

2020



APÓLICE
INDIVIDUAL
DE SEGURO
DE SAÚDE



Bem-vindo à família Global Benefits Group (GBG)! Sabemos que você tem opções na escolha de provedores de seguros e agradecemos que tenha depositado sua confiança na GBG.

Esta Apólice descreve os termos e condições dos benefícios cobertos sob este plano. Aqui você também encontrará informações importantes sobre como entrar em contato conosco e como utilizar sua cobertura. Verifique a Página de Rosto da sua Apólice, onde constam a Franquia escolhida por você e qualquer exclusão ou emenda à sua cobertura.

Você também recebeu uma Confirmação de Recebimento e um Formulário de Autorização que precisam ser assinados. Por favor, assine e devolva uma cópia destes documentos à GBG imediatamente. Você poderá guardar consigo os originais.

Convidamos você a visitar o nosso Portal de Serviços para Membros em latam.gbg.com, e se registrar como um Novo Membro. O Portal de Serviços para Membros permite consultar convenientemente nosso Diretório de Provedores, acessar formulários, apresentar solicitações de reembolso, e utilizar outras ferramentas e serviços valiosos.

Estamos ansiosos por fornecer-lhe esta valiosa proteção e um excelente atendimento durante o ano.





OBRIGADA POR ESCOLHER
O SEGURO DE SAÚDE
GLOBAL BENEFITS GROUP

ÍNDICE

TABELA DE BENEFÍCIOS	6
PROVISÕES GERAIS	8
ELEGIBILIDADE.....	11
SOLICITAÇÕES DE REEMBOLSO E REQUISITOS PARA PRÉ-AUTORIZAÇÃO	12
REDE DE PROVEDORES PREFERENCIAIS.....	15
BENEFÍCIOS DE HOSPITALIZAÇÃO	15
SERVIÇOS AMBULATORIAIS	15
SERVIÇOS DE EMERGÊNCIA/ REMOÇÃO MÉDICA.....	16
TRATAMENTOS ESPECIALIZADOS.....	17
OUTROS BENEFÍCIOS	18
BENEFÍCIOS DE MATERNIDADE	21
EXCLUSÕES E LIMITAÇÕES	22
COMO APRESENTAR UMA SOLICITAÇÃO DE REEMBOLSO.....	25
COMO CONTATAR A GBG	27
AVISO DE PRÁTICAS DE PRIVACIDADE.....	27
DEFINIÇÕES.....	28
ADENDO	33

1. TABELA DE BENEFÍCIOS

Os seguintes benefícios são por pessoa e por Período de Apólice e estão sujeitos à Franquia por Período de Apólice do Segurado. Benefícios serão pagos em base Usual, Costumeira e Razoável, sujeitos às exclusões, limitações e condições da Apólice, para os custos listados, se forem:

- Incorridos como resultado de enfermidade ou lesão corporal acidental, sob os cuidados de um médico, e
- Medicamento Necessário, e
- Prescritos por um médico, e
- Prestados em um ambiente médico apropriado.

Todos os benefícios desta Apólice são pagáveis de acordo com a Tabela de Benefícios e a Página de Rosto da Apólice em vigor no momento em que os serviços são prestados. Benefícios opcionais que tenham sido adquiridos e quaisquer outras limitações estabelecidas estarão listadas na Página de Rosto da Apólice.

Note que para alguns dos serviços listados abaixo é necessário a Pré-autorização e que a falta da mesma resultará em 30% de penalidade para os serviços cobertos.

BENEFÍCIO MÁXIMO	
Sem limite máximo anual ou Vitalício	
REDE DE PROVEDORES	
<ul style="list-style-type: none"> • Mundial (exceto Estados Unidos): Livre escolha de Provedores. • EUA: A Seguradora mantém uma Rede de Provedores Preferenciais. Benefícios dentro da rede são pagos a 100%. Fora da rede benefícios serão pagos a 80% UCR. 	
BENEFÍCIOS DE HOSPITALIZAÇÃO E INTERNAÇÃO	
Quarto particular/Semi-privado	100% UCR
Unidade de cuidados intensivos	100% UCR
Tratamento médico, medicamentos, exames laboratoriais e testes de diagnóstico (inclusive tratamento de câncer, quimioterapia/radioterapia)	100% UCR
Consulta durante internação com um médico ou especialista	100% UCR
Honorários médicos para cirurgia durante Internação	100% UCR
Tarifas de acomodações para acompanhante de Segurado hospitalizado	Até \$3,000, ou Enfermagem Particular, máximo \$300 por dia.
Cuidados prolongados / Reabilitação hospitalar (o paciente permanece internado em área de reabilitação para dar continuidade ao tratamento)	100% UCR
Enfermagem particular	100% UCR; Máximo de 100 dias por Período de Apólice
Internação psiquiátrica	100% UCR
BENEFÍCIOS AMBULATORIAIS	
Consulta com Médico/Especialista	100%
Exames de diagnóstico incluindo laboratório e exames de imagem	100% UCR
Honorários Médicos de cirurgia Ambulatorial	100% UCR
Serviços terapêuticos: fisioterapia, quiropraxia, terapia ocupacional, fonoaudiologia, homeopatia e acupuntura	100% UCR; máximo 80 visitas, todas as terapias combinadas por Período de Apólice
Saúde mental Ambulatorial	100% UCR; máximo 50 consultas por Período de Apólice
Medicamento prescrito após uma cirurgia Ambulatorial ou Hospitalização coberta	100% UCR; por um máximo de 6 meses; após este período: máximo de \$3,000 por Período de Apólice
Medicamento prescrito após consulta médica	100% UCR; máximo de \$2,500 por Período de Apólice
EMERGÊNCIAS	
Hospitalização por Acidente Grave (24 horas ou mais)	100% UCR; Franquia dispensada somente no período da primeira Hospitalização

EMERGÊNCIAS (Cont.)	
Ambulância terrestre	100% UCR
Ambulância Aérea	100%; Franquia dispensada
Sala de Emergência e serviços médicos de Emergência	100% UCR
Atendimento odontológico de Emergência (limitado à lesão acidental)	100% UCR
Benefício de Reembolso para Emergência em Viagem	Até \$5,000 por Período de Apólice
TRATAMENTOS ESPECIALIZADOS	
Cirurgia Profilática (para câncer ginecológico apenas). Aplica-se um Período de Carência de 12 meses	100% UCR; até \$25,000 Máximo Vitalício (incluindo reconstrução mamária).
Cirurgia bariátrica (Aplica-se 24 meses de Período de Carência)	100% UCR; Máximo Vitalício de \$10,000
Condições Congênicas e Hereditárias	Cobertas de acordo com os limites desta Apólice
Transplante de órgão humano, medula óssea, células estaminais e outros procedimentos semelhantes. Nos EUA, o uso de Institutos de Excelência aprovados pela GBG é obrigatório.	\$750,000 Máximo Vitalício por diagnóstico, incluindo despesas com doador
Hallux Valgus (Aplica-se um Período de Carência de 24 meses)	100% UCR
CUIDADOS PREVENTIVOS/ CHECK UP – Franquia Dispensada	
Crianças até 6 meses de idade (incluindo vacinas, exames e consultas)	100% UCR; máximo 5 visitas
Crianças a partir de 6 meses de idade e/ou adultos	100%; máximo de \$600 por pessoa, por Período de Apólice
OUTROS BENEFÍCIOS	
Tratamento oncológico	100% UCR
Diálise	100% UCR
Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV), Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS), Complexo Relacionado AIDS (ARC). Aplica-se um prazo de 24 meses de Período de Carência. O benefício não será coberto se a Condição for Pré-existente.	100% UCR
GBG Personal Medical Advisor – Serviço de Segunda Opinião Médica	Coberto
Cuidado de Saúde Domiciliar/ Home Care	100% UCR; máximo 100 dias por Período de Apólice
Tratamentos especiais (próteses, implantes, aparelhos ortopédicos, e medicamentos altamente especializados)	100% UCR
Cuidados Paliativos	100% UCR; máximo de 240 dias por Período de Apólice
Equipamentos Médicos Duráveis	100% UCR
Repatriação dos restos mortais	Máximo por segurado \$20,000
Benefício de Guerra e Terrorismo	100% UCR
Cobertura gratuita para dependentes elegíveis após a morte do Titular da Apólice	2 anos. (A morte deve ter decorrido de uma condição coberta).
Benefício ATM Safe	\$300 por Período de Apólice
Pagamento adicional de quantia única em caso de doença crítica	\$2,500; Máximo Vitalício
BENEFÍCIO DE MATERNIDADE (Somente nos planos 3 e 4)	
<ul style="list-style-type: none"> A Franquia é dispensada para este benefício no plano 3 (\$2,000/\$2,000) A Franquia será aplicada para este benefício no plano 4 (\$5,000/\$5,000) Aplica-se um Período de Carência de 10 meses; nenhum tratamento relacionado com a maternidade para a mãe ou o para recém-nascido é coberto durante esse período. 	
Benefício Padrão: Se apenas a mãe estiver coberta na Apólice (parto normal ou cesárea)	\$10,000 Máximo por gravidez
Benefício Ampliado: Se o pai e a mãe estiverem cobertos na Apólice (parto normal ou cesárea)	\$15,000 Máximo por gravidez
Complicações de Maternidade e Perinatais estão cobertas nesta Apólice (desde que seja uma Gravidez Coberta)	100% UCR
Cobertura provisória para recém-nascidos (por um máximo de 90 dias); apenas para Gravidez Coberta	Máximo de \$5,000 por gravidez
Anexo opcional para complicações de Maternidade e Perinatais (somente planos 5 e 6). Cobertura somente para Titular da Apólice ou cônjuge.	\$500,000 Máximo Vitalício, todas as gravidezes combinadas. Aplica-se Franquia

OS SEGUINTE SERVIÇOS REQUEREM PRÉ-AUTORIZAÇÃO

A falta de pré-autorização para serviços que requerem pré-autorização resultará em penalidade de 30%.
(Exceto ambulância aérea, transplantes de órgão, medula óssea, transplantes de células estaminais e outros procedimentos semelhantes de transplantes que não for pré-autorizado pela Companhia não será coberto)

Hospitalização

Exames ou procedimentos Ambulatoriais que requeiram mais do que anestesia local

Tratamento oncológico acima de \$10,000

Cuidado de Saúde Domiciliar/ Home Care

Transplantes de órgão, medula óssea, transplantes de células estaminais e outros procedimentos semelhantes

Ambulância Aérea - serviço de Ambulância Aérea será coordenado pelo Provedor de Ambulância Aérea da Seguradora

Tratamentos especiais e medicamentos altamente especializados

Qualquer condição médica que seja esperado que se acumulem mais de \$10,000 de tratamento médico por Período de Apólice

1.1 Opções de Franquias

FRANQUIAS POR PERÍODO DE APÓLICE					
Plano	Dentro do País de Residência	Fora do País de Residência	Plano	Dentro do País de Residência	Fora do País de Residência
Plano 1	N/A	N/A	Plano 4	\$5,000	\$5,000
Plano 2	N/A	N/A	Plano 5	\$10,000	\$10,000
Plano 3	\$2,000	\$2,000	Plano 6	\$20,000	\$20,000

Franquia Máxima Familiar: A soma de 2 Franquias Individuais

POR FAVOR, CONSULTE A PÁGINA DE ROSTO DE SUA APÓLICE A FIM DE DETERMINAR O VALOR DA FRANQUIA APLICÁVEL À SUA COBERTURA.

2. PROVISÕES GERAIS

Nesta Apólice serão considerados:

Titular da Apólice, a pessoa coberta cujo nome é indicado na Página de Rosto da Apólice como “Titular da Apólice”, doravante será designado como “Titular da Apólice”.

Seguradora, Segunda parte, **GBG Insurance Limited**, doravante será designada como, por vezes coletivamente, a “Seguradora”, “Nós” “Nos”, “Nossa” ou “Companhia”.

As declarações na solicitação de seguro do Titular da Apólice e dependentes elegíveis servem como base para esta Apólice. Se alguma informação estiver incorreta ou incompleta, ou se alguma informação foi omitida, a Apólice poderá ser rescindida, cancelada ou alterada.

2.1 Apólice Integral

O contrato se constitui de: esta Apólice, Página de Rosto da Apólice, Tabela de Benefícios, a solicitação de seguro do Titular da Apólice, e quaisquer emendas ou endossos (se houver).

2.2 Alterações na Apólice

Nenhuma mudança poderá ser feita a esta Apólice exceto se for aprovada pela Seguradora. Uma mudança será válida apenas se feita pela Seguradora através de Endosso/Anexo da Apólice assinado ou uma emenda à Apólice.

O Titular da Apólice concorda e aceita que a Apólice adquirida está escrita em base Anual e o prêmio é referente ao Período de Apólice, independente da modalidade de pagamento do Prêmio acordado pela Seguradora, como mostrado na Página de Rosto da Apólice.

A Companhia poderá alterar esta Apólice e as tarifas baseada em Classe na data de renovação. Uma cópia dos termos da Apólice atualizados será enviada ao cliente em dito momento.

2.3 Mudança de Produto ou Plano de Franquia

O Titular da Apólice só poderá solicitar a mudança para outro produto ou plano de Franquia na data de aniversário da Apólice. O novo produto / plano de Franquia escolhido deve estar disponível no País de Residência atual. A solicitação de mudança deve ser enviada por escrito e recebida antes da data de aniversário. Algumas solicitações estarão sujeitas a subscrição - para esses casos, uma Solicitação de Seguro será solicitada e a aprovação não estará garantida.

