestaçã o para nív eis de franqu ia: US\$ 400/US\$ 100 <i>(sujeito a 20% de cosseguo sem limitaçõ es a tratamentos realizados nos EUA)</i> O benefício não se aplica a nív eis de franqu ia de US\$ 2.000/US\$ 500 e US\$ 4.000/US\$ 1.000
27. Complicaçõ es durante a gestaçã o Tratamento de doenç a proveniente de estágios pré-natal de gestaçã o, doenç a surgida durante o parto e que exija um procedimento obstetrício reconhecido e check-up após o nascimento necessá rios após uma complicaçã o da gestaçã o por até seis semanas. Complicaçõ es surgidas como resultado de concepçã o assistida, inclusive, entre outros, nascimentos prematuros e múltiplos, estão excluídos deste benefício. O benefício pode ser pago por custos incorridos após os primeiros dez meses da data de registro.		Cobertura completa Cosseguo não se aplica a este benefício
28. Atendimento a recém-nascidos Tratamento de paciente interno de doenç a aguda sofrida por um recém-nascido que se manifeste dentro de 30 dias do nascimento. Complicaçõ es surgidas como resultado de concepçã o 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 pagá vel conforme descrito no item 11 - Anomalias congênitas. Após o período de benefícios de 30 dias do recém-nascido, com exceçã o de qualquer doenç a 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 notificaçã o por escrito dentro de 45 dias do nascimento e a todos os prêm ios serem pagos integralmente dentro de 30 dias da data de vencimento. Uma declaraçã o de saú de é necessá ria com respeito a todos os dependentes que nascerem após um tratamento de infertilidade (<i>fertilizaçã o in vitro</i>).		Limite de US\$ 100.000 por segurado por período de cobertura e a um período máx imo de internaçã o de 90 dias.
29. Acomodaçã o de recém-nascido Custos com acomodaçã o em hospital relativos a um bebê recém-nascido (<i>até 16 semanas de idade</i>) para acompanhar sua mã e (<i>sendo um membro</i>) enquanto ela estiver recebendo tratamento como paciente interna no hospital.		Cobertura completa

Check-ups de saúde

30. Assistência infantil de rotina

Cobertura para assistência preventiva e teste de segurados com menos de seis anos, inclusive exames físicos, medições, avaliação sensorial, avaliação neuropsiquiátrica, avaliação de desenvolvimento, bem como avaliação hereditária e metabólica no nascimento, imunizações, análise de urina, testes de tuberculina e hematócitos, hemoglobina e outros testes hematológicos, inclusive testes de hemoglobinopatia falciforme, tudo conforme recomendado por um médico/especialista.

Limite de três consultas por período de cobertura e de US\$ 70 por consulta.
Franquia e cosseguo não se aplicam a este benefício.

31. Benefício de saúde

O custo de check-ups médicos de rotina e testes associados e o custo de vacinações ou inoculações necessárias para segurados de seis anos ou mais. Esses check-ups/testes de rotina incluem:

- testes de sangue e colesterol
- altura/peso e índice de massa corporal
- pressão sanguínea em repouso
- análise de urina
- exame cardíaco
- mamografia bilateral/exame de mama, teste de papanicolau
- exame de testículo/próstata
- eletrocardiograma (ECG)

Limite de US\$ 400 por segurado por período de cobertura e sujeito a um cosseguo de 20%.

O benefício é pagável quando a data do tratamento for pelo menos 12 meses após a data de registro do segurado ou data de vigência deste benefício (o que ocorrer depois)
A franquia da apólice não se aplica a este benefício

OPÇÕES DE UPGRADE DE COBERTURA

Os seguintes benefícios só se aplicam se forem especificamente observados no Plano de Cobertura.

001. Cobertura para doenças crônicas adicionais

Estende a cobertura oferecida descrita no item 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. As doenças estão limitadas a:

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.

A cobertura nesta opção inclui ainda despesas médicas surgidas do ou relacionadas ao vírus da imunodeficiência humana (HIV) e/ou doenças relacionadas ao HIV; também inclui a Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS), o complexo relacionado à Aids (ARC) e/ou quaisquer derivações ou variações mutantes.

As despesas estão limitadas a:

- consultas pré e pós-diagnóstico;
- check-ups de rotina relacionados à doença;
- medicamentos e curativos prescritos (*exceto experimentais ou investigativos*);
- acomodação em hospital e despesas com enfermagem;

Os benefícios pagáveis sob esta opção estão sujeitos à apólice ser mantida durante todo o período do sinistro. Com respeito a este benefício, não se aplicam somente as exclusões 3 e 37.

