

# O que acontece se você ficar doente no exterior

## Participantes nos EUA, Canadá ou México

One Team Health (OTH) deve ser contatada antes de um tratamento médico, inclusive tratamento em Sala de Emergência, exceto se a emergência acarretar risco de morte. Exemplos são, dificuldade para respirar, hemorragia ou dor excessiva, lesão grave no olho, dor no peito, queimadura grave. Dirija-se imediatamente à sala de emergência mais próxima ou ligue para 911 se a emergência incorrer risco de morte.

Contate a OTH ligando para o número gratuito dos EUA / Canadá **1.844.805.9444**; Worldwide Collect - ligue **1.905.907.0074** ou contate por e-mail: **dhig@oneteamhealth.com**

A OTH fará uma avaliação da sua situação médica e o encaminhará para um provedor médico da rede da Aetna, se possível. É necessário obter Autorização Prévia para os seguintes serviços. 50% (cinquenta) de redução nas despesas médicas elegíveis, com uma penalidade máxima de \$1.000 quando a exigência de Autorização Prévia não é atendida:

- Hospitalização do Paciente
- Cirurgia Ambulatorial
- Todas Tomografias Computadorizadas, PETs e Ressonâncias Magnéticas
- Ambulância aérea - O serviço de Ambulância Aérea é coordenado pelo Provedor da Ambulância Aérea da Seguradora
- Tratamentos especiais e medicamentos altamente especializados
- Serviços de reabilitação e fisioterapia

É necessário obter Autorização Prévia para os seguintes serviços. A falta de autorização prévia acarretará na recusa do pagamento dos benefícios:

- Transferência por ambulância entre diferentes instituições médicas; Evacuação médica e repatriação; Retorno de restos mortais; Reunião da família em caráter de urgência; Benefício de Bilhete de Retorno; Interrupção da viagem.
- Contate a OTH ligando para o número gratuito dos EUA / Canadá +1.844.805.9444; Worldwide Collect - ligue para o número +1.905.907.0074 ou envie um e-mail para [dhig@oneteamhealth.com](mailto:dhig@oneteamhealth.com)

## Participantes em todos os outros países, exceto EUA, Canadá e México

Os participantes fora dos EUA / Canadá / México devem entrar em contato com a **Coris Assistance SRL** para obter assistência, **NÃO com o OTH**. Coris Assistance SRL International - número gratuito **1.833.982.1333** ou envie um e-mail para [corisclaims@dhig.net](mailto:corisclaims@dhig.net)

O seu plano de seguro inclui a livre escolha de hospitais, clínicas ou médicos. No entanto, antes de procurar tratamento, deve sempre ligar para a Coris Assistance SRL para se certificar de que coordenarão o seu caso com o seu médico ou especialista. Através de Coris Assistance SRL você pode obter recomendações e consultas sobre os estabelecimentos médicos localizados na área onde você está localizado. **A autorização prévia é necessária em todos os países, conforme explicado acima!**

## Tratamento em Sala de Emergência (somente nos EUA)

Nos EUA, você deve se dirigir a uma Sala de Emergência somente em caso de acidente ou doença grave ou com risco de morte, por exemplo: Traumatismo craniano, Dor no peito, Perda de consciência, Dificuldade para respirar, Convulsão, Hemorragia ou Dor excessiva. Condições sem risco de vida, como: Lesão esportiva, Dor de garganta, Cortes pequenos, Gripe/resfriado, Torções, Distensões, Infecção do trato urinário, Dor de ouvido, Fratura simples, Queimadura leve devem ser tratados em Atendimento de Conveniência, Clínica de Pronto Atendimento ou de Urgência. Pesquisa de Clínica de Atendimento de Urgência:

[http://www.aetna.com/dse/search?site\\_id=passport](http://www.aetna.com/dse/search?site_id=passport)

(Clique no link 'Urgent Care Centers' (Centros de Atendimento de Urgência) sob a seção 'Providers' (Provedores)). One team health (OTH) ajuda a encontrar um provedor apropriado. Repetindo, é preciso ligar para a OTH para realizar a triagem e o encaminhamento adequado.