Durante os primeiros trinta (30) dias a partir da data efetiva da mudança, os benefícios a serem pagos em caso de qualquer Doença ou lesão não resultante de acidente ou doença infecciosa serão limitados ao menor dos benefícios fornecidos pelo novo produto ou pelo produto anterior, e o plano de Franquia mais alto será aplicado. Durante os primeiros dez (10) meses após a data efetiva da mudança, os benefícios para maternidade, recém-nascidos e condições congênitas destes serão limitados ao menor benefício fornecido pelo novo produto / plano de Franquia ou produto anterior / plano de Franquia. Durante os primeiros seis (6) meses após a data efetiva da mudança, os benefícios do transplante serão limitados ao menor benefício fornecido pelo novo produto ou produto anterior.

2.4 Direito de Examinar

Quando a Apólice é inicialmente aprovada, o Titular da Apólice poderá pedir seu cancelamento dentro de 14 dias após o pagamento ter sido recebido pela Companhia. Se nenhum pedido de reembolso tiver sido feito nesta Apólice, a Seguradora devolverá o Prêmio pago.

2.5 Agente Administrativo

Global Benefits Group
7600 Corporate Center Drive, Suite 500
Miami, FL 33126 USA

2.6 Aviso Legal da Apólice

Esta Apólice da GBG Insurance Limited é uma Apólice internacional de seguro de saúde. A GBG Insurance Limited é uma Companhia de seguros incorporada em Guernsey com o número de registro 42729 e licenciada pela Comissão de Serviços Financeiros de Guernsey para conduzir negócios de seguros sob a Lei de Seguros (Bailiwick of Guernsey), 2002 conforme emenda. Como tal, esta Apólice está sujeita às leis de Guernsey, Ilhas do Canal, e o Segurado deverá estar consciente de que as leis que governam os termos, condições, benefícios e limitações em Apólices de seguro de saúde emitidas e entregues em outros países, incluindo os Estados Unidos, não se aplicam a esta Apólice. Se surgirem quaisquer disputas na interpretação deste documento, a versão em Inglês será considerada conclusiva e prevalecerá sobre quaisquer outras versões de idioma deste documento. Quaisquer referências nesta Apólice ao Titular da Apólice e seus dependentes que estão registrados no gênero masculino serão interpretadas como incluindo o gênero feminino quando apropriado.

A apólice que fornece sua cobertura e a seguradora que fornece essa apólice não foram aprovadas pelo Escritório de Regulamentação de Seguros da Flórida.

2.7 Prêmio

Esta Apólice está escrita em base anual e todos os Prêmios são pagáveis antes que a cobertura desta Apólice seja fornecida. A Seguradora poderá permitir que o Prêmio seja pago com parcelamento aprovado, que refletirá na Página de Rosto da Apólice. Toda cobertura sob esta Apólice está sujeita ao pagamento periódico do Prêmio que é devido mediante o recebimento da fatura enviada pela Seguradora. O pagamento deverá ser feito em moeda aprovada pela Seguradora. Qualquer outra moeda não será aceita e será considerada como falta de pagamento do Prêmio.

A Seguradora tem o direito de mudar qualquer Prêmio, ou base de tarifa, somente na data de aniversário da Apólice, quando:

- Houver mudança de faixa etária
- Houver mudança na base de tarifa de um produto
- Alteração de produto e/ou Franquia
- Mudança de País de Residência

A Seguradora disponibilizará a carta de renovação da Apólice pelo menos 30 dias antes da data da alteração a ser realizada. Mudanças de Prêmio ocorrerão automaticamente e serão cobradas a partir da data em que ocorrer:

- Adição de um novo Segurado; ou
- Cancelamento de um Segurado.

Qualquer mudança será rateada ao período de pagamento do prêmio do Titular da Apólice e refletida no próximo aviso de cobrança que o mesmo receberá. Mudanças na idade de um Segurado são consideradas mudanças em demografia do Titular da Apólice. Mudanças de Prêmio resultantes ocorrerão e serão avaliadas na data de renovação.

2.8 Provisão para Atraso de Pagamento

Um período de 30 dias, será permitido para pagamento de qualquer Prêmio devido, a partir da data em que o pagamento é devido. Durante este período de 30 dias, a Seguradora suspenderá a cobertura se o pagamento não for recebido. Se o Prêmio for recebido durante este prazo de 30 dias, a cobertura será retomada sem interrupção. Se o Prêmio devido não for pago, a Seguradora cancelará a Apólice a partir da data em que tal Prêmio deveria ter sido pago.

Todos os Prêmios não pagos até a data de cancelamento da cobertura são de responsabilidade do Titular da Apólice e qualquer outro ajuste de Prêmio gerado como resultado do cancelamento. Haverá cobrança da taxa de serviço por cheques devolvidos por insuficiência de fundos, contas encerradas, ou por cheques sustados. Cheque devolvidos serão tratados como não pagamento do Prêmio.

2.9 Cancelamento

A Companhia se reserva o direito de cancelar qualquer Apólice como descrito abaixo:

- Falta de pagamento do Prêmio;
- Declaração falsa ou omissão de informação;
- Quando o Segurado e/ou seu (s) dependentes (s) tiverem concordado com qualquer tentativa de uma terceira pessoa em obter vantagem sobre a Seguradora,
- Desrespeitos aos termos e condições desta Apólice, ou a não atuação com o máximo de boa-fé.

A Seguradora se reserva o direito de cancelar, não renovar ou modificar a Apólice com base em Classe, e nesse caso a Seguradora oferecerá a cobertura mais equivalente possível ao Segurado. Nenhum Segurado individual será penalizado com o cancelamento ou alteração da Apólice devido unicamente a um histórico desfavorável de sinistralidade.

Se a Companhia cancelar esta Apólice, deverá notificar ao Segurado com 30 dias de antecedência. A Companhia reembolsará a parte não utilizada do Prêmio menos as taxas administrativas da Apólice.

Se o Titular cancelar a Apólice depois que a Apólice tenha sido reinstalada ou renovada, a Seguradora não reembolsará a parte não utilizada do Prêmio. Em caso de morte de qualquer Segurado coberto por esta Apólice, a Companhia reembolsará o Prêmio não usado, descontando as taxas de administração.

2.10 Mudança de Risco

O Titular da Apólice deve informar à Companhia, dentro de 30 dias, sobre quaisquer mudanças relacionadas ao País de Residência ou estado civil dos Segurados, A Companhia se reserva o direito de alterar os termos da Apólice, Prêmios ou cancelar a cobertura do Segurado após mudança de residência caso não seja possível manter a cobertura da GBG no novo País de Residência.

2.11 Solicitações Falsas/Sem Base

Se alguma solicitação nesta Apólice for de alguma maneira falsa ou sem base, todos os benefícios pagos e/ou pagáveis relacionados a essa solicitação serão confiscados e, se apropriado, recuperados.

2.12 Solicitação de Reembolso

Todas as solicitações serão liquidadas na mesma moeda em que o Prêmio for pago. Se o Segurado tiver pago pelo tratamento, ou recebido uma fatura por serviços cobertos numa moeda diferente da que foi pago o Prêmio, incluindo faturas enviadas diretamente à Companhia ou seus administradores de pedidos de reembolso, tais pagamentos e faturas deverão ser convertidas à moeda do Prêmio com a taxa de câmbio em vigor na mesma data em que o serviço foi prestado. A taxa de câmbio será determinada pelas condições do mercado.

2.13 Benefício Extraordinário

Se a Companhia decidir renunciar a qualquer termo ou condição desta Apólice e / ou fazer um pagamento em caráter extraordinário, a Companhia não será de nenhuma maneira obrigada a renunciar a quaisquer termos ou condições futuras e fazer pagamentos futuros por benefícios similares, idênticos ou não cobertos pela Apólice.

2.14 Transferência

Se o segurado principal falecer, esta Apólice será automaticamente transferida ao Segurado mais velho e maior de 18 anos de idade, que deverá tornar-se o Titular da Apólice para todos os propósitos desta Apólice e ser responsável pelo pagamento do prêmio. Se o Segurado mais velho e maior de 18 anos for considerado um filho (a) dependente antes do falecimento do Titular da Apólice, esta passará a pagar o seu Prêmio com base em tarifa de adulto a partir do momento em que se tornar Titular da Apólice. Caso todos os outros Segurados da Apólice sejam menores de 18 anos, um tutor deverá ser nomeado para a Apólice, que não será de nenhuma maneira considerado como um Segurado e a partir de então exercerá as obrigações de Titular da Apólice.

2.15 Isenção de Responsabilidade

A Seguradora não será responsável pela qualidade do cuidado recebido de qualquer instituição ou indivíduo. Esta Apólice não dá ao segurado qualquer direito a reivindicação ou causa para ação contra a Seguradora, baseado num ato de omissão ou erro de um Hospital, médico ou outro Provedor de cuidado ou serviço médico.

3. ELEGIBILIDADE

3.1 Termos da Apólice e Limitação de Pré-existência

Os termos da Apólice começam na Data de Efetividade da mesma, tal como aparecem na Página de Rosto e terminam 365 dias depois. Todas as aplicações estão sujeitas à subscrição pela Seguradora. A aceitação não é garantida. A Seguradora comunicará por escrito se sua solicitação de seguro foi aprovada junto com os termos e condições da aprovação. Condições Pré-existentes não declaradas na solicitação de seguro nunca estarão cobertas. Veja a Página de Rosto da Apólice para os termos e condições referentes à emissão desta Apólice.

3.2 Elegibilidade

- O Segurado deve residir na América Latina ou Caribe no momento da emissão do seguro, e
- Não ter atingido os 75 anos de idade no momento da adesão.
- Não há idade máxima para renovação de pessoas já cobertas por esta Apólice.
- O cancelamento do seguro do Titular da Apólice também cancelará a cobertura total para os dependentes, exceto em caso de morte ou salvo acordo em contrário com a Companhia.

3.3 Dependentes Segurados

A cobertura desta Apólice poderá ser estendida aos seguintes membros familiares:

- Cônjuge ou parceiro (a) em união estável,
- Crianças dependentes até a idade de 19 anos se solteiros, ou até a idade de 24 anos se solteiros e estudantes em instituição de ensino devidamente credenciada no momento que a Apólice for emitida e renovada. Dependentes que são estudantes até a idade de 24 anos são cobrados com a tarifa de Criança/Crianças.

Os dependentes, que estão cobertos por uma Apólice com a Seguradora e sejam elegíveis para cobertura sob sua própria Apólice, serão aprovados sem subscrição para o mesmo produto com Franquias iguais ou superiores e com as mesmas condições e restrições em vigor no âmbito da Apólice. A solicitação de mudança do ex-dependente deve ser recebida antes do final da cobertura atual.

Crianças dependentes incluem filhos biológicos, crianças legalmente adotadas e enteados do Titular da Apólice. Dependentes segurados estão cobertos a partir da data que a Seguradora os aceita e o prêmio correspondente é pago. Observe que os filhos dependentes com mais de 18 anos que possuam filhos terão que aplicar para a sua própria Apólice no final do período de Apólice depois de terem atingido a idade de 18 anos.

3.4 Adição de Recém-Nascido ou Recém-nascido Legalmente Adotado:

3.4.1 Bebês Nascidos no Âmbito de uma Gravidez Coberta pelo Benefício de Maternidade:

- Fornecer notificação por escrito à Seguradora dentro de 90 dias após a data de nascimento.
- A criança recém-nascida será aceita a partir da data de nascimento, para cobertura completa de acordo com os termos da Apólice, independentemente do estado de saúde.
- O recém-nascido será adicionado à mesma cobertura do Segurado. A sua adição será automática apenas se notificado dentro dos primeiros 90 dias.
- Após os primeiros 90 dias a cobertura não estará garantida e estará sujeita à apresentação de uma solicitação de seguro e subscrição médica.

3.4.2 Criança legalmente adotada, Criança nascida de Mãe de Aluguel ou como resultado de um tratamento de fertilidade:

- A criança deverá ser menor de 19 anos de idade, e
- O Segurado deverá notificar por escrito a Seguradora (uma cópia oficial dos documentos de adoção deverá ser enviada junto com a notificação), e
- Uma solicitação de seguro deverá ser submetida detalhando o histórico médico da criança.
- A cobertura estará subordinada aos termos e condições da Apólice.
- A cobertura não está garantida e está sujeita à subscrição. Se aprovada, a cobertura terá efetividade a partir de uma data estabelecida pela Seguradora, que será após a data de recebimento da solicitação de seguro.
- Condições pré-existentes não estarão cobertas por um período de 12 meses a partir da Data de Efetividade da cobertura.

3.4.3 Criança recém-nascida quando o Benefício de Maternidade Não está coberto nesta Apólice

Para efeitos da adição de uma criança recém-nascida à Apólice do pai/mãe sem subscrição médica, a Apólice dos pais deverá estar em vigor por pelo menos 10 meses consecutivos e a gestação não poderá ter ocorrido como resultado de tratamento de fertilidade/infertilidade. Para ser feita a adição, uma cópia da certidão de nascimento constando nome completo, sexo e data de nascimento, além do questionário de maternidade preenchido e assinado pelo médico responsável, devem ser apresentados no prazo de 90 dias consecutivos a contar da data do nascimento. Se a certidão de nascimento não for recebida dentro do período de 90 dias corridos, uma Solicitação de Seguro individual será requerida para a adição e estará sujeita à subscrição e sua cobertura não está garantida.

