

Esta tradução em Português é somente para a conveniência de nosso cliente. Todos os pedidos de adjudicação baseiam-se exclusivamente no texto em Inglês”.



## PROVISÕES E REQUISITOS DE PRE-QUALIFICAÇÃO

A pré-qualificação é uma determinação geral de Elegibilidade Médica somente, e todas as determinações são feitas pela Azimuth (agindo através de agentes e representantes autorizados) dependente e baseada na plenitude e acuidade das informações fornecidas pelo Membro Participante e/ou seus familiares, guardiães e/ou prestadores de serviços no momento da Pré-qualificação. A Azimuth se reserva o direito de contestar, litigar e/ou revogar deliberação prévia de Necessidade Médica baseada em informações subseqüentes obtidas. A pré-qualificação não é garantia, autorização ou verificação de cobertura, verificação de benefícios, ou garantia de pagamento. O fato de o Tratamento ou suprimentos serem Pré-qualificados pela Azimuth não assegura pagamento de benefícios ou o valor ou elegibilidade de benefícios. A consideração e determinação de requisição de Pré-qualificação pela Azimuth, bem como qualquer revisão ou adjudicação de todas as reivindicações médicas relacionadas apresentadas devem estar sujeitas a todos os Termos e Condições desta Apólice Geral, incluindo exclusões por Condições Pré-existentes e outras exclusões definidas, limitações de benefícios, e a exigência de que os pedidos sejam Normais, Razoáveis e Habituais.

Ainda, qualquer consideração ou determinação de uma solicitação de Pré-qualificação não pode ser considerada como aprovação, autorização ou ratificação de, recomendação ou consentimento para um diagnóstico ou curso de tratamento proposto por parte da Azimuth. Nem a Azimuth (nem ninguém agindo em seu nome) tem autoridade ou obrigação de selecionar Médicos, Hospitais, ou qualquer outro prestador de serviço para um Membro Participante, ou tomar qualquer decisão relacionada a diagnóstico ou escolha de tratamento em nome do Membro Participante, e tais decisões devem ser tomadas exclusivamente pelo Membro Participante e/ou membros da família ou guardiães, Médicos dando atendimento e outros prestadores de serviços. Se o Membro Participante e seu prestador de serviços atenderem aos requisitos da Pré-qualificação desta Apólice Geral, e o Tratamento ou suprimentos forem pré-qualificados como Necessários em termos médicos, a Azimuth reembolsará o Membro Participante pelas Despesas Médicas Elegíveis incorridas em relação ao mesmo, sujeitas a todos os Termos do seguro, incluindo a Franquia e o Cosseguro. A elegibilidade para benefícios e seu pagamento estão sujeitos a todos os Termos deste seguro.

### REQUISITOS ESPECÍFICOS:

Os seguintes Tratamentos e/ou suprimentos devem sempre ser Pré-qualificados para Necessidade Médica pela Azimuth:

1. Tratamento de paciente internado por qualquer razão; e
2. Qualquer cirurgia ou procedimento cirúrgico; e
3. Cuidado em um Centro de Extensão de Tratamento; e
4. Assistência domiciliar; e
5. Equipamento médico durável; e
6. Membros artificiais; e
7. Todos os tratamentos de transplante cobertos; e
8. Exames de diagnóstico tais como Ressonância Magnética, Tomografia Computadorizada, Tomografia por Emissão de Pósitrons, e Ultrassom.

## REQUISITOS GERAIS:

Para cumprir com os requisitos da Pré-qualificação deste seguro para Tratamento e serviços listados na Seção acima, o Membro Participante ou seu médico deve:

1. Contatar a Azimuth através dos números de telefone impressos no cartão de identidade conforme abaixo:

Nos EUA: 1-888-201-8850

Fora dos EUA: 1-317-644-6291 (a cobrar se necessário)

E-mail: [service@azimuthrisk.com](mailto:service@azimuthrisk.com)

Website: [www.azimuthrisk.com](http://www.azimuthrisk.com) e

1. O mais rapidamente possível, antes do Tratamento ser obtido; e
2. Para Pré-qualificação de transplante, contate a Azimuth assim que possível, porém nas setenta e duas horas que você se tornará um candidato para Cobertura de Transplante; e
3. Siga as instruções da Azimuth e envie todas as informações e documentos exigidos pela Azimuth; e
4. Notifique todos os Médicos, Hospitais e outros prestadores de serviços de saúde que esse seguro possui exigência de pré-qualificação e peça a eles que cooperem com a Azimuth.



## Formulário de Reivindicações

Favor preencher Partes 1,2,3,4, e 5, se aplicáveis.

Envie todos os formulários de reivindicação e todas as **contas originais detalhadas** de serviços e suprimentos para:

**Azimuth Risk Solutions, LLC**  
**Attn: Claims Dept.**  
**P.O. Box 627**  
**Indianapolis, IN 46206**

**Website:** [www.azimuthrisk.com](http://www.azimuthrisk.com)  
**E-mail:** [service@azimuthrisk.com](mailto:service@azimuthrisk.com)  
**Fone:** 317-644-6291/888-201-8850  
**Fax:** 317-423-9620/888-201-8851

Para outras dúvidas ou preocupações favor entrar em contato via email, fax ou telefone.