**Observação:**  
Todas as condições médicas pré-existentes estão excluídas de cobertura sob esta apólice. Condição Pré-Existente significa uma lesão, doença ou outra condição que tenha causado sintomas ou sido diagnosticada durante os 6 (seis) meses anteriores à data do Início da viagem.



## Educatius USA / Educatius Europe

### Plano de Seguro Viagem em Grupo: **EliteLB / Elite50LB**

### Número da Apólice: consulte seu cartão de identificação do seguro

Esta apólice é subscrita pela Kooperativa poist'ovna, a. s., Vienna Insurance Group. A Vienna Insurance Group tem uma classificação A + de acordo com a Standard & Poors (com perspectiva estável). A cobertura é propriedade da Daily Health Insurance Group (dhig GmbH) e os serviços de suporte são fornecidos pela One Health Team (OTH) ou pela Coris Assistance SRL, dependendo do país de acolhimento.

**Isto é somente um resumo. Consulte a Apólice para obter detalhes completos. Informações sobre cobertura não médica adicional, tal como responsabilidade, podem ser encontradas ao fazer o login na sua área pessoal do MyInsurance mostrada na capa desta brochura.**

Para acessar todas as informações do seu seguro, inclusive o Cartão de ID do Seguro, faça o login na sua área pessoal do MyInsurance:

[www.esecutive.com/MyInsurance](http://www.esecutive.com/MyInsurance)

Para criar uma conta é necessário:

- Seu Sobrenome
- Seu Nome
- Número do Certificado/Apólice
- Sua Data de Nascimento



# Lista de Benefícios

Todos os benefícios são em USD

Os benefícios serão pagos com base nas taxas Usuais, Costumeiras e Razoáveis ou negociadas com os provedores contratados. Taxas mencionadas sujeitas às exclusões, limitações e condições da Apólice quando:

- Incorridas como resultado de uma doença ou lesão acidental, sob os cuidados de um Médico e
- Clinicamente Necessária, e
- Prescrita por um Médico, e
- Prestada em um ambiente médico adequado

**Valor do Seguro por Pessoa por Acidente ou Doença: 2,000,000 USD**  
**Franquia: 0 / 50 USD**

Cosseguro: 100% das Taxas Usuais, Razoáveis e Costumeiras (URC) ou Admissíveis Preferidas quando um Provedor contratado é usado

Condições de Pagamento: Excesso Total

Condições Pré-Existentes: Sem cobertura (sujeito à um período de avaliação passada de 6 meses, veja definição)

## Cobertura de Benefícios

Benefício de quarto hospitalar e alimentação:	100% URC
• De acordo com a taxa de quarto semi-particular	
Benefício de Cuidados Intensivos/Cuidados Cardiológicos	100% URC
Benefício de Despesas Diversas de Hospital	100% URC
Benefício de Cirurgia (Internação ou Ambulatório)	100% URC
Benefício de Assistente de Cirurgia	100% URC
Benefício de Exame de Pré-Admissão	100% URC
Benefício de Anestesia	100% URC
Benefício Variado em Cirurgia de Um Dia	100% URC
Benefício de Raio-X e Laboratório para Diagnóstico	100% URC
Benefício de Ambulância	100% URC
Benefício de Visita Médica (Internação)	100% URC
Benefício de Visita Médica (Ambulatório)	100% URC
Benefício de Consulta Médica	100% URC
Benefício de Radiação/Quimioterapia	100% URC
Benefício da Sala de Emergência	100% URC, sujeito a um copagamento de \$350, dispensado com a internação
• Triagem obrigatória	
• Copagamento aplicável somente aos serviços prestados nos EUA	
Benefício de Despesa Odontológica de Emergência	100% URC
Atendimento Odontológico Paliativo	100% URC, máximo de \$200 por dente
Benefício de Despesa com Fisioterapia – Internação	100% URC
Benefício de Despesa com Fisioterapia – Ambulatório	100% URC, máximo de \$2.500
Benefício de Despesa com Equipamento Médico Durável	100% URC
Benefício de Medicamento sob Prescrição	100% URC
Benefício de Despesa de Condições Mentais e Nervosas	Internação: Pagável a 80% do Admissível Preferido até \$25.000, durante um máximo de 40 dias; Ambulatório: Pagável a 80% do Admissível Preferido até \$5.000