3.5 Período de Carência

Esta Apólice contém um período de carência de 30 dias, durante o qual somente doenças ou lesões causadas por um Acidente ocorrido neste período ou doenças de origem infecciosa que primeiro se manifestem dentro deste período, serão cobertas.

A Seguradora poderá dispensar o período de carência somente se:

- Outra cobertura de seguro de despesas médicas estiver em vigor com outra empresa por pelo menos um ano consecutivo, e
- A Data de Efetividade desta Apólice comece dentro de 30 dias da expiração da cobertura anterior, e
- A cobertura anterior seja informada na solicitação de seguro, e
- A Apólice anterior e uma cópia do recibo de pagamento do prêmio do ano passado sejam apresentadas com a solicitação de seguro.

A não notificação à Seguradora no momento da inscrição poderá resultar em uma negativa da eliminação do Período de Carência de 30 dias.

Se o Período de Carência for dispensado, os benefícios pagáveis por quaisquer condições manifestadas durante os primeiros 60 dias de cobertura serão limitados, enquanto a Apólice estiver em vigor, aos menores benefícios providos por esta Apólice ou pela Apólice anterior. Consulte a Página de Rosto da Apólice para determinar se este Período de Carência se aplica à sua Apólice.

3.6 Residência

No ato da emissão da Apólice, o segurado principal e seus dependentes devem ter residência permanente na América Latina ou Caribe. Se o segurado principal ou seus dependentes mudarem de País de Residência, a Companhia deverá ser imediatamente notificada por escrito da sua residência em tempo integral.

“País de Residência” está definido como:

1. Onde o segurado reside a maioria do ano civil ou Período de Apólice, ou
2. Onde o segurado tenha residido mais de 180 dias durante qualquer período de 12 meses enquanto a Apólice estiver em vigor.

Se o segurado principal ou seus dependentes mudarem permanentemente de país, a GBG retém o direito de modificar o Prêmio.

4. SOLICITAÇÕES DE REEMBOLSO E REQUISITOS PARA PRÉ-AUTORIZAÇÃO

4.1 Solicitações de Reembolso

Todas as solicitações de reembolso estarão sujeitas aos custos Usuais, Costumosos e Razoáveis (UCR), como determinado pela Seguradora e serão processadas na ordem em que são recebidas. Para que o pagamento de um reembolso possa ser feito, as solicitações de reembolso devem ser submetidas em formulário aceito pela Companhia. Solicitações de reembolso serão consideradas para processamento apenas quando os serviços prestados incorrerem dentro do período de vigência e foram elegíveis de acordo com as condições desta Apólice. Formulários de pedido de reembolso podem ser obtidos na página latam.gbg.com.

Solicitações de Reembolso deverão ser recebidas pela Seguradora no mais tardar 180 dias após a data em que o Segurado tenha recebido o serviço. Solicitações recebidas após este período serão excluídas da cobertura. Dúvidas a respeito de solicitações passadas devem ser recebidas dentro de 12 meses a partir da data de serviço para serem consideradas para revisão.

As solicitações de reembolso devem ser enviadas na moeda oficial em que o serviço foi processado.

4.1.1 Solicitações de Reembolso submetidas pelo Segurado

Se o Segurado já tiver pago à instituição ou ao Provedor, o Segurado deverá apresentar à Seguradora os seguintes documentos digitalizados:

- Formulário de Solicitação de Reembolso devidamente preenchido e assinado;
- Faturas discriminadas do serviço recebido;
- Recibos de pagamento;
- Cópia da prescrição do medicamento (se aplicável);
- Relatório Médico (se aplicável);
- Extrato do reembolso de outra seguradora (se aplicável),
- Questionário de maternidade em caso de solicitação de reembolso relacionada a gravidez.

A Seguradora poderá solicitar os recibos originais a qualquer momento. A Seguradora pagará ao segurado de acordo com os termos desta Apólice. Consulte Seção intitulada, Como Submeter uma Solicitação de Reembolso.

Em caso de morte do Segurado requerente, os reembolsos de sinistros médicos pendentes serão pagos em conformidade.

Segurado	Beneficiário
Morte do cônjuge ou filho dependente Segurado	Reembolso dos sinistros médicos serão pagos ao Titular da Apólice
Morte do Titular da Apólice, quando possuir dependentes Segurados	<p>O reembolso de sinistros médicos será pago da seguinte forma:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cônjuge dependente, ou • Se não houver cônjuge dependente, o pagamento será feito ao filho dependente Segurado mais velho.
Morte do Titular da Apólice, quando não possuir dependentes Segurados	O reembolso de sinistros médicos será pago à propriedade do Segurado.

4.2 Liberação de Informação Necessária

O Segurado concorda em seu nome e em nome dos seus dependentes Segurados, em permitir que qualquer médico, Hospital, farmácia ou Provedor forneça toda a informação médica à Seguradora determinada pela mesma como necessária, incluindo um quadro clínico completo e/ou diagnóstico. A Seguradora manterá esta informação confidencial. Adicionalmente, ao aplicar para cobertura, o segurado autoriza a Seguradora em fornecer todos e quaisquer registros em relação ao Segurado, incluindo diagnóstico completo e informação médica a um quadro médico de revisão adequado, conselho de revisão de utilização ou organização e/ou a qualquer administrador ou outra Seguradora com propósitos de administração desta Apólice. Também poderão haver pedidos de informação de saúde adicionais por parte da Seguradora.

4.3 Coordenação de Benefícios

Dentro do País de Residência: Quando o segurado possui outro seguro:

1. Todos os benefícios pagos pelo plano local que também estão cobertos sob esta Apólice serão aplicados à Franquia desta Apólice.
2. Nos casos em que os pagamentos do plano local sejam superiores à Franquia desta Apólice, esta Apólice não pagará nenhum benefício em duplicidade.
3. Os benefícios não cobertos pelo plano local que são cobertos por esta Apólice serão processados e, se aplicável, o excedente da Franquia será reembolsado conforme as condições descritas nesta Apólice até o limite dos custos Usuais, Costumeiros e Razoáveis (UCR).

Fora do País de Residência: A GBG funcionará como Seguradora primária e se reserva o direito de coletar qualquer pagamento de Seguradoras locais ou outras seguradoras. Se houver uma apólice de seguro de viagem, tal apólice funcionará como primária. Para os Segurados com duas (2) ou mais Apólices internacionais, a Apólice que estiver em vigor por mais tempo será considerada primária.

Nota especial para Cidadãos dos EUA: Cidadãos dos EUA que são elegíveis para benefícios do U.S. Medicare deverão obrigatoriamente aplicar para cobertura sob estes benefícios para serviços médicos e de prescrição obtidos nos EUA.

4.4 Sub-rogação / Indenização

O direito da Seguradora de proceder, por conta própria e em nome do segurado, contra uma terceira parte e também o direito da seguradora de requerer do segurado a devolução de valores à seguradora, caso esta tenha pago por despesas já reembolsadas ao segurado por terceiros.

4.5 Franquia

A Franquia é o primeiro valor pago por cada Segurado dos custos permitidos por despesas de tratamentos médicos elegíveis durante cada Período de Apólice, antes que qualquer benefício da Apólice seja pago. Franquias para Dentro ou Fora do País de Residência acumulam-se em base combinada. As Franquias estão indicadas no cartão de identificação médica e na Página de Rosto da Apólice. Se a Franquia não for atingida em determinado Período de Apólice, qualquer despesa elegível por um Segurado durante os últimos três meses daquele período de Apólice será transferida e aplicada à Franquia do próximo Período de Apólice do Segurado, a menos que a Franquia familiar tenha sido satisfeita. Os valores dos custos permitidos aplicados à Franquia também reduzirão o benefício máximo aplicável na mesma cifra.

4.6 Franquia Familiar

Existe apenas uma Franquia por pessoa, por Período de Apólice. Por família aplicamos um máximo equivalente a soma de duas Franquias individuais, por Período de Apólice. Os valores de reembolsos aplicados à Franquia fora do País de Residência também serão aplicados à Franquia dentro do País de Residência e vice-versa.

4.7 Requisitos e Procedimentos para Pré-Autorização

A solicitação de Pré-autorização deverá ser enviada à Seguradora, com um mínimo de antecedência de cinco dias úteis da data do tratamento/procedimento, juntamente com o pedido do médico responsável que deve incluir:

- Diagnóstico;
- Tratamento proposto;
- Local onde o tratamento será realizado (Nome da instituição),
- Data de serviço e honorários médicos.

Os procedimentos e tratamentos médicos listados abaixo devem ser pré-autorizados. A falta de Pré-autorização resultará em uma redução de 30% no pagamento de despesas cobertas. (Exceto ambulância aérea, transplantes de órgão, medula óssea, transplantes de células estaminais e outros procedimentos semelhantes de transplantes que não for pré-autorizado pela Companhia não será coberto)

- Hospitalização
- Exames ou procedimentos ambulatoriais que requeiram mais do que anestesia local
- Tratamento Oncológico acima de \$10,000
- Benefícios De Cuidados de Saúde Domiciliar/ Home Care
- Transplantes de órgãos, medula óssea, células-tronco e outros procedimentos semelhantes
- Ambulância Aérea – O serviço de Ambulância Aérea será coordenado pelo Provedor de Ambulância Aérea da Seguradora
- Tratamentos especiais e medicamentos altamente especializados
- Qualquer condição que não satisfaça os critérios acima, mas em que se espere acumular custos superiores a \$10,000 em tratamentos médicos por Período de Apólice. Tais como, mas não limitado a:
 - Doença Crônica
 - Diálise
 - Serviço ambulatorial

Emergências Médicas devem ser notificadas dentro de 72 horas da internação ou procedimento. Em casos de Emergência médica, o Segurado deve ir ao Hospital ou Provedor mais próximo para assistência mesmo que este Hospital ou Provedor não façam parte da Rede PPO.

Se o tratamento não for aprovado no processo de pré-autorização, todas as solicitações de reembolso relacionadas serão negadas.

5. REDE DE PROVEDORES PREFERENCIAIS

A companhia mantém uma Rede de Provedores Preferenciais. Para informações sobre a mesma, consulte a GBG no número que consta em seu cartão de identificação médica ou em latam.gbg.com.

Apenas para os Estados Unidos:

- **Provedores Preferenciais:** Provedores que concordam em receber pagamento direto efetuado pela Companhia.
- **Provedores Não Preferenciais:** O pagamento a Provedores não preferenciais será feito até os limites do UCR, uma vez que estes provedores podem não aceitar pagamento direto efetuado pela companhia. O Provedor poderá cobrar do Segurado a diferença entre o valor pago coberto pela Seguradora e a fatura cobrada pelo Provedor.

Nos EUA, no caso de uso de Provedores Não Preferenciais a Companhia reembolsará 80% de UCR, ficando o saldo restante sob responsabilidade do Segurado.

A Rede de Provedores Preferenciais poderá sofrer alterações a qualquer momento. Para uma lista completa e atualizada consulte o Nosso site.

6. BENEFÍCIOS DE HOSPITALIZAÇÃO

Serviços Medicamente Necessários prestados dentro de uma unidade hospitalar com duração de pelo menos 24 horas. As coberturas serão fornecidas de acordo com a Tabela de Benefícios e condições desta Apólice. Todos os serviços serão avaliados conforme necessidade médica.

Acomodações serão pagas dentro dos valores permitidos para tarifa de quarto privado e semiprivado. Qualquer valor excedente será de responsabilidade do Segurado.

A Seguradora reembolsará a visita de um médico por dia enquanto o Segurado for paciente em um Hospital ou Instalação de Cuidado Prolongado aprovado. Visitas que são parte normal do cuidado pré-operatório e pós-operatório serão cobertas sob a taxa de cirurgia e a Seguradora não pagará valores em separado para tal cuidado. Se Medicamente Necessário, a Seguradora poderá optar por pagar mais de uma visita a médicos diferentes no mesmo dia. A Seguradora exigirá a apresentação de relatórios e outras documentações de necessidade médica para os serviços de internação. Serviços de Reabilitação hospitalar estão cobertos dentro das condições da Apólice. Internações hospitalares com o propósito de receber cuidado de custódia não-agudo de longo prazo, cuidado de manutenção crônico, ou assistência com Atividades de Vida Diária (ADL), ou quando o procedimento puder ser realizado de maneira ambulatorial não serão consideradas despesas elegíveis e não serão cobertas.

6.1 Internação Psiquiátrica

Benefícios serão fornecidos para hospitalização psiquiátrica e tratamento psiquiátrico para um diagnóstico coberto, pagos como se segue:

1. Os benefícios são para tratamento de saúde mental de internação somente em um Hospital ou instituição aprovada. Deve-se observar que os cuidados de saúde mental deverão ser prestados apenas por um médico psiquiatra.
2. Os serviços incluem, mas não estão limitados a tratamento para Bulimia; Anorexia; Esquizofrenia, Transtorno Depressivo Maior; Transtornos Bipolares, Paranoia e outras doenças mentais graves.