Limite de US\$ 50.000 por segurado por período de cobertura

Sublimite de US\$ 10.000 por segurado por período de cobertura

002. Tratamento dentário de rotina

A cobertura desta apólice se estende de modo a incluir despesas com dentista na realização de tratamento dental de rotina em uma cirurgia dentária. Definição de tratamento dentário de rotina:

Exames, limpeza, restaurações com compostos normais, coroas de porcelana e/ou extrações.

Limite de US\$ 250 por segurado por período de cobertura

A franquia pessoal/comercial da apólice não se aplica a esta opção.

	Omega
<p>Os custos incorridos dentro de seis meses da data de vigência desta opção ou data de registro (o que ocorrer primeiro) estão excluídos. Somente com respeito a este benefício. Não se aplicam as exclusões 1 e 40 nem o termo "rotina" da Exclusão 26.</p> <p>Esse benefício só está disponível a membros que tiverem escolhido níveis de franquia pessoal de US\$ 400/US\$ 100, US\$ 800/US\$ 200 ou de franquia comercial de US\$ 1.600/US\$ 400.</p>	
<p>003. Benefício de viagem de apoio estendido</p> <p>Uma viagem de emergência de apoio é estendida para oferecer cobertura de viagem e acomodação a um segurado por apólice que precisar ir e voltar do país normal de domicílio ou país de residência de um pai ou mãe que tenha sofrido, de forma inesperada, um acidente grave, doença grave ou morte repentina causada por qualquer doença não anterior à data deste contrato.</p>	<p>Sujeita a US\$ 1.500 com respeito ao custo de viagem por período de cobertura e limitada a não mais que dois sinistros em qualquer período de cinco anos, Franquia e cosseguro não se aplicam a este benefício</p>
<p>004. Extensão de benefícios de viagem</p> <p>Seção A- Cancelamento e restrição</p> <p>Se uma pessoa segurada precisar cancelar a viagem antes da data de início ou reduzi-la voltando para casa antes da conclusão por quaisquer dos seguintes motivos, compensaremos quaisquer pagamentos irrecuperáveis (<i>quer pagos ou contratados como pagáveis</i>) com viagem e acomodação até US\$ 1.500 e quaisquer pagamentos extras cabíveis a serem efetuados para viagem e acomodação para retorno ao país de residência usual segurados como resultado direto de:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) morte, lesão corporal acidental, doença, quarentena compulsória ou demissão (<i>desde que essa demissão se qualifique para pagamento segundo os termos de qualquer lei aplicável ao caso no país de residência habitual</i>) ou ruptura conjugal se processos legais formais tiverem sido iniciados ou em caso de convocação a júri ou testemunho em tribunal do país de residência habitual, exigência inevitável de estar presente no país de residência habitual para serviço militar ou serviço de emergência civil, dano de grande porte, roubo na residência ou trabalho de um segurado ou de outro membro da parte ou <i>da(s)</i> pessoa(s) com quem a pessoa segurada pretender habitar no destino de feriado ou viagem; 2) morte, lesão corporal acidental ou doença, ou parente próximo (<i>qualquer parente, inclusive noivos</i>) ou sócio da pessoa em questão para quem a ocorrência desse evento precisar da presença da pessoa segurada no país de residência habitual durante o resto da viagem e que proibirá a continuação da viagem; ou 3) atraso de mais de 24 horas ou cancelamento total devido a acidente, avalanche, ameaça de bomba, ato criminoso, terremoto, incêndio, enchente, sequestro, deslizamento de terra, mobilização grevista, pane mecânica, motim ou comoção civil, greve, ato de terrorismo, de serviços aéreos, marítimos ou de via férrea em que a pessoa segurada tiver uma reserva de viagem, causando cancelamento da viagem e se a viagem for por serviço de transporte público, condições climáticas adversas, desde que nenhum desses tenha sido iniciado ou previsto antes da realização das reservas originais; 4) surto inesperado epidêmico ou pandêmico de doença infecciosa no destino da viagem de uma pessoa segurada (<i>conforme declarado pela Organização Mundial de Saúde</i>) ocorrido após a compra desta opção ou após a reserva da viagem (o que ocorrer depois). <p>A cobertura sob este benefício inclui custos de acomodação adicionais cabíveis e custos com viagem em classe econômica de um segurado para o país habitual de residência se a pessoa segurada não puder retornar conforme originalmente reservado devido a tratamento de doença qualificada surgida após um acidente ou doença durante o período de cobertura.</p> <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.</p> <p>Seção B – Bagagem, roupas ou objetos pessoais</p> <p>Reembolsaremos a pessoa segurada por perda de bagagem, roupas ou objetos pessoais até um total de US\$ 1.000 no total.</p> <p>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.</p>	<p>Limite de US\$ 1.500 por pessoa por ocorrência</p> <p>Limite de US\$ 1.500 por pessoa por ocorrência</p> <p>Limite de US\$ 1.000 por pessoa por ocorrência</p>