Tratamento de Emergência de uma Condições Pré-existente	100% URC, até o máximo de \$5.000 por Período da Apólice
Perda de Bagagem	100% URC, até \$500 por Período da Apólice
Evacuação médica de emergência, repatriação médica *	até o máximo de \$ 250.000.
Benefício por retorno de restos mortais*	até o máximo de \$ 25.000.
Reunião de emergência *	Conforme declarado abaixo nesta Apólice
Benefício de Bilhete de Retorno*	100% URC, até \$5.000 por Período da Apólice
Benefício de interrupção de viagem *	Conforme declarado abaixo nesta Apólice

\* Para obter mais informações, consulte Apólice, parte 1B

## Benefícios morte ou desmembramento acidental

Soma principal: **\$15,000**

(O benefício máximo por porte pago não deve exceder \$5,000 para uma pessoa segurada com 17 anos ou menos)

Limite agregado: **\$500,000**

Perda de:	benefício (Porcentagem da soma principal)
Perda da vida	100%
Perda de ambas as mãos	100%
Perda de ambos os pés	100%
Perda da visão completa em ambos os olhos	100%
Perda de uma mão e de um pé	100%
Perda de uma mão	50%
Perda de um pé	50%
Perda da visão completa de um olho	50%
Perda do polegar e do dedo indicador da mesma mão	25%

# Exceções e Exclusões

Exceto quando disposto especificamente em qualquer lugar da Apólice, o Plano não oferece benefícios, nem cobra por nenhum prêmio de nenhum Tratamento Médico não indicado expressamente na seção de despesas Elegíveis. Para fins de esclarecimento, gostaríamos de destacar que o Plano não oferece benefícios, nem cobra por nenhum prêmio de:

1. Tratamento Médico recebido pelo Segurado no seu País de Origem ou país de domicílio regular;
2. Tratamento Médico recebido devido à uma Condição Pré-Existente ou complicação de condição pré-existente;
3. Tratamento Médico que não seja Clinicamente Necessário, de acordo com o disposto na Apólice;
4. Taxas em excesso das taxas Usuais, Razoáveis e Costumeiras
5. Taxas Reembolsáveis por Outra Entidade: Serviços, suprimentos ou tratamento fornecidos por ou mediante pagamento de: a. Lei de Compensação dos Trabalhadores, Lei de Doença Ocupacional ou lei similar relacionada com condições de emprego de qualquer país; b. Outra empresa seguradora ou governo; c. Uma entidade governamental devido à uma epidemia ou emergência pública;
6. Aparelho auditivo, óculos ou lentes de contato e encomenda ou consertos para tais, exames ou prescrições, exceto que a Apólice cobrirá tais despesas quando necessário para resultados diretos de uma Lesão Coberta ou cirurgia de olho coberta;
7. Dispositivos e procedimentos cirúrgicos para controle da natalidade, ou qualquer outro medicamento ou tratamento que promova ou previna a concepção ou nascimento, incluindo, mas não limitado a inseminação artificial, tratamento de infertilidade ou impotência, laqueadura, vasectomia, esterilização ou reversão de esterilização;
8. Cirurgia eletiva ou preventiva, ou qualquer Tratamento Médico relacionado com uma cirurgia eletiva ou preventiva, incluindo, mas não limitado a redução ou aumento de mama, circuncisão, teste de anticorpo de imunização, teste de alergia, antitoxina, ou correção ou tratamento de desvio de septo;
9. Cirurgia cosmética, plástica, reconstrutiva ou restauradora, exceto as despesas Elegíveis incorridas para reparo de uma desfiguração causada por: a. Uma Lesão Coberta; b. Um defeito de nascença de um Dependente Elegível nascido enquanto a mãe estava coberta por est Apólice; ou c. uma mastectomia (consulte a provisão de Cobertura de Pós-Mastectomia);
10. Tratamento Médico relacionado com transplante de órgão, seja de doador ou de receptor. Isto inclui as despesas incorridas com o processo de avaliação, cirurgia de transplante, tratamento pós-operatório, e despesas incorridas com a obtenção, armazenamento ou transporte de um órgão de um doador. Em relação a um transplante de medula óssea ou de células-tronco, esta exclusão inclui as taxas de colheita e mobilização;
11. Tratamento Médico de lesões ocorridas na prática ou participação de esportes profissionais ou semiprofissionais, ou na prática ou participação de esportes universitários além dos benefícios fornecidos em outro lugar nesta cobertura, se houver;
12. Guerra ou ato de guerra, declarada ou não declarada, ou Ato ou tentativa de ato de agressão ou crime, ou que ocorra durante a participação de uma ocupação ilegal, ou de participação Voluntária e ativa de uma guerra civil, revolta, rebelião, insurreição ou revolução, ou participação nas forças armadas, guarda nacional, exército, marinha ou aeronáutica.
13. Tratamento médico resultante de viagem pela aeronáutica ou aérea, exceto quando viajando como passageiro de uma empresa área comercial regular,
14. Suicídio, tentativa de suicídio (inclusive de overdose de drogas), autodestruição, tentativa de autodestruição ou Lesão intencional enquanto são ou insano
15. Tratamento Médico de Lesões incorridas durante a prática de: Montanhismo; asa delta; paraquedismo; bungee jumping; corrida de cavalo, automóvel ou motocicleta; passeio de motocicleta/scooter motorizada ou em qualquer outro motorizadas veículo de duas ou três rodas; scuba diving envolvendo equipamento para respiração dentro d'água, exceto certificados PADI ou NAUI; esqui aquático; exploração de caverna; parasailing.
16. Tratamento Médico de Lesão ou Doença incorrida em acidente com automóvel ou motocicleta a. quando os benefícios sejam pagos ou pagáveis por qualquer outro seguro válido e cobrável, onde uma solicitação tenha sido feita ou não sobre tais benefícios b. se o Segurado conduzia o veículo ou motocicleta Intoxicado de acordo com a lei do estado onde o acidente ocorreu, c. se o Segurado conduzia o veículo ou motocicleta sem carteira de habilitação ou permissão para dirigir válida de acordo com a lei do estado onde o acidente ocorreu, ou d. se o Segurado não conduzia o veículo ou motocicleta em conformidade com as restrições da carteira de habilitação ou permissão para dirigir;
17. Tratamento Médico de uma Lesão ou Doença resultante da intoxicação do Segurado ou uso de drogas ilegais ou quaisquer drogas ou medicamentos intencionalmente não usados na dosagem recomendada pelo fabricante ou com a finalidade prescrita pelo Médico do Segurado;
18. Taxas incorridas por Cirurgia ou tratamento que seja Experimental/Investigacional, para fins de pesquisa, ou medicamentos de Manipulação, Especiais e Experimentais;