6.2 Acompanhante para Segurado Hospitalizado

Despesas incluídas para acomodações de hospital por pernoite para o acompanhante de Segurado hospitalizado serão pagas até um máximo diário. O custo das refeições para o acompanhante não está coberto. Consulte sua Tabela de Benefícios para os benefícios máximos especificados.

7. SERVIÇOS AMBULATORIAIS

Quando um Segurado é tratado ambulatoriamente em um Hospital ou outra instalação aprovada, benefícios relacionados aos custos da instalação e serviços auxiliares serão pagos de acordo com a Tabela de Benefícios vigente.

7.1 Visitas Ambulatoriais para Saúde Mental

Os serviços incluem tratamento para luto, transtorno de déficit de atenção (DDA), transtorno de déficit de Atenção e hiperatividade (TDAH); bulimia; anorexia; esquizofrenia, transtorno depressivo maior; transtornos bipolares, autismo e outras doenças mentais cobertas conformes as condições da Apólice.

Todos os serviços Ambulatoriais de saúde mental devem ser prestados por um médico psiquiatra. Serviços Ambulatoriais prestados por um psicólogo estarão cobertos se solicitados por um psiquiatra para condições mentais cobertas por esta Apólice.

7.2 Serviços Terapêuticos

A Seguradora fornecerá benefícios para tratamento Medicamente Necessário para serviços terapêuticos prestados a um Segurado ambulatoriamente em um Hospital, consultório médico ou instalação aprovada, pagos de acordo com a Tabela de Benefícios Vigente. Os serviços devem estar nos termos do plano de tratamento descrito pelo médico e devem:

- Produzir melhoria significativa na condição do Segurado dentro de um período de tempo razoável e previsto; e
- Ser condizentes com o diagnóstico. Os serviços de acupuntura deverão ser prestados por um médico ou fisioterapeuta licenciado.

7.3 Materiais Médicos para Diabetes

A Seguradora fornece benefícios para certos materiais diabéticos incluindo a bomba de insulina e materiais associados.

7.4 Medicamentos Prescritos

Os Medicamentos Prescritos são aqueles dependentes de prescrição médica e que não estariam disponíveis sem a mesma. Este benefício estará sujeito à Franquia. Consulte a Tabela de Benefícios para obter detalhes.

8. SERVIÇOS DE EMERGÊNCIA / REMOÇÃO MÉDICA

8.1 Hospitalização por Acidente Grave

Um trauma imprevisto que ocorre sem a intenção do Segurado, o que implica uma causa externa repentina com impacto violento ao corpo, resultando em ferimento demonstrável que requer imediata Internação Hospitalar por 24 horas ou mais dentro das horas seguintes à ocorrência da lesão grave para evitar a perda da vida ou danos a integridade física. A existência de lesão grave será determinada por consenso entre o médico responsável e o consultor médico da Seguradora, após revisão das notas de triagem, sala de Emergência e registros médicos de Internação Hospitalar.

8.2 Serviços de Emergência em Ambulância Terrestre

Benefícios serão fornecidos para transporte por ambulância terrestre em caso de Emergência Medicamente Necessária ao Hospital mais próximo capaz de prestar o nível de cuidado requerido e serão pagáveis de acordo com a Tabela de Benefícios vigente. O uso de serviços de ambulância para a conveniência do Segurado, que não seja Medicamente Necessário, não será considerado como serviço coberto.

8.3 Ambulância Aérea

Requer a aprovação prévia e coordenação pela GBG.

- A remoção médica de Emergência só será coberta se relacionada a condições cobertas onde o tratamento não poderia ser fornecido localmente e o transporte feito de qualquer outra forma resultaria em perda de vida ou de um membro.
- A Seguradora mantém o direito de decidir para qual centro médico o Segurado deverá ser transportado.
- O Segurado concorda em manter a Seguradora e qualquer empresa afiliada à Seguradora, a título de propriedade ou gestão, isentas de negligências resultantes de tais serviços ou negligências que resultam de atrasos ou restrições em voos causadas por pilotos, problemas mecânicos, restrições governamentais, ou devido às condições operacionais ou meteorológicas.
- As remoções médicas de Emergência por Ambulância Aérea somente serão feitas a partir do Hospital onde o Segurado esteja admitido para o Hospital onde o mesmo seguirá o tratamento.
- Dentro de 90 dias da remoção médica, o voo de regresso para o Segurado e um acompanhante será reembolsado até o custo de um bilhete de avião em classe econômica apenas para o país de residência do Segurado - Máximo US\$ 2,000 por pessoa.

8.4 Emergência Dentária

O tratamento e restauração odontológica de Emergência, requeridos como um resultado de um Acidente coberto estarão incluídos. Todo o tratamento deverá ser concluído no prazo de 120 dias após o Acidente.

8.5 Benefício de Reembolso para Emergência em Viagem

A Companhia reembolsará até um máximo de US \$ 5,000 por Período de Apólice para Emergências médicas como Acidentes ou Doenças inesperadas e súbitas que surjam enquanto o Segurado viaja fora do seu país de residência. Este benefício aplica-se somente aos serviços médicos em uma sala de Emergência hospitalar, centro de atendimento de urgência ou centro de cuidados agudos como resultado de uma Emergência, conforme definição nesta Apólice, em regime de reembolso.

As seguintes condições se aplicam:

- As Emergências relacionadas a condições médicas crônicas só poderão valer-se deste benefício se o Segurado estiver Estável e o tratamento da condição em questão inalterado pelo menos nos últimos seis (6) meses antes da Emergência. Para condições cardiovasculares relacionadas, a condição do Segurado deve ser considerada Estável e inalterada durante 12 meses antes da Emergência.
- Para ser elegível para este benefício, o Segurado deve estar viajando fora do seu país de residência por não mais que 21 dias, contando a partir da data de partida até a data de retorno para seu país de residência.
- O Segurado deve apresentar prova de viagem (cópia do pagamento da passagem aérea, cópia do passaporte com um carimbo de entrada e um de saída e visto de turista, se aplicável).
- Todas as exclusões da Apólice e exclusões de subscrição do Segurado se aplicam.
- As condições médicas com uma Franquia adicional estabelecida pela subscrição não são elegíveis para este benefício.
- O Segurado deve pagar pelos serviços e, então, enviar o formulário de solicitação de reembolso junto com a documentação pertinente para o reembolso deste benefício.
- O Período de Carência da Apólice de 30 dias se aplica, salvo indicação em contrário na Página de Rosto da Apólice.

9. TRATAMENTOS ESPECIALIZADOS

9.1 Cirurgia Profilática

Cirurgia Profilática para câncer ginecológico apenas (consistindo em mastectomia e / ou ooforectomia) e BRCA teste serão cobertos apenas quando Medicamente Necessária em conformidade com as diretrizes da Companhia e com base nos protocolos da American Cancer Association (Associação Americana de Câncer).

9.2 Cirurgia Bariátrica

Esta Apólice cobrirá somente a cirurgia bariátrica apenas, até o limite estabelecido na Tabela de Benefícios. Esse benefício estará disponível para adultos com idade igual ou superior a 18 anos, com a presença de obesidade severa persistente, documentada em registros clínicos contemporâneos, de acordo com as diretrizes da Companhia e com base no protocolo da American Society for Metabolic and Bariatric Surgery (Sociedade Americana de Metabolismo e Cirurgia Bariátrica).

9.3 Condições Congênitas e Hereditárias

Condições Congênitas e/ou Hereditárias estão cobertas sob os termos e condições desta Apólice de acordo com a Tabela de Benefícios, e não sob o benefício de complicações de maternidade ou anexo opcional para complicações de maternidade.

9.4 Procedimento de Transplante

Cobertura para transplante de órgãos, medula óssea, sangue e células tronco. Esta cobertura aplica-se apenas quando o receptor do transplante for um Segurado sob esta Apólice. Nos Estados Unidos, a utilização dos institutos de excelência aprovados pela GBG é obrigatória. Este benefício para transplante começa uma vez que a necessidade do transplante tenha sido determinada por um médico e certificada por uma segunda opinião cirúrgica ou médica e inclui:

- Cuidados prévios ao transplante, inclusive serviços diretamente relacionados à avaliação da necessidade do transplante, avaliação do Segurado para o procedimento de transplante e a preparação e estabilização do Segurado para o procedimento.
- Cuidados prévios à cirurgia, incluindo todos os exames, medicamentos e suprimentos.
- Custos de busca por órgão, células ou tecidos, transporte e cuidados, incluindo a medula óssea e haste de armazenamento ou bancos de células estarão cobertos até um máximo conforme listado na Tabela de Benefícios, que são incluídos como parte do benefício de transplante. O exame dos doadores, incluindo testes de potenciais doadores para compatibilidade estará incluído neste benefício.
- Cuidados pós-transplante incluindo, mas não limitado a qualquer tratamento de acompanhamento Medicamente Necessários resultante do transplante e quaisquer complicações que surjam após o procedimento, sendo uma consequência direta ou indireta do mesmo.
- Medicação ou medidas terapêuticas utilizadas para garantir a viabilidade e permanência do órgão transplantado, célula ou tecido.
- Cuidado Domiciliar, cuidados de enfermagem, transporte de Emergência, assistência médica, visitas clínicas ou a consultório e transfusões.

10. OUTROS BENEFÍCIOS

10.1 Deformidades do Nariz e do Septo Nasal

Quando a deformidade do nariz ou septo nasal for resultante de trauma provocado por um Acidente coberto, a cirurgia e o tratamento médico serão cobertos somente se a evidência de trauma na forma de fratura for confirmada radiograficamente (raios-X, tomografia computadorizada, etc.) antes do procedimento. Qualquer outra condição que não seja resultante de trauma, terá a necessidade médica avaliada pela Seguradora.

10.2 HIV, AIDS e ARC

Benefícios estão disponíveis apenas se o HIV, AIDS ou ARC tiverem sido causados por um Acidente ou transfusão de sangue, comprovando que as condições não são consideradas pré-existentes. Aplica-se um Período de Carência de 24 meses. As doenças sexualmente transmissíveis e todas as condições relacionadas não serão cobertas.

10.3 Atividades e Esportes de Risco

Esta Apólice fornece cobertura para uma ampla gama de atividades e esportes, excluindo esportes profissionais. Listados abaixo estão exemplos de atividades e esportes não cobertos:

- Mountain Climbing, montanhismo, alpinismo.
- Esportes de Aviação (acrobacia aérea, paraquedismo, parapente, parasailing, sky diving e wingsuit flying)
- Bungee Jumping
- Ski fora de pista
- Megulho tipo scuba diving abaixo de 60 pés
- Water Rafting acima de 4 graus
- Cliff Diving
- Corridas em veículo automotor em pista ou fora de pista

A GBG está disponível para esclarecimentos acerca da cobertura de algum um esporte ou atividade específica. A GBG deve ser contatada antes da prática de tal esporte ou atividade. Entre em contato com a equipe GBG Elite para obter esclarecimentos.

10.4 Cuidado de Saúde Domiciliar/ Home Care

Os Cuidados de Saúde Domiciliar incluem os serviços de um profissional licenciado hábil (enfermeira ou terapeuta) fora do Hospital e não incluem Cuidados Custodiais. Um período inicial de no máximo 30 dias será coberto se pré-aprovado. Um plano de tratamento avançado assinado pelo médico responsável será necessário para o tratamento adequado da doença ou lesão, a ser utilizado no lugar do tratamento hospitalar.

Estes serviços devem satisfazer critérios médicos específicos. Será requerida a revisão minuciosa pela Seguradora.

A Seguradora considera cuidado de enfermagem domiciliar, Medicamento Necessário, quando recomendado pelo médico primário e/ou médico responsável, e quando ambas circunstâncias a seguir sejam atendidas:

- O Segurado tiver necessidades médicas especializadas; e
- A presença da enfermeira em casa tem unicamente como objetivo as necessidades médicas do Segurado, e não o papel conveniente de um cuidador familiar.

10.5 Medicamentos altamente especializados

Medicamentos altamente especializados para usos específicos serão cobertos, mas deverão ser pré-autorizados e coordenados com antecedência junto a Seguradora, além de estarem sujeitos aos limites dispostos na Tabela de Benefícios. Essas drogas incluem, mas não se limitam a: Interferon beta-1-a, Interferon Peguilado Alfa 2a, Alfa, Interferon beta-1-b, Etanercepte, Adalimumab, Bevacizumabe, Ciclosporina A, Azatioprina e Rituximade. Quando possível, e se necessário, a Seguradora coordenará a entrega de tais medicamentos.

10.6 Cuidados Paliativos

Programa para fornecer um atendimento unificado de serviços paliativos e de suporte a doentes terminais e suas famílias. Doente terminal significa um paciente que possua um prognóstico de 240 dias ou menos de vida. A Admissão em um programa de Cuidados Paliativos é feita com base na necessidade do paciente e sua família.

O Cuidado Paliativo deve

- Estar relacionado a uma condição médica coberta com um diagnóstico de doença terminal tendo sido validado pelo médico responsável;
- Ser ministrado por um prestador reconhecido.

10.7 Equipamento Médico Durável

A Apólice pagará os valores Usuais, Costumeiros e Razoáveis (UCR) para Dispositivos Artificiais e Próteses listadas, desde que dito Equipamento Médico Durável (DME) seja:

1. Receitado por um médico, e
2. Determinado pela Seguradora como Medicamento Necessário e adequado.

As taxas de aluguel do Equipamento Médico Durável não deverão exceder o valor de compra do equipamento. Benefícios serão pagáveis de acordo com a Tabela de Benefícios vigente.