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 o 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, travellers 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 joias 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 outro a menos que o veículo esteja em uma garagem segura;
- 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;
- 10) os primeiros US\$ 50 de cada sinistro de segurado fora dos EUA e US\$ 100 de cada sinistro de cada segurado incorrido dentro dos EUA;
- 11) sinistros por perdas/roubos não relatados à polícia dentro de 24 horas da descoberta e obtenção do boletim policial;
- 12) déficits devido a erro, omissão ou depreciação de valor;
- 13) propriedade segurada sob o presente instrumento enquanto sob custódia de uma companhia aérea.

Limite de US\$ 500 por pessoa por ocorrência

005. Continuação dos termos de cobertura (Opção estendida)

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 (*e por um período não superior a três meses*). 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).

A exigência de estar em um serviço profissional conforme observado na página 1 desta apólice é renunciada pelo período de seguro conforme indicado no

Limite de US\$ 50.000.

	Omega
<p>Plano de Cobertura.</p> <p>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>	
<p>006. Cobertura vitalícia</p> <p>Cobertura de seguro saúde, pagamento por taxa fixa.</p>	<p>US\$ 100.000 ou US\$ 250.000 para 18-49 anos ou US\$ 50.000, US\$ 100.000 ou US\$ 250.000 para 50-65 anos <i>(isto é, seu limite)</i></p>
<p>007. Morte e mutilação acidentais (AD&D)</p> <p>Um pagamento global se um membro perder a vida ou uma parte significativo 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>	<p>US\$ 100.000 para 18-49 anos ou US\$ 50.000 para 50-65 anos</p>
<p>008. 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>	<p>Limite de US\$ 500 por período de cobertura <i>(sujeito a 20% de cosseguro)</i></p>
<p>009. Atendimento a paciente ambulatorial estendido</p> <p>Despesas com médico, especialista, consultores e enfermagem, despesas com pacientes ambulatoriais, inclusive procedimentos cirúrgicos e de diagnóstico, taxas de anestesia, testes de patologia e laboratório, raio-x, medicamentos, curativos, remédios e utensílios prescritos por um médico ou especialista. Esta opção se estende ao limite do benefício da Assistência a pacientes ambulatoriais de US\$ 2.000 por segurado por período de cobertura até US\$ 5.000 por segurado por período de cobertura.</p>	<p>Limite de US\$ 5,000 por segurado por período de cobertura</p>
<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> <ol style="list-style-type: none"> 1) a pessoa segurada não tiver apresentado sinistros 12 meses antes da mudança de Apólice Omega para Apólice Stay Alive; 2) a pessoa segurada precisaria pré-notificar a Ttc 9 dias antes de mudar da Apólice Stay Alive de volta para a Apólice Omega; 3) a data de ingresso e Bônus por ausência de sinistros <i>(se houver)</i> sob a Apólice Omega será transferida 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 Omega; 5) o período máximo de cobertura sob a uma Apólice Stay Alive é de dois anos. 	
<p>011. Oftalmologia</p> <p>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.</p>	<p>Limite de um exame de vista e um máximo de US\$ 250 por segurado por período de cobertura. A franquia da apólice não se aplica a este benefício</p>

FRANQUIA E COSSEGURO

	Nível 1	Nível 2	Híbrido	Nível 3	Nível 4
Franquia da apólice (EUA)	US\$ 400	US\$ 800	US\$ 5.000	US\$ 2.000	US\$ 4.000
Franquia da apólice (no exterior)	US\$ 100	US\$ 200	US\$ 100	US\$ 500	US\$ 1.000

Franquia (EUA)*	US\$ 1.600
Franquia (no exterior)*	US\$ 400

Cosseguro: Para tratamento recebido dentro da rede de provedores preferencial nos EUA, os membros serão responsáveis por 20% de qualquer custo admissível até um limite anual de US\$ 10.000 por segurado, por período de cobertura.