19. Tratamento Médico de obesidade, inclusive cirurgia bariátrica e anoréxicos;
20. Tratamento Médico relacionado com cirurgia de transição de gênero ou sua reversão;
21. Medicina genética, teste genético, teste de vigilância e/ou procedimentos de avaliação de condições de predisposição genética indicado pela medicina genética ou teste genético, incluindo mas não limitado a: amniocentese, avaliação genética, avaliação de risco, cirurgias preventivas e profi láticas recomendadas por teste genético, e/ou quaisquer procedimentos usados para determinar predisposição genética, oferecer aconselhamento genético ou administração de terapia genética;
22. Tratamento Médico de diagnóstico e teste para ou relacionado com qualquer deficiência de aprendizagem ou condição genética, exceto quando não incluir condições congênitas de uma criança quando o parto é coberto por este seguro;
23. Despesas incorridas de um Acidente ou Doença após o Período da Apólice indicado no Programa de Benefícios ou incorridas após a data de término da cobertura;
24. Exames de saúde de rotina, exames físicos de rotina ou exames de saúde, exame físico para fins esportivos, avaliação ginecológica, mamogramas baseline de rotina ou de avaliação, exames de próstata ou colorretal e exames de laboratório afi ns, exame de saúde anual, imunizações indicadas no Programa de Imunização Recomendado pelos Centros de Controle e Prevenção de Doenças dos EUA, e testes de tuberculose além dos benefícios oferecidos em outro lugar desta apólice, quando existente.
25. Exposição do Segurado ao Uso de Armas Nucleares, Químicas ou Biológicas de Destruição em Massa.
26. Benefícios de inscrição exclusivamente com o objetivo de obter tratamento médico enquanto em uma lista de espera de um tratamento específico, ou durante uma viagem realizada contra o conselho do Médico;
27. Gravidez e maternidade: a. todos os custos relacionados com a gravidez, incluindo e não apenas - cuidados pré-natais, parto, aborto espontâneo, aborto, parto prematuro e todas as complicações relacionadas com a mãe ou filho; b. cursos de maternidade ou parto, c. cesariana eletiva, d. cuidado ou tratamento de uma pessoa que atua como mãe substituta;
28. AIDS/HIV; Síndrome de Imunodeficiência Adquirida (AIDS), Síndrome Complexa relacionada à AIDS (ARC), infecção por HIV e todas as doenças secundárias;
29. Abuso de Alcool e Drogas: a. Tratamento relacionado com desintoxicação, reabilitação e todos os serviços de suporte; b. Tratamento de qualquer Doença ou Lesão incorrida direta ou indiretamente de abuso de álcool ou de drogas ilegais ou outra dependência, ou quaisquer drogas ou medicamentos não tomados na dosagem prescrita.
30. Cuidado Prolongado: Todas as despesas relacionadas com Cuidado Prolongado em um Local de Cuidado Prolongado.
31. Cuidado Paliativo: Serviços paliativos para Segurado com doença terminal e sua família.
32. Medicamentos Prescritos e Não Prescritos: Medicamentos prescritos e não prescritos ou dispositivos médicos, mesmo quando recomendados por um Médico, incluindo, mas não limitado ao seguinte: a. Dependência de tabaco | b. Redução de peso ou perda de apetite, | c. Drogas cosméticas, mesmo quando indicadas para fins não cosméticos | d. Medicamentos para acne e rosácea (inclusive hormônios e Retin A), exceto quando para tratamento de acne cística e pustulosa, Vitaminas, suplementos ou ervas.
33. Itens Pessoais para Conforto e Conveniência: Despesas com itens fornecidos exclusivamente para o conforto ou conveniência pessoal, tais como televisão, quartos particulares, serviço de limpeza, refeições e acomodações para hóspedes, dietas especiais, despesas com telefone, e suprimentos para levar para casa.
34. Cuidado de Podologia: Cuidado de rotina dos pés, calçados ortopédicos ou outros dispositivos de apoio, tais como: apoio de arco e aparelhos ortopédicos ou quaisquer outros serviços ou suprimentos preventivos para o tratamento de diagnóstico de pés chatos ou instáveis ou arcos caídos.
35. Busca e Salvamento: Quaisquer despesas relacionadas com operações de busca e salvamento para encontrar um Participante do Plano em montanha, no mar, no deserto, na fl oresta e locais remotos semelhantes, inclusive taxas por busca aérea/marítima para evacuação de uma embarcação ou do mar para a terra.
36. Disfunção Sexual: Quaisquer procedimentos, suprimentos ou drogas para o tratamento de aprimoramento ou disfunção sexual de homem ou mulher, tais como disfunção erétil, ejaculação precoce e outras condições semelhantes.
37. Estudo do Sono: Estudos do sono e outros tratamentos relacionados com apneia do sono.
38. Tabagismo: Tratamento recomendado ou não por um Médico.

**Para uma representação pormenorizada, incluindo restrições e isenções, por favor ler os termos e condições pormenorizados do seguro.**