Encargos por reparações ou substituições de dispositivos artificiais, próteses ou outro Equipamento Médico Durável originalmente obtidos nesta Apólice serão pagos a 50% do valor Usual, Costumeiro e Razoável permitido.

A Seguradora sugere que este benefício seja pré-notificado para avaliação dos custos e possibilidade de pagamento direto.

10.8 Membros Prostéticos

Incluem braços artificiais, mãos, pernas e pés e serão cobertos até o benefício máximo mostrado na Tabela de Benefícios. O benefício inclui todos os custos associados com o processo, incluindo qualquer terapia relacionada com o uso do novo membro. Próteses serão cobertas quando o Segurado não tiver uma doença cardiovascular, neuromuscular ou condição musculoesquelética significativa que possa afetar negativamente ou ser afetada pela utilização do dispositivo protético.

A reparação do membro protético será coberta apenas quando alterações anatômicas ou funcionais e desgaste tornem o equipamento não funcional e o reparo fará com que o equipamento volte a ser utilizável.

A substituição da prótese será coberta apenas quando alterações anatômicas ou funcionais ou desgaste razoável torne o equipamento não-funcional e não-reparável. A cobertura inicial, reparo e / ou substituição de próteses devem ser pré-autorizados pela GBG.

A Seguradora permitirá duas próteses de mama para pacientes de câncer que fizeram mastectomia enquanto cobertas por esta Apólice. Sutiã pós-operatório também será uma despesa coberta.

Próteses especiais de alto desempenho para esportes ou melhoria do desempenho esportivo não serão cobertas por este benefício.

10.9 Repatriação de Restos Mortais

Na eventualidade de um Segurado falecer fora de seus País de Residência em função de uma condição coberta sob os termos desta Apólice, a Seguradora pagará as despesas de repatriação dos restos mortais ao País de Residência do Segurado ou os custos do enterro no local de falecimento.

A cobertura se limita aos serviços e materiais necessários para preparar o corpo e transportá-lo ao País de Residência do Segurado. Os preparativos devem ser coordenados em conjunto com a Seguradora. No caso de enterro no local de falecimento apenas a preparação do corpo e o enterro estarão cobertos.

10.10 Guerra e Terrorismo

Esta Apólice cobrirá lesão corporal direta ou indiretamente causada por certos atos de guerra e terrorismo.

Este benefício está sujeito a todas as exclusões, limitações e condições da Apólice, incluindo qualquer franquia ou co-pago aplicável. Não obstante qualquer disposição em contrário dentro desta Apólice, ou qualquer Anexo que lhe foi anexado, foi acordado que cobertura no âmbito desta Apólice será estendida para incluir lesão corporal direta ou indiretamente causada por, resultante de, ou em conexão com qualquer um dos seguintes:

1. Guerra, hostilidades ou operações bélicas (caso a guerra tenha sido ou não declarada),
2. Invasão,
3. Ato de um inimigo externo à nacionalidade do Segurado ou do país dentro, ou sobre, o qual o ato ocorre,
4. Guerra Civil,
5. Motim,

6. Rebelião,
7. Insurreição,
8. Revolução,
9. Derrubada de um governo legalmente constituído,
10. Comoção civil assumindo as proporções de, ou adicionando a, uma revolta,
11. Poder Militar ou usurpado,
12. Explosões de armas de guerra,
13. Assassinato ou ataque físico subsequentemente comprovado sem razão para dúvida que tenha sido um ato de agentes de um estado externo à nacionalidade da pessoa segurada, quer a guerra tenha sido ou não declarada a esse estado,
14. Atividade terrorista.

Consulte a Tabela de Benefícios para limites e benefícios máximos.

Exclusões de Guerra e Terrorismo: Benefícios não estarão disponíveis para o seguinte:

- Participação ativa do Segurado em qualquer, ou todos, os itens descritos acima;
- Quando as circunstâncias dos itens (1) até (14) descritos acima são o resultado da utilização de armas de destruição massiva Nucleares, Químicas ou Biológicas podendo estar estas distribuídas ou combinadas;
- Exclusão de guerra: Não obstante algo em contrário aqui, esta Apólice não cobre perda consequente de:
 - Guerra quer declarada ou não, entre qualquer um dos seguintes países, nomeadamente, China, França, Reino Unido, a Federação Russa e Estados Unidos da América, ou
 - Guerra na Europa, seja declarada ou não (salvo guerra civil e qualquer ação de execução por ou em nome das Nações Unidas), na qual qualquer dos países nomeados ou quaisquer forças armadas destes estão envolvidas.

10.11 Pagamento Adicional de Quantia Única em caso de Doença Crítica

Os seguintes diagnósticos/procedimentos se qualificam para este benefício:

- Câncer
- Cirurgia de Bypass da artéria coronária
- Ataque cardíaco
- Insuficiência renal
- Transplante de Órgão Vital
- Poli traumatismo
- Acidente Vascular Cerebral

Este benefício se torna efetivo apenas:

- Se a primeira ocorrência e o diagnóstico médico definitivo acontecerem mais de 90 dias depois após o início da Apólice.
- Se o Segurado tiver sobrevivido ao evento por pelo menos 30 dias.
- Se os diagnósticos citados acima não forem considerados pré-existentes.
- Até o término do Período de Apólice após o Segurado ter completado 60 anos de idade.

Consulte a seção 12 (Exclusões) para obter mais informações sobre as limitações e requisitos deste benefício.

10.12 Benefício ATMSafe

Se o Segurado for furtado dentro de 10 minutos após ter realizado um saque em caixa eletrônico e a quantia retirada for furtada e não recuperada em 48 horas a contar do ocorrido, a Companhia pagará o benefício no valor do montante subtraído indevidamente, não ultrapassando o valor do benefício máximo como descrito na Tabela de Benefícios. Este benefício é limitado a duas ocorrências por Período de Apólice.

11. BENEFÍCIOS DE MATERNIDADE

11.1 Período de Carência para Maternidade

Aplicam-se 10 meses de Período de Carência para qualquer serviço relacionado à maternidade, incluindo pré-natal, parto, pós-natal, qualquer condição incorrida relacionada à gravidez para a mãe ou para o recém-nascido.

Para que o benefício ampliado para gravidez normal ou cesárea seja pago sob esta Apólice, ambos os pais devem ter estar cobertos sob esta mesma Apólice e devem ter cumprido o Período de Carência de 10 meses para Maternidade.

11.2 Serviços Obstétricos

Os serviços são cobertos conforme estabelecido na Tabela de Benefícios e estão limitados a:

- Serviços hospitalares fornecidos em um Hospital ou centro de parto licenciados (incluindo anestesia, parto, cuidado pré-natal e pós-natal) para qualquer condição relacionada com a gravidez, incluindo, mas não limitado ao parto.
- Vitaminas pré-natais estão cobertas durante a gestação apenas, se prescritas por um médico;
- A Franquia será dispensada no Plano 3 (Franquia US\$2,000) apenas.
- Para gestações resultantes de tratamento de fertilidade / infertilidade ou outros procedimentos relacionados, somente o parto estará coberto. A cobertura do parto neste caso não qualifica a gestação como uma Gravidez Coberta. Para fins de adição nesta Apólice, bebês nascidos neste âmbito deverão submeter uma solicitação de seguro que passará por subscrição e a sua aceitação não é garantida.

Nota: Cobertura de maternidade para uma filha dependente segurada na Apólice dos pais terminará no próximo aniversário da Apólice quando a mesma atingir a idade de 18 anos e automaticamente poderá ser transferida para uma Apólice individual com as mesmas coberturas e Franquias.

11.3 Complicações de Maternidade e Perinatais

Complicações de maternidade e/ou complicações de nascimento do recém-nascido (não relacionadas a Condições Congênicas ou Hereditárias), tais como: e aborto espontâneo, prematuridade, baixo peso ao nascer, icterícia, hipoglicemia, dificuldade respiratória e trauma no nascimento serão cobertos como se segue:

- Este benefício se aplicará apenas para uma Gravidez Coberta.
- Este benefício não se aplica às complicações relacionadas com qualquer condição excluída ou não coberta por esta Apólice.
- Complicações causadas por uma condição que foi diagnosticada antes da gravidez, e/ou qualquer consequência desta condição, serão cobertas de acordo com as provisões gerais da Apólice e não sob o benefício de complicações de maternidade.
- Complicações que surgirem dentro do Período de Carência de 10 meses não serão cobertas.
- Este benefício se aplica a todas as dependentes elegíveis.

A Franquia não se aplica para este benefício somente nos planos 2 e 3.

11.4 Serviços de Cuidado ao Recém-Nascido

A cobertura para recém-nascido será fornecida como parte do limite máximo para maternidade apenas no caso de Gravidez Coberta. Encargos por serviços de berçário e serviços profissionais para o recém-nascido serão cobertos como parte do benefício total de maternidade e não estarão sujeitos a satisfação da Franquia do Período de Apólice.

11.5 Cobertura Provisória

Se nascido de uma Gravidez Coberta, cada recém-nascido estará automaticamente coberto para complicações do nascimento e para qualquer outra Doença ou lesão durante os primeiros 90 dias após o nascimento até o limite máximo do benefício listado na Página de Rosto da Apólice. A Franquia não se aplica para este benefício no Plano 3. No Plano 4 a Franquia se aplica para este benefício. Consulte os requisitos para a adição de um recém-nascido. O benefício não será pago caso a criança não seja adicionada à Apólice.

11.6 Anexo de Complicações na Maternidade e Perinatais

Disponível apenas para os planos 5 e 6 na data de solicitação do seguro ou na renovação.

Este anexo oferece uma cobertura opcional por vida da Apólice, por segurada elegível, para as complicações da gravidez, complicações do parto e complicações perinatais, não relacionadas a transtornos congênicos ou hereditários tais como: prematuridade, baixo peso ao nascer, icterícia, hipoglicemia, dificuldade respiratória e trauma no nascimento. Um Período de Carência de 10 meses é aplicável após a

Data de Efetividade do anexo. Uma vez emitido, o anexo será renovado junto com a Apólice, desde que o Prêmio adicional para o anexo seja pago. Este anexo opcional cobrirá apenas a segurada titular ou cônjuge, não se aplicando para filhas dependentes. A Franquia se aplica para este benefício.

11.7 Observações especiais relativas à Maternidade de Dependente

As seguintes condições relacionadas à gravidez, maternidade e parto aplicam-se aos filhos dependentes elegíveis e seus filhos:

- Na data de aniversário da Apólice, depois que um dependente completar 18 anos de idade, obrigatoriamente deverá obter cobertura para si e seu filho (a) sob a sua própria Apólice, caso deseje manter a cobertura para seu bebê.
- O (a) dependente deverá apresentar uma notificação por escrito, que será aprovada sem subscrição para o mesmo produto, com Franquia igual ou superior, e com as mesmas condições ou restrições em vigor sob a Apólice anterior.

Quando uma filha dependente com 18 anos ou mais tiver uma gravidez confirmada, caso deseje manter a cobertura para seu bebê, obrigatoriamente deverá:

- Apresentar uma notificação por escrito antes da data do parto, para ser elegível para cobertura de maternidade em sua Apólice individual.

Sua Apólice individual será aprovada sem subscrição para o mesmo produto com Franquia igual ou superior. Se não houver lacuna na cobertura, o Período de Carência de 10 meses será reduzido pelo tempo em que ela esteve coberta no âmbito da Apólice de seus pais.

12. EXCLUSÕES E LIMITAÇÕES

Todos os serviços e benefícios descritos abaixo serão excluídos da cobertura ou limitados ao âmbito desta Apólice de Seguro.