<b>Parte 1</b> Por favor complete o formulário abaixo. Todas as comunicações relacionadas a essa reivindicação serão enviadas para o endereço abaixo. Esta reivindicação está relacionada a (favor marcar um): <input type="checkbox"/> <b>Ferimento causado por acidente</b> <input type="checkbox"/> <b>Acidente Dental</b> <input type="checkbox"/> <b>Doença/Ferimento</b>			
<b>Reclamante/Nome Paciente:</b>		<b>Nome do Titular da Apólice:</b>	
<b>Data de Nascimento: M/D/A</b>	<input type="checkbox"/> Masc. <input type="checkbox"/> Fem.	<b>Data de Nascimento: M/D/A</b>	<input type="checkbox"/> Masc. <input type="checkbox"/> Fem.
<b>Endereço Completo para correspondência:</b>		<b>Cidade, Estado:</b>	<b>País:</b>
			<b>Código Postal:</b>
<b>Email:</b>	<b>Telefone:</b>	<b>Telefone Trabalho:</b>	
<b>País(es) de Destino:</b>			
<b>Numero de Identificação:</b>	<b>Cidadania do Reclamante:</b>	<b>País de Origem:</b>	
<b>Estudante tempo integral:</b> <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não			
Se sim, favor fornecer o nome e endereço da escola:			
<b>Esta reivindicação é continuação?</b> Favor marcar: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Se sim, favor fornecer datas originais da reivindicação original enviada:			

<b>Parte 2</b> Se há cobertura por outro plano de seguro favor completar abaixo.	
<b>Você tem seguro adicional?</b> <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
Nome do Segurado Principal da outra companhia de seguros:	Data de Nascimento: M/D/A
Favor informar o nome da outra companhia de seguro:	
Endereço de correspondência da outra companhia de seguros:	
Número da Apólice da outra seguradora:	Número do Grupo da outra seguradora:

**Parte 3** Favor completar as perguntas abaixo – maiores informações podem ser solicitadas.

(Caso você precise de espaço adicional, favor anexar uma folha adicional).

- 1. Como teve início essa condição/doença?  
Descreva todos os sintomas.**
  
- 2. Quando começou o primeiro sintoma da condição/doença? <sup>(M/D/A)</sup>**
  
- 3. Você já foi tratada para essa condição/doença antes? Sim Não**
  
- 4. Liste todos os nomes e endereços dos prestadores que você viu para tratar dessa condição/doença:**
  
  
  
  
  
  
  
  
  
  
- 5. Essa condição/doença é resultado de acidente? Sim Não**
  
  
  
  
  
  
  
  
  
  
- 6. Essa condição/doença está relacionada a acidente de trabalho? Sim Não  
Se sim, você solicitou compensação para empregados? Sim Não**
  
  
  
  
  
  
  
  
  
  
- 7. Essa condição/doença envolveu veículo a motor? Sim Não  
Se sim, favor fornecer nomes de todos os envolvidos, incluindo segurados e números das apólices incluindo a data do acidente:**
  
  
  
  
  
  
  
  
  
  
- 8. Foi feito um boletim de ocorrência? Sim Não  
Se sim, Nome e Número do Departamento Policial, e número do boletim:**

**Parte 4** Favor completar apenas se o tratamento ocorreu fora dos EUA.

<b>País onde o tratamento ocorreu?</b>	<b>Condição(ões)/ Diagnósticos</b>	<b>Médico/Hospital/Clinica/Prestador de Serviços de Saúde Nome(s), Endereço &amp; Telefone</b>	<b>Data(s) do Tratamento</b>	<b>Valor total cobrado/pago?</b>	<b>Tipo de moeda do pagamento/cobrança?</b>

**Parte 5** Autorização, favor completar todas as reivindicações.

Eu li e me certifiquei que todas as informações contidas no formulário são verdadeiras, corretas e completas salvo melhor juízo.

**O abaixo assinado autoriza qualquer médico, paramédico, hospital, clínica, centro de saúde, farmácia, agência governamental, agência de seguros, companhia de seguros, segurados, grupo de segurados ou administrador de benefícios ou qualquer outra entidade que tenha informações sobre o atendimento, aconselhamento, tratamento, diagnóstico, ou condição física ou mental de qualquer membro da família listados nesta aplicação para liberar essa informação a Azimuth Risk Solutions, LLC.**

Nota: Qualquer declaração falsa, ocultação ou fraude anula esta apólice tomando-a nula e sem efeito e quaisquer reivindicações relacionadas a esta serão revogadas.

Autorização: Eu autorizo pagamento de benefícios médicos ao médico e outros provedores de serviços cujos **recibos estão no anexo**.

**Nome do Segurado Principal (letra de forma)** \_\_\_\_\_ **Data (Mês/Dia/Ano)**

**Assinatura do Segurado, Ou Guardiã** \_\_\_\_\_ **Data (Mês/Dia/Ano)**