Um tratamento nos EUA não recebido na rede de provedores preferencial (*exceto tratamento de emergência*) e tratamento qualificado que exigir pré-autorização que não tiver sido pré-autorizada por nós estará sujeito a um cosseguro de 40\$ e não estará sujeito ao limite de cosseguro.

*Franquia comercial está disponível como alternativa à franquia pessoal e será aplicada por segurado, por período de cobertura.

FRANQUIA

O Plano de Cobertura mostrará o valor da franquia que você será obrigado a pagar antes de receber qualquer benefício sob esta apólice. O valor da franquia será diferente para tratamentos dentro ou fora dos EUA. Qualquer cosseguo aplicado a custos de tratamento não será aplicado para atingir a franquia. Um tratamento qualificado que exigir autorização prévia que não tiver sido pré-autorizada contará em direção a uma franquia somente após a aplicação do cosseguo aumentado correspondente.

Limites de cosseguo:

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

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

Exceções à aplicação de uma franquia e/ou cosseguo:

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

- Benefício 3 – Despesas hospitalares
- Benefício 24 – Restos mortais
- Benefício 25 – Viagem de emergência de apoio
- Benefício 21 – Transporte de emergência
- Benefício 22 – Evacuação
- Benefício 23 – Evacuação e despesas com viagem adicionais
- Benefício 30 – Assistência infantil de rotina
- Opção adicional 003 – Benefício de viagem de apoio estendido

O seguinte benefício não estará sujeito a cosseguo:

- Benefício 27 – Complicações de gestação

Os seguintes benefícios não estarão sujeitos a franquia:

- Benefício 31 – Benefício de saúde
- Opção adicional 002 - Tratamento dentário de rotina
- Opção adicional 011 - Oftalmologia

Nível de alteração de franquia:

Qualquer despesa com gestação ou outro benefício qualificado ocorrido ou manifestado antes de uma alteração para franquia inferior ou nível de franquia estará sujeita ao nível de franquia prévio (*superior*) pelos 12 meses seguintes. Além disso, despesas com gestação ocorridas ou manifestadas antes de uma alteração para um limite máximo de US\$ 25.000 por gestação estarão sujeitas ao limite máximo inferior anterior de US\$ 10.000 por gestação.

DEFINIÇÕES

Para ajudar você a entender a apólice, os seguintes termos e frases usados em qualquer local dentro de sua apólice 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 disso, 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.

Utensílios 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 do segurado.

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.

Cosseguro: 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 moratória ou exclusões específicas, e sua apólice conosco será regida pelos termos e condições de nossa apólice.

País de domicílio: Para fins desta apólice, esse 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 tiver incluída sob esta apólice.

Paciente Externo: Uma pessoa segurada que tiver sido admitida em leito hospitalar, mas que 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 transferir um segurado do local do incidente para o país mais próximo com instalações médicas apropriadas, conforme determinado pelo médico ou especialista do caso 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 Pessoa/Você/Seu: Pessoas qualificadas para receber cobertura sob esta apólice conforme designado no Plano de Cobertura.

Seguradora: Aetna Life & Casualty (*Bermuda*) Ltd.

Doença : Lesão, 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.

Obstetrix: 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 provedores 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.

Segurado Principal: 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: Lesões, doenças ou enfermidades se nós, em consulta geral, determinarmos que uma ela resulta 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 registro (*doenças preexistentes*), exceto se essas doenças tenham sido informadas 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 doença*), 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 uma doença crônica, exceto conforme previsto no item 10 - 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 10- 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) Um tratamento nos EUA não recebido na rede de provedores preferencial (*exceto tratamento de emergência*) e tratamento qualificado que exigir pré-autorização que não tiver sido pré-autorizada por nós estará sujeito a um cosseguro de US\$ 40 e não estará sujeito ao limite de cosseguro.
- 6) Os primeiros 20% de quaisquer custos admissíveis relativos a tratamento recebido nos EUA, até um máximo de US\$ 10.000 por segurado por período de cobertura (*sem limitação para Gestação Normal e benefício relativo a parto*) e adicionalmente ao item 31- Benefício de saúde, onde quer que esse tratamento tenha sido realizado. O cosseguro é aplicado após qualquer dedução de franquia aplicável à apólice.
- 7) Tratamento que determinarmos em consulta geral como experimental ou não comprovado.
- 8) Doenças hereditárias.
- 9) 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 11 – Anomalias congênitas.
- 10) Exame físico de rotina por médico, inclusive investigações ginecológicas, testes de rotina, assistência neonatal a recém-nascido, inoculações, vacinações e medicamentos preventivos, exceto conforme previsto no item 30 - Assistência infantil de rotina e 31 - Benefício de saúde.
- 11) Testes de rotina de visão ou audição, deficiências visuais não médicas/degenerativas naturais, inclusive, entre outros, miopia, presbiopia e astigmatismo, exceto conforme previsto no item 011 – Oftalmologia e qualquer cirurgia de correção para deficiências em visão ou audição não médicas/degenerativas naturais.
- 12) Reabilitação exceto conforme previsto no item 1, x) reabilitação.