1. Solicitações de Reembolsos e custos por tratamento médicos ocorridos antes da Data de Efetividade da cobertura (incluindo Períodos de Carência) ou após a data de expiração da Apólice.
2. Serviços, materiais ou tratamento incluindo drogas e/ou serviços de emergência que sejam prestados por ou pagamentos estejam disponíveis para:
 - a. Lei de Compensação de Trabalhadores, lei de Doença Ocupacional ou lei semelhante relacionada com as condições de trabalho de qualquer país,
 - b. O Segurado, um membro familiar ou qualquer empresa de propriedade total ou parcial das pessoas anteriormente mencionadas,
 - c. Outra companhia de seguros ou governo,
 - d. Sob a direção de autoridades públicas relacionadas a epidemias.
3. Serviços, materiais ou tratamentos, incluindo medicamentos, que não sejam cientificamente ou medicamente reconhecidos para um diagnóstico específico, ou que sejam considerados como de uso inapropriado, experimentais ou não aprovados para uso geral e são considerados experimentais ou de investigação.
4. Quaisquer serviços, materiais, tratamentos incluindo drogas e/ou serviço aéreo de Emergência;
 - a. Não prescrito por um médico,
 - b. Não Medicamente Necessários,
 - c. Serviços médicos ou dentários realizados fora de uma instalação médica.
5. Consultas telefônicas, consultas perdidas ou despesas “de horas extras”.
6. Itens de conforto pessoal e conveniência incluindo, mas não limitado a televisão, serviços de limpeza, despesas de telefone, materiais para levar para casa, serviços de ambulância (além dos previstos pela Apólice), e todos outros serviços e materiais que não sejam Medicamente Necessários, incluindo despesas relacionadas com custos de viagem e hotel incorridos por cuidado médico ou dentário.
7. Exames de rotina, inoculações, consultas e testes necessários para propósitos administrativos (ex. determinar segurabilidade, exames físicos relacionados com emprego, escola ou esporte, viagem, etc.).
8. Vacinas, salvo como previsto no âmbito de cobertura de Cuidado Preventivo/Check up como listado na Tabela de Benefícios.
9. Certos tratamentos e medicamentos, tais como vitaminas, ervas, aspirina, e remédios para gripe. Qualquer medicamento que não seja reconhecido científica ou medicamente para um diagnóstico específico ou que seja usado fora de sua indicação clínica, experimental, ou não aceito para uso, não terá cobertura mesmo que exista uma recomendação/prescrição médica. Medicamentos,

- materiais ou dispositivos médicos que não exijam prescrição médica, mesmo se recomendados por um médico, incluindo, mas não limitado a: drogas contra o tabagismo, supressores do apetite, medicamentos ou drogas ou produtos para regeneração capilar, drogas antifoto-envelhecimento, produtos cosméticos e de beleza, drogas de combate a acne e rosácea (incluindo hormônios e retinol A) para fins cosméticos; megavitaminas, vitaminas (exceto as usadas no pré-natal como descrito na seção 11 “BENEFÍCIOS DE MATERNIDADE”), dispositivos ou suplementos, para aumentar o desempenho sexual, ervas ou drogas por qualquer razão.
10. Serviços e materiais relacionados com terapia visual, procedimentos de queratotomia radial, Lasik (cirurgia dos olhos para corrigir erro refrativo ou deficiências, incluindo miopia e presbiopia), a menos que especificado o contrário na Tabela de Benefícios desta Apólice.
 11. Curas por repouso, Cuidado Custodial, cuidador, assistência em Atividades de Vida Diária (ADL), terapia de grupo ou grupo de apoio e/ou observação; quer sejam receitados por um médico ou não. Qualquer Admissão em uma casa de repouso, centro de idosos, sanatório, spa, clínica de hidromassagem ou outras instalações semelhantes que não satisfaçam a definição de Hospital na Apólice. Qualquer Admissão, coordenada inteira ou parcialmente por motivos domésticos, onde o Hospital se torne efetivamente, ou se pode considerar como, a casa ou residência permanente do Segurado.
 12. Cirurgia cosmética, procedimentos, tratamentos, tecnologias, drogas, aparelhos, itens e materiais que não sejam tratamentos Medicamente Necessários de uma lesão acidental, Doença ou enfermidade coberta, e sejam prestados com o propósito de melhorar, alterar, aumentar ou embelezar a aparência, a não ser que sejam requeridos devido a tratamento de lesão, deformidade ou Doença que comprometa funcionalidade e que tenham ocorrido primeiramente enquanto o Segurado esteve coberto por esta Apólice. Isto também inclui qualquer tratamento cirúrgico para o nariz ou deformidade do septo nasal que não tenha sido produzido por trauma. Quaisquer complicações médicas direta ou indiretamente resultantes de um procedimento cosmético não autorizado. Cirurgia cosmética está definida como cirurgia ou terapia prestada para melhorar ou alterar a aparência por autoestima ou para tratar sintomatologia psicológica ou queixas psicológicas relacionadas com a aparência de uma pessoa.
 13. Distúrbios do sono e outros tratamentos relacionados com a síndrome das pernas inquietas.
 14. Exames e tratamento relacionados com o ronco.
 15. Tratamento relacionado com peso, quaisquer despesas, serviços ou tratamentos para a obesidade, consultas com nutricionista (relacionadas a qualquer diagnóstico, condição e/ou sintoma) controle de peso, ou qualquer forma de suplemento alimentar. Isto inclui despesas relacionadas com ou associadas ao tratamento da obesidade mórbida ou não-mórbida, incluindo, mas não limitado a, bypass gástrico, balões gástricos, grampeamento gástrico, bypass jejuno-ileal ou quaisquer outros procedimentos ou complicações decorrentes, a menos que especificado o contrário na Tabela de Benefícios desta Apólice.
 16. Quaisquer serviços, testes, tratamentos e/ou procedimentos de fertilidade/infertilidade de qualquer tipo, incluindo mas não limitado a: drogas de fertilidade/infertilidade, incluindo drogas para regular o ciclo/ovulação menstrual com propósitos de planejamento familiar, inseminação artificial, fertilização in-vitro, transferência intratubária de gametas (GIFT), transferência intratubária de zigotos (ZIFT), mãe de aluguel/solidária e todos os outros procedimento e serviços relacionados a fertilidade e infertilidade. Qualquer gravidez resultante de tais tratamentos, complicações dessa gravidez e cuidado pós-parto também serão excluídos. Esta exclusão não se aplicará se estiver explicitado o contrário na Tabela de Benefícios. O parto estará coberto até o máximo descrito na Tabela de Benefícios, porém esta não será considerada como Gravidez Coberta para outros benefícios.
 17. Aconselhamento, mapeamento, teste ou tratamento genético, a menos que especificado o contrário na Tabela de Benefícios desta Apólice.
 18. Abortos eletivos; qualquer interrupção voluntária da gravidez, a não ser que a vida da mãe esteja em perigo iminente.
 19. Condições relacionadas com questões de sexo ou gênero e doenças sexualmente transmissíveis. Qualquer despesa relacionada a mudança de sexo, disfunção sexual, incluindo, mas não limitado à impotência, inadequações, distúrbios relacionados ao papiloma vírus humano sexualmente transmissível (HPV) ou qualquer outra doença sexualmente transmissível. Câncer cervical estará coberto sob os benefícios de Tratamento Oncológico, a menos que seja pre-existente.
 20. Aulas de preparação para parto/maternidade.
 21. Circuncisões, a menos que Medicamente Necessária e previamente autorizada.
 22. Tratamento para alcoolismo, abuso de solventes, abuso de drogas ou condições de dependência de qualquer tipo, e tratamento de qualquer Doença direta ou indiretamente resultante do álcool, abuso de drogas ou dependência. Isto inclui, mas não está limitado ao tratamento de lesões causadas por, contribuintes a ou resultantes do uso de álcool, drogas ilegais, ou qualquer droga ou medicamento que não sejam tomados na dosagem ou com o propósito receitado pelo médico do Segurado.
 23. Tratamento de quaisquer condições como resultado de doenças ou lesões auto infligidas, suicídio ou tentativa de suicídio, enquanto são ou insano, ou serviços de ambulância de Emergência para o mesmo.

24. Lesões e/ou Doenças resultantes ou originadas de ou ocorrentes durante a prática ou perpetração de uma violação da lei por um Segurado.
25. Óculos, lentes de contato, óculos de sol.
26. Próteses e aparelhos corretivos que não são medicamente exigidos e intra-operatórios ou aparelhos equivalentes; exceto próteses ou Equipamento Médico Durável usado como parte integral do tratamento receitado pelo médico, satisfazendo as categorias cobertas de Equipamento Médico Durável ou próteses e pré-aprovado pela GBG. Próteses especiais de alto desempenho para esportes ou melhora do desempenho esportivo.
27. Equipamento Médico Durável não inclui: cadeiras de rodas ou camas motorizadas; rodas extras; itens de conforto tais como braços de telefone e mesas de cama; itens usados para alterar a qualidade do ar ou temperatura tais como ar condicionado, umidificadores, desumidificadores, e purificadores (limpadores de ar); materiais descartáveis; bicicletas ergométricas, lâmpadas solares ou de calor, almofadas de aquecimento, assentos sanitários, assentos de banheiras, sauna, elevadores, banheiras de hidromassagem, equipamento de exercício; e itens semelhantes ou o custo de instruções de como usar e cuidar de qualquer aparelho médico durável. A personalização de qualquer veículo, instalação de banheiro, ou instalação residencial também serão excluídas.
28. Podologia de rotina ou outro tratamento dos pés não resultante de uma Doença ou lesão. Pedicures, sapatos especiais e inserções de qualquer forma ou tipo ou outros aparelhos de apoio para os pés, tais como, mas não limitado a, suporte do arco e aparelhos ortopédicos ou quaisquer serviços e materiais preventivos. Quaisquer aparelhos resultando do diagnóstico de pés fracos, instáveis ou chatos, ou arcos caídos; ou lesões específicas dos pés, tais como calos, calosidades e hiperqueratose.
29. Hormônios de crescimento, exceto se Medicamento Necessário e pré-autorizado pela GBG. Isto inclui uso de estimulador de crescimento do osso, estimulação do crescimento ósseo ou tratamento relacionado com o hormônio de crescimento, independente da razão da prescrição.
30. Aparelhos Auditivos e Aparelhos Auditivos Ancorados no Osso.
31. Riscos excepcionais:
 - a. Tratamento como consequência de lesão sustentada enquanto participando de atividade ou esporte não coberto ou treinando para qualquer esporte ou atividade profissional;
 - b. Tratamento como consequência de lesão sustentada enquanto participando em, treinando para: guerra, hostilidades ou operações bélicas (seja a guerra declarada ou não); invasão; guerra civil; motim; rebelião; insurreição; revolução; derrubada de um governo legalmente constituído; comoção civil assumindo as proporções de, ou somando-se a, uma revolta; poder militar ou usurpado, explosões de arma de guerra; ato de um inimigo externo à nacionalidade de um indivíduo; atividade terrorista; utilização de armas nucleares, químicas ou biológicas; guerra quer declarada ou não, entre qualquer um dos seguintes países, nomeadamente, China, França, o Reino Unido, a Federação Russa e os Estados Unidos da América, ou Guerra na Europa, seja declarada ou não (salvo guerra civil e qualquer ação de execução por ou em nome das Nações Unidas), na qual qualquer dos países nomeados ou quaisquer forças armadas destes estão envolvidas;
 - c. Contaminação química;
 - d. Contaminação por radioatividade de qualquer material nuclear ou da combustão de combustível nuclear;
 - e. Tratamento por qualquer perda de natureza direta ou indiretamente, originando de, contribuída por, causada por, resultante de, ou em conexão com auto-exposição a perigo ou lesão corporal, exceto em um esforço para salvar uma vida humana.
32. Atendimento odontológico e ortodôntico que não resultante de lesão acidental.
33. Tratamentos, serviços ou suprimentos, para prognatismo, retrognatismo, micrognatismo, ou qualquer tipo de tratamento, serviços ou suprimentos para reposicionar a maxila (maxilar superior), mandíbula (maxilar inferior), ou ambas as maxila e mandíbula. Isto inclui tratamento para Desordens Temporomandibulares.
34. Quaisquer serviços recebidos por qualquer uma das partes ou em quaisquer países onde seja proibido pela lei dos EUA/ONU/UE.
35. Tratamentos e serviços relacionados a doenças infecciosas declaradas como surto, epidemia ou emergência pública pela Organização Mundial de Saúde (OMS), Centro de Controle e Prevenção de Doenças (CDC) ou quaisquer outros governos ou agência governamental ou órgão de decisão do país onde o surto ou epidemia ocorreu. Além disso, tal cobertura está excluída se houver sido emitido um comunicado de alerta oficial advertindo sobre viagens para a área, pelo Departamento de Estado, Embaixada, Companhia Aérea ou Agência do Governo, antes da viagem. Esta exclusão não se aplicará se a exposição for acidental ou desconhecida durante a viagem para ou desde áreas não declaradas como de risco ou se a exposição ocorrer como resultado da residência ou trabalho na área antes do surto.
36. **Exclusões do Benefício de Pagamento Adicional de Quantia Única em caso de Doença Crítica:**
Além das exclusões e limitações acima listadas, as seguintes exclusões também fazem parte do benefício de Doenças críticas:
 - a. Doenças Pré-existentes definidas como qualquer Doença ou lesão, condição física ou mental, para a qual o Segurado tenha recebido qualquer diagnóstico, aconselhamento médico, consulta ou tratamento ou tenha feito uso de qualquer medicamento

prescrito, ou quando sintomas distintos estavam evidentes a qualquer momento anterior à data do início da Apólice ou antes do final do Período de Carência.

- b. Ataque Isquêmico Transitório (AIT).
- c. Câncer limitado ao seguinte:
 - Carcinoma não invasivo in situ,
 - Todas as formas de linfoma na presença de qualquer Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV),
 - Sarcoma de Kaposi com presença de qualquer Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV),
 - Qualquer câncer de pele, exceto Melanoma Maligno Invasivo,
 - Tumores histologicamente descritos como pré-malignos, mostrando alteração maligna precoce ou que tenham potencial maligno,
 - Estágio 1 da Doença de Hodgkin.

13. COMO APRESENTAR UMA SOLICITAÇÃO DE REEMBOLSO

Formulários para solicitação de reembolso podem ser baixados na página latam.gbg.com. A Companhia deverá receber os formulários completos dentro de **180 dias** após a data de serviço do tratamento realizado para serem considerados elegíveis como despesas cobertas. O formulário de pedido de reembolso deverá ser usado apenas quando um Provedor não faturar diretamente a Companhia, e quando o Segurado possui despesas correntes de responsabilidade própria (out-of-pocket) para submeter a reembolso.

13.1 Envie o Formulário de Solicitação de Reembolso e os documentos para:

Global Benefits Group
7600 Corporate Center Drive, Suite 500 | Miami, FL 33126 USA

Envie Solicitações de Reembolso Digitalizadas ou Online:

- Solicitações de reembolso digitalizadas a: eclaims360@gbg.com
- Solicitações de reembolso online: latam.gbg.com

13.2 ATMSafe Claims

Este benefício será pago desde que o roubo/furto tenha sido relatado à polícia dentro de 48 horas de sua ocorrência e a seguinte documentação seja enviada junto a apresentação de um pedido de reembolso:

1. Uma cópia do boletim de ocorrência policial;
2. Um formulário completo de solicitação de reembolso datado e assinado pelo Segurado;
3. Uma cópia do recibo do caixa eletrônico, onde constem o valor sacado, a data, hora e localização do caixa eletrônico, e
4. Confirmação por relatório da instituição financeira que a transação ocorreu na hora, data e local relatado.

Todos as solicitações devem ser submetidas à Seguradora dentro de 10 dias da data do Roubo/Furto.

13.3 Situação do Reembolso

Segurados que desejam saber a situação de um pedido de reembolso ou tenham perguntas sobre um reembolso recebido, devem contatar a Companhia. Questionamentos sobre a situação de reembolsos anteriores devem ser recebidos dentro de 12 meses da data do serviço para serem considerados para revisão. Informação de pagamento de Reembolso e status de pagamentos (EOB) estarão disponíveis eletronicamente para sua revisão.

13.4 Procedimento para reclamações

Às vezes você pode ter uma preocupação que gostaria de nos contar ou discordar de uma decisão tomada em relação à sua cobertura. Você pode fazer uma queixa ou apresentar um recurso para obter ajuda para a sua situação. Para que uma queixa possa ser analisada, é preciso seguir os procedimentos abaixo.

13.4.1 Quem contatar?

Os elementos mais importantes para conseguir que sua queixa seja analisada da maneira mais rápida e eficiente são:

- Garantir que você está falando com a pessoa certa; e
- Que você está fornecendo as informações necessárias.

13.4.2 Quando você entrar em contato conosco

Favor fornecer as seguintes informações:

- Seu nome, número de telefone e endereço de e-mail;
- O número da sua apólice e/ou sinistro e o plano de benefícios (médico, de viagem, de invalidez) para o qual você está segurado; e
- Favor explicar resumidamente e de forma clara o motivo da sua reclamação.

13.4.3 Primeiro passo: Como fazer uma reclamação

Se a sua reclamação estiver relacionada a:

1. Venda da apólice que você comprou ou qualquer informação que lhe tenha sido fornecida durante o processo de venda:

- a. Se você comprou a apólice utilizando um corretor ou outro intermediário, favor contatar essas pessoas primeiro.
- b. Se você comprou a apólice diretamente da GBG, seja de um representante local, usando o site ou através de um plano de benefícios em grupo, entre em contato conosco diretamente:

Número para chamada gratuita

+1.866.914.5333
(nos EUA e Canadá)

Telefone

+1.786.814.4125
(nos EUA e Canadá)

E-mail

complaints@gbg.com

- c. Você também pode fazer sua reclamação utilizando o nosso Formulário de Reclamação, que pode ser acessado no nosso website, na página de Formulários: www.gbg.com/#!/oursolutions/forms.

2. Uma reclamação relacionada a benefícios, aos termos e condições da apólice, ou outras informações relacionadas a benefícios:

- a. As reclamações relacionadas a uma recusa de um pagamento de sinistro devem ser feitas o mais rápido possível. Revisaremos as informações e daremos uma resposta dentro de quatro semanas ou solicitaremos mais tempo, se necessário.
- b. Reclamações relacionadas a sinistros e benefícios devem ser encaminhadas ao nosso Departamento de Reclamações:

Número para chamada gratuita

+1.877.916.7920
(nos EUA e Canadá)

Telefone

+1.949.916.7941
(nos EUA e Canadá)

E-mail

customerservice@gbg.com

- c. Você também pode apresentar a sua queixa utilizando o nosso Formulário de Recurso, que pode ser acessado no nosso website, na página de Formulários: www.gbg.com/#!/oursolutions/forms. A GBG Insurance Limited é licenciada e regulada pela Comissão de Serviços Financeiros de Guernsey nos termos da Lei relativa a seguros (Bailiado de Guernsey), de 2002. Nosso objetivo é sempre resolver a sua reclamação e fornecer uma resposta final dentro de quatro semanas, mas se nos parecer que vai demorar mais do que isso, nós o informaremos o motivo da demora e o manteremos regularmente informado sobre o nosso progresso.

13.4.4 Segundo passo: Além da sua seguradora

Se não conseguirmos resolver completamente sua reclamação dentro de três meses após você nos contatar, ou se você não estiver satisfeito com a nossa resposta final, poderá encaminhar sua reclamação para a CIFO (Channel Island Financial Ombudsman – Provedoria de Justiça das Ilhas do Canal).

Você deve entrar em contato com a CIFO sobre a sua reclamação dentro de seis meses a partir da data de nossa resposta final à sua reclamação ou a CIFO poderá não ser capaz de analisar sua reclamação. Você também deve entrar em contato com a CIFO dentro de seis anos após o evento relacionado à reclamação ou (se mais tarde) dois anos após o momento em que você poderia razoavelmente ter tido conhecimento de que tinha um motivo para reclamar.

Você pode contatar a CIFO das seguintes maneiras:

Endereço

Defensor del Usuario del
Sector Financiero de las Islas
Anglonormandas
PO Box 114
Jersey, Channel Islands
JE4 9QG

E-mail

complaints@ci-fo.org

Website

www.ci-fo.org

**Número de Telefone local em
Guernsey**

+44 (0)1481 722218

Telefone internacional

+44 1534 748610

14. COMO CONTATAR A GBG

A GBG deve ser contatada para os seguintes serviços:

- Todos os serviços que requerem Pré-Autorização,
- Serviços de Emergência / Remoção Médica,
- Localização de Provedores preferenciais.

A GBG instruirá o Segurado com relação às instalações adequadas e avaliará a necessidade médica do tratamento recomendado. A intenção deste processo não é de substituir o julgamento do médico responsável, já que a decisão final de tratamento depende do paciente. Independente das decisões tomadas pelo paciente, a cobertura no âmbito desta Apólice estará sujeita à todas as limitações e exclusões mencionadas, bem como a consideração da necessidade médica do tratamento proposto e a gestão eficaz dos custos do cuidado de saúde. O tratamento será aprovado e monitorado pela GBG, que será o único determinante da natureza e âmbito do tratamento.

Para Assistência Médica de Emergência/ Pré-autorizações/ Verificação de Benefícios, contate:

- Ligação a cobrar de todo o mundo: +1. 305.697.1778
- Email: preauthorizations@gbg.com
- México número local: 55-1454-2772
- Venezuela número local: 212.720.7411
- Colômbia número local: 1.508.5170
- Brasil número local: 11.4380.3493

15. AVISO DE PRÁTICAS DE PRIVACIDADE

Este aviso descreve as maneiras pelas quais suas informações pessoais podem ser utilizadas e divulgadas e como você pode obter acesso a essas informações. Leia cuidadosamente.

A confidencialidade das suas informações pessoais é de extrema importância para nós. Mantemos registros dos serviços que cobrimos (sinistros) e mantemos também informações sobre você que utilizamos para processar as inscrições. Usamos esses registros para administrar os benefícios da sua apólice e sua cobertura; podemos também utilizá-los para garantir que os serviços que prestamos a você tenham a qualidade apropriada, para melhorar a qualidade geral dos nossos serviços e para cumprir nossas obrigações legais. Nós consideramos essas informações e os registros que mantemos como sendo informações pessoais protegidas. Somos obrigados por lei a manter a privacidade das informações pessoais e a fornecer a nossos segurados um aviso sobre as nossas obrigações legais e práticas de privacidade com respeito às informações pessoais. Este aviso descreve como podemos utilizar e divulgar suas informações pessoais. Descreve também seus direitos e nossas obrigações legais com respeito às suas informações pessoais.

Como podemos utilizar ou divulgar suas informações pessoais

Coletamos e processamos suas informações pessoais conforme necessário para executar sua apólice de seguro ou cumprir nossas obrigações legais, ou para de outro modo atender nossos interesses legítimos na administração dos nossos negócios e para prestar nossos serviços e oferecer nossos produtos. Essas atividades poderão incluir:

- Utilização de informações sensíveis sobre sua saúde ou vulnerabilidade, ou de outras pessoas envolvidas nas suas garantias de assistência, a fim de prestar os serviços descritos na sua apólice de seguro;
- Divulgação de informações pessoais sobre você e sua cobertura de seguro para empresas como o grupo GBG de empresas (sujeito à legislação local de cada jurisdição aplicável), para nossos provedores de serviço e agentes para gerenciar a sua cobertura de seguro, para prevenção de fraudes, para coletar pagamentos e de qualquer outra maneira exigida ou permitida pela legislação aplicável;
- Monitoramento e/ou gravação das suas chamadas telefônicas relacionadas à cobertura para efeitos de manutenção de registros, treinamento e controle de qualidade;
- Estudos técnicos para analisar sinistros e prêmios, adaptar preços, apoiar processos de subscrição e consolidar relatórios financeiros (inclusive regulamentares); análises detalhadas de sinistros/chamadas para monitorar melhor os provedores e as operações; análises de satisfação de clientes e criação de segmentos de clientes para melhor adaptar os produtos às necessidades do mercado;
- Obtenção e armazenamento de todas as provas relevantes e apropriadas para seu sinistro, para prestar os serviços da sua apólice de seguro e validar suas reclamações; e
- Envio de pedidos de feedback ou pesquisas relacionadas aos nossos serviços, e outras comunicações de atendimento ao cliente.

Essas atividades são realizadas no Reino Unido e no Espaço Econômico Europeu (European Economic Area – EEA) e fora do EEA nos países para os quais a Comissão Europeia ainda não definiu um nível adequado de proteção de dados. No entanto, tomamos medidas apropriadas para garantir que os seus dados pessoais permaneçam protegidos de acordo com as leis de proteção de dados aplicáveis, inclusive a execução das cláusulas contratuais padrão da União Europeia para a transferência de dados pessoais. Mais detalhes sobre as precauções de segurança apropriadas que foram tomadas estão disponíveis a pedido, e mais informações estão disponíveis na política de privacidade do website em <http://www.gbg.com/#!/AboutGBG/PrivacyPolicy>

De acordo com as leis de proteção de dados aplicáveis, você tem direito, mediante solicitação, a uma cópia das suas informações pessoais que mantemos, e tem direito também a solicitar a exclusão ou correção dos dados pessoais, ou mesmo restrição do seu processamento, ou de se opor a ele, além do direito à portabilidade dos dados (conforme definido na nossa política de privacidade no website em <https://www.gbg.com/#!/AboutGBG/PrivacyPolicy>). Pedimos que você nos informe caso considere que mantemos informações sobre você que estejam incorretas, para que possamos corrigi-las.

Se você tiver alguma dúvida sobre este Aviso de Práticas de Privacidade ou a utilização que fazemos das suas informações, entre em contato com o Departamento de Proteção de Dados.

GBG Insurance Limited

Funcionario de Protección de Datos
Fourth Floor, Albert House
South Esplanade, St Peter Port - Guernsey, GY1 1AW
E-mail: dataprotection@gbg.com

16. DEFINIÇÕES

Certas palavras ou frases usadas nesta Apólice estão definidas abaixo. Outras palavras e frases poderão ser definidas quando forem usadas.

Acidente: qualquer evento súbito e imprevisto ocorrendo durante o Período de Apólice, resultando em lesão corporal, por causa diretamente externa e involuntária ao próprio corpo da vítima e correndo fora do controle da vítima.

Acidente grave: um Acidente que requer hospitalização imediata por pelo menos 24 horas. A necessidade médica será avaliada pela Companhia.

Acidente Vascular Cerebral (AVC): um acidente vascular cerebral que resulta em danos neurológicos permanentes. Os ataques isquêmicos transitórios estão especificamente excluídos.

Aconselhamento de Luto: aconselhamento a um familiar de um Segurado, em estado terminal ou falecido, por um psiquiatra ou psicólogo.

Admissão: período desde que o Segurado entra em um Hospital, Instalação de Cuidado Prolongado ou outra instalação de cuidado de saúde aprovada como internação até o recebimento de alta hospitalar.

Agência De Cuidado de Saúde Domiciliar/ Home Care: uma agência ou organização, ou subdivisão que seu objetivo primário seja fornecer serviços de enfermagem especializados e outros serviços terapêuticos na casa do Segurado.

Ambulância Aérea: veículo de transporte aéreo especialmente equipado com pessoal médico necessário, materiais e equipamento hospitalar.

Ambulatorial: refere-se àqueles serviços e/ou procedimentos médicos (cirúrgicos ou não) realizados por um período menor do que 24 horas em um ambiente hospitalar ou não.

Apólice: documento emitido pela Seguradora que garante ao Segurado e à Seguradora o cumprimento do acordo estabelecido através de normas contratuais.

Ataque Cardíaco: a morte de uma porção do músculo cardíaco como resultado do suprimento inadequado de sangue como evidenciado por episódio de dor no peito; novas alterações eletrocardiográficas e elevação de enzimas cardíacas.