- 13) 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 particulares.
- 14) Tratamento cosmético e qualquer consequência do mesmo.
- 15) Tratamento para perda de peso ou problemas de peso quer ou não precedido 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.
- 16) 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 18- Fisioterapia, terapia ocupacional e tratamento alternativo.
- 17) Custos relacionados à aquisição, manutenção ou ajuste de quaisquer próteses ou utensílios externos, inclusive, entre outros, recursos visuais e/ou de audição ou outros equipamentos, médicos ou não, exceto conforme especificado no item 12 –Equipamentos médicos duráveis, suprimentos protéticos e ortopédicos (DMEPOS) .
- 18) 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.
- 19) 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 parteira conforme previsto no item 26 - Gestação normal e parto.
- 20) Interrupções de gestação por motivos que não forem médicos.
- 21) Custos com complicações gestacionais surgidos dentro dos primeiros dez meses da data de ingresso do segurado.
- 22) Tratamento direta ou indiretamente proveniente de ou necessário com respeito a controle de nascimento feminino/masculino, infertilidade e/ou fertilidade, contracepção, impotência e esterilização (ou sua inversão) ou quaisquer consequências suas.
- 23) Qualquer forma de concepção assistida ou quaisquer complicações disso, inclusive, entre outros, nascimentos prematuros ou múltiplos 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.
- 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 no item 8 - Extração cirúrgica de dentes e Benefício 7 – Dano acidental aos dentes.
- 27) Custos com psiquiatra (exceto conforme previsto no item 5 – Tratamento psiquiátrico de paciente Interno e 6 – Tratamento psiquiátrico de paciente ambulatorial), psicoterapeuta, psicólogo (a menos que encaminhado por e sob controle direito de um médico psiquiatra no item 5 - Tratamento psiquiátrico de paciente interno e 6 - 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 doença viciante de qualquer espécie e qualquer lesão 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) As despesas não serão pagáveis no item 25 – 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 testamenteiro, 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 recebido para insônia, desordens do sono, apneia no sono, fadiga, descompensação horária (*jet lag*), estresse relacionado ao trabalho ou doença relacionada.
- 35) Suplementos alimentares e substâncias que estejam disponíveis naturalmente e que puderem ser compradas sem prescrição, inclusive, entre outros, vitaminas, minerais e substâncias orgânicas.
- 36) Visitas em domicílio por um médico, especialista ou enfermeiro qualificado, a menos que especificamente acordado por nós, por escrito. antes da consulta.
- 37) Vírus da Imunodeficiência Humana (*HIV*) e/ou doença relacionado 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.
- 38) Atividades de risco, como:
- a) bungee jumping;
 - b) voo (*inclusive 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 vestindo 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, verifique com Talent Trust Consultants.
- 39) Os benefícios com respeito a um recém-nascido estão restritos aos limites descritos no item 28 – Atendimento a recém-nascidos pelos primeiros 30 dias imediatamente após o nascimento, item 30 – Acomodação de recém-nascido, item 29- Acomodação de recém-nascido e item 11 - Anomalias congênitas.
- 40) Uma franquia apresentada no Plano de Cobertura será deduzida de todas as despesas médicas qualificadas com respeito a cada nova doença, exceto conforme especificado de forma diferente. Uma franquia comercial está disponível como alternativa à franquia pessoal e será aplicada por segurado por período de cobertura.

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:

Esta apólice é criada para um expatriado e/ou membro residente no país natal e de qualquer nacionalidade. 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.

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 ou 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*), *Benefício 28 - Assistência a recém-nascidos* e *Benefício 30 - Assistência infantil de rotina* 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) enganar-nos 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 neste certificado 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:

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