Atividades da Vida Diária (ADL): são aquelas atividades normalmente associadas com o cuidado pessoal fundamental do dia-a-dia, incluindo, mas não limitado a: andar, fazer a higiene pessoal, dormir, uso do toalete / continência, vestir-se, cozinhar/ alimentar-se, administrar medicação e transferência (ir para e sair da cama).

ATM: caixa eletrônico.

Câncer: tumor maligno caracterizado pelo crescimento descontrolado e disseminação de células malignas e invasão de tecido.

Cirurgia de Bypass da Artéria Coronária: a cirurgia de coração aberto sob o conselho de um consultor ou cardiologista especialista para corrigir o estreitamento ou bloqueio de uma ou mais artérias coronárias com enxertos bypass, mas excluindo técnicas não-cirúrgicas como angioplastia com balão, laser ou quaisquer outros procedimentos.

Cirurgia Profilática: cirurgia para remoção de um órgão ou glândula que não apresente sinais de câncer, na tentativa de prevenir o desenvolvimento do câncer desse órgão ou glândula dentro das condições predefinidas e aprovadas pela Companhia.

Classe: os Segurados de todas as Apólices do mesmo tipo, incluindo, mas não limitado a benefícios, Franquias, faixa etária, país, produto, plano, grupos por ano, ou uma combinação de quaisquer destes.

Complicações de Maternidade e Perinatais significam condições que:

- São causadas pela gravidez; e
- Requerem tratamento médico antes ou posteriormente ao término da gravidez; e
- O diagnóstico/complicações para o qual são específicos da gravidez; e
- Causam complicações no recém-nascido não relacionadas a Condições Congênicas ou Hereditárias.

Condição Congênita: qualquer condição transtornos ou doenças inatas, que existam antes do parto, independentemente de sua causa, quer tenham ou não se manifestado ou sido diagnosticadas no parto ou anos após.

Condição Hereditária: qualquer condição que é transmitida geneticamente de pais a filhos ou de ascendentes a descendentes.

Condição Pré-Existente: qualquer doença, lesão, condição física ou mental e quaisquer consequências destas, para a qual o Segurado recebeu um diagnóstico, aconselhamento médico, tratamento, medicamento ou onde sintomas distintos estiveram evidentes antes da Data de Efetividade da Apólice.

Cuidado Custodial: serviços prestados que incluem, mas não estão limitados à assistência pessoal, a qual não requer capacitação profissional, por exemplo: limpar, alimentar e vestir um indivíduo, entre outros.

Cuidado Domiciliar significa um programa:

- a. para o cuidado e tratamento de um Segurado em sua casa;
- b. estabelecido e aprovado por escrito pelo médico responsável; e
- c. certificado, pelo médico responsável, como requerido para o tratamento adequado de uma lesão ou Doença, em lugar de tratamento por internação em um Hospital ou em uma Instalação de Cuidado Prolongado.

Cuidados Paliativos: tratamento prestado à pacientes que sofrem de doenças avançadas, progressivas e incuráveis e que possuam um prognóstico de menos de 240 dias de vida e tal tratamento tenha como objetivo primário o alívio do sofrimento e melhora da qualidade de vida.

Cuidados Preventivos/Check up: exames e consultas sem a presença de sintomas e/ou diagnósticos.

Data de Efetividade: data em que a cobertura de um Segurado se torna efetiva sob esta Apólice.

Doença: condição anormal do corpo, manifestada por sinais, sintomas ou resultados anormais de exames médicos que identifiquem a condição como diferente do estado normal do corpo e pode ser causada por fatores internos ou externos.

Enfermagem Particular: Cuidados de enfermagem qualificados prestados em um Hospital por um enfermeiro licenciado. Deve ser Medicamento Necessário para os membros que precisem de cuidados qualificados individuais e contínuos quando solicitados pelo médico assistente do segurado como parte de um plano de tratamento para uma condição coberta. Exclui cuidados de custódia.

Emergência: lesão ou Doença que é grave, com início súbito de sintomas, que representa um risco imediato para a vida ou integridade física de um Segurado e que requer cuidados médicos nas 24 horas que se seguem da manifestação de tais sintomas.

Equipamento Médico Durável: equipamentos normalmente e geralmente úteis que auxiliam um Segurado apenas durante o curso de uma Doença ou lesão.

Esportes Profissionais: atividades nas quais os participantes recebem remuneração pela participação.

Estável: qualquer condição médica ou condição relacionada, independentemente de haver ou não um diagnóstico, e que nos 180 dias anteriores a Data de Efetividade, não tiver ocorrido;

- Um novo tratamento ou mudança de tratamento; gerenciamento médico; medicação e
- Novos, mais frequentes ou mais graves sintomas ou sido encontrado novos sintomas ou alterações, e
- Novos resultados de exames ou resultados mostrando uma piora da condição, e
- Nenhuma investigação iniciada ou recomendada para seus sintomas, e
- Uma Hospitalização ou encaminhamento para um especialista.

Experimental e/ou de Investigação: qualquer tratamento, procedimento, tecnologia, instalação, droga, uso de drogas, aparelho, ou materiais não reconhecidos como prática médica aprovada nos Estados Unidos, pelo FDA (Food and Drug Administration) ou pela Seguradora.

Franquia: quantidade de custos permitidos cobertos pagáveis pelo Segurado durante cada Período Apólice antes que os benefícios da Apólice sejam pagos.

Furto: tomada de dinheiro retirado de qualquer Multibanco com distribuição automática a qualquer cliente, ATM, cartão de crédito ou de débito por infligir ou ameaçar danos físicos ou iminente de lesão corporal ao cliente ou colocando qualquer de seus clientes com receio iminente de danos físicos ou lesão corporal no momento da retirada de fundos a partir de qualquer máquina de distribuição de caixa automatizado, desde que o furto/roubo não seja cometido por um funcionário ou empregado do Segurado.

Gravidez coberta é toda aquela que:

- cuja a data do parto for pelos menos 10 meses depois da data de efetividade da cobertura para a mãe segurada, e
- a concepção não tiver ocorrido devido tratamento de fertilidade/infertilidade ou procedimento médico assistido, e
- a cobertura de Maternidade esteja incluída nesta apólice, e
- a Segurada preencha os critérios de elegibilidade para serviços relacionados à maternidade

Hospital: é uma instituição legalmente licenciada para a prestação de serviços clínicos e cirúrgicos sob a supervisão de profissionais médicos. O termo Hospital não inclui casas de enfermagem, casa de repouso, estâncias de saúde, lares de idosos, enfermarias ou estabelecimentos para cuidado domiciliar.

Instalação de Cuidado Prolongado: centro de enfermagem e/ou reabilitação aprovado pela Seguradora que presta serviços especializados e de reabilitação a pacientes que obtiveram alta hospitalar ou são admitidos em lugar de uma estadia no Hospital. O termo de Instalação de Cuidado Prolongado não inclui lares de idosos, casa de repouso, estâncias de saúde, enfermarias ou estabelecimentos para cuidados domiciliares.

Insuficiência Renal: insuficiência renal terminal que se apresenta como insuficiência crônica irreversível do funcionamento de ambos os rins, como resultado do qual inicia-se diálise renal regular ou transplante renal.

Internação Hospitalar: Admissão Medicamente Necessária em um Hospital aprovado ou outra instalação de cuidado de saúde por no mínimo 24 horas.

Limites da Apólice: são os pagamentos máximos por benefício que podem ser por Período de Apólice, Vitalício ou por evento e sempre estarão sujeitos ao UCR. Os limites da Apólice podem ser observados na Tabela de Benefícios.

Máximo Vitalício: quantia máxima que a Seguradora pagará por um benefício durante o período de vida do Segurado ou da Apólice.

Medicamento Necessário: tratamento, serviço ou suprimento médico, determinado como necessário e apropriado para o diagnóstico e/ou o tratamento de uma Doença ou lesão aprovado pela Seguradora. Um tratamento, serviço ou suprimento não será considerado Medicamento Necessário se:

- for apenas uma conveniência ao Segurado, a família do segurado ou ao prestador de serviço; ou
- não seja apropriado para o diagnóstico ou tratamento do segurado; ou
- exceda o nível de cuidado necessário para permitir o diagnóstico e o tratamento adequado, ou
- esteja fora do padrão da prática, como estabelecido pelos conselhos profissionais de cada disciplina (medicina, fisioterapia, enfermagem, etc.)

A Companhia reserva-se o direito de determinar a necessidade médica de um tratamento planejado.

Medicamentos Prescritos: são drogas receitadas por um médico, e que não estariam disponíveis sem tal prescrição.

Organização de Provedores Preferenciais (PPO): um Provedor participante, tal como um Hospital, clínica ou Médico que possua um acordo para prestar serviços de saúde dos Segurados pela Seguradora. A Companhia também mantém uma rede de Provedores médicos e instalações com as quais coordena procedimentos de faturação direta.

Órgão Vital: a realização de um transplante como o receptor de um coração, fígado, pulmão, pâncreas ou medula óssea.

Out-of-pocket: despesas correntes que são de responsabilidade do Segurado.

Página de Rosto: é o certificado de cobertura da Apólice, que inclui informações sobre Segurados, Franquia, Prêmio, exclusões ou restrições adicionais, produto e cobertura.

Período de Apólice: é o período de 365 dias a contar a partir da Data de Efetividade da Apólice.

Período de Carência: é o período a partir da Data de Efetividade do Segurado, durante a qual benefícios serão limitados ou nenhum benefício estará disponível.

Politrauma: associação de múltiplas lesões traumáticas graves a diferentes órgãos e tecidos causados pelo mesmo Acidente e que podem ser fatais.

Pré-Autorização: é o processo pelo qual o Segurado recebe aprovação por escrito da GBG para certos procedimentos ou tratamentos médicos, antes de iniciar o tratamento médico proposto.

Prêmio (s): valor devido pelo Titular da Apólice à Seguradora para ter acesso aos benefícios elegíveis nesta Apólice.

Provedor: organização ou pessoa que presta ou fornece tratamento, serviços, materiais ou medicamentos.

Reabilitação: serviços terapêuticos dentro de um período de tempo predeterminado, recomendado para recuperar/melhorar uma função que foi perdida/afetada por uma condição médica ou acidente coberto.

Tabela de Benefícios: é um sumário de descrição dos benefícios disponíveis, níveis de pagamento e benefícios máximos fornecidos sob esta Apólice. A Tabela de Benefícios está incluída em e é parte deste contrato.

Terapia Complementar: são tratamentos prestados por um profissional de saúde, prescritos pelo médico responsável, para a complementação de um tratamento médico.

Titular da Apólice: a pessoa que solicitou cobertura e está nomeado como Titular da Apólice na Página de Rosto desta Apólice.

Usual, Costumeiro e Razoável significa o menor de:

- a. custo usual do Provedor por fornecer o tratamento, serviço ou material; ou
- b. valor determinado pela Seguradora como tarifa geral cobrada por outros que prestem ou forneçam tais tratamentos, serviços ou materiais a pessoas: (1) que residam no mesmo país; e (2) cuja lesão ou Doença seja comparável em natureza e severidade.

O custo Costumeiro e Razoável para o tratamento, serviço ou material que não é usual, ou não constantemente fornecido na área, ou que é fornecido por apenas um pequeno número de Provedores na área, serão determinados pela Seguradora. A Seguradora considerará tais fatores como:

1. Complexidade;
2. Grau de especialidade necessário;
3. Tipo de especialista requerido;
4. Gama de serviços ou materiais fornecidos pela instalação; e
5. Valores predominantes em outras áreas.

O termo “área” significa a cidade, o município, país ou qualquer área maior, que seja necessária para obter uma amostra representativa de instituições semelhantes ou tratamento semelhante.

Utilização de Medidas de Revisão: a Companhia reserva-se o direito de determinar a necessidade médica de um tratamento planejado de acordo com os protocolos médicos aprovados para cada condição.

17. ADENDOS

<p>Para Apólices com data efetiva de ou após 1º de fevereiro de 2017: Bebês nascidos a partir de 1º de fevereiro de 2017 e que sejam incluídos na apólice a partir da data de nascimento e sem passar por subscrição</p>	<p>Cobertura gratuita até a renovação seguinte a seu aniversário de 5 anos. A partir de então, o dependente pagará a tarifa correspondente.</p>
<p>Para Apólices que possuam data efetiva anterior a 1º de fevereiro de 2017: Bebês nascidos após a renovação da apólice ocorrida em ou após de 1º de fevereiro de 2017 e que sejam incluídos a partir da data de nascimento e sem passar por subscrição</p>	<p>Cobertura gratuita até a renovação seguinte a seu aniversário de 5 anos. A partir de então, o dependente pagará a tarifa correspondente.</p>
CUIDADOS PREVENTIVOS/CHECK UP	
<p>Crianças de 6 meses até 18 anos de idade</p>	<p>100% UCR; máximo \$600 por pessoa, por Período de Apólice</p>
<p>Crianças com 18 anos ou mais e adultos</p>	<p>100% UCR, máximo \$600 por pessoa, por Período de Apólice ou Check Up Executivo nos locais autorizados pela GBG. Consulte sua Equipe GBG Elite para uma lista atualizada de provedores onde este benefício está disponível.</p>

Global Benefitis Group oferece experiência mundial, produtos e serviços irrestritos por região geográfica.

Qualquer País.
Qualquer Nacionalidade.



GBG Latin America
7600 Corporate Center Drive, Suite 500
Miami, FL 33126 USA