



**Fornecendo o
necessário para
vidas saudáveis**

Hollard.
seguros

Em parceria com a **Hollard.**
health

MELHOR SAÚDE PARA UM FUTURO MELHOR

Em África reside a nossa paixão e é nossa convicção que a melhor maneira de criar um futuro melhor para o continente é melhorar a saúde da sua população.

Acreditamos em trabalhar em conjunto consigo, dando-lhe acesso às ferramentas mais avançadas e à melhor orientação disponível para viver plenamente com boa saúde.

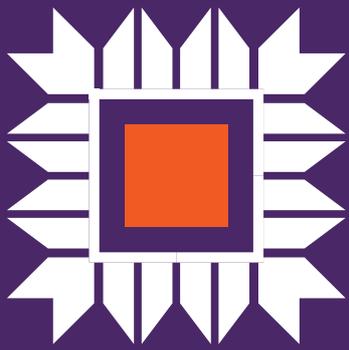
E quando as coisas correrem mal, estamos ao seu lado, oferecendo-lhe acesso à melhor assistência médica.

A saúde encontra-se no epicentro das nossas acções

Tratamos cada pessoa com dignidade e respeito e estaremos ao seu lado quando mais precisar de nós. Vamos para além dos limites, reinventamos e encontramos sempre um caminho melhor. Colocamos os seus medos e desejos no centro das nossas soluções.

Seguro de saúde internacional – por África, em África, para África

Somos de África e compreendemos as exigências únicas de África. Sabemos quão importante é ter acesso a cuidados de saúde para além das nossas fronteiras – a nossa oferta é deliberadamente internacional, os nossos parceiros são globais e a nossa actividade é suficientemente ágil para se adaptar a um ambiente em constante mudança.



UMA NOVA ABORDAGEM À SUA SAÚDE

Conjugar a tecnologia líder mundial com a dimensão humana para otimizar o seu percurso em direcção à saúde.

1. Saiba onde está para saber para onde vai

Fazer escolhas mais acertadas no que diz respeito à saúde começa por se saber onde está neste momento - fornecemos-lhe avaliações de saúde extremamente fáceis de usar, que pode ter acesso no seu telefone. Os nossos rastreios essenciais no domicílio utilizam dados personalizados que lhe permitem determinar qual a sua situação actual em termos de saúde, para que possa continuar a fazer o que funciona bem e mudar o que não funciona tão bem.

2. Desfrute do percurso

A gestão pró-activa da saúde pode agora ser sociável, divertida e fácil. Quer seja através de desafios em grupo ou individuais, participação através de plataformas sociais, incentivos e recompensas, tornamos mais fácil para si ficar mais saudável de forma a apoiá-lo no seu percurso único em direcção à saúde.

3. Obtenha os cuidados certos na altura certa

Quando as coisas correrem mal, concentramo-nos em como podemos ajudar a fazer com que a situação melhore. Temos a experiência e as capacidades necessárias para lhe dar acesso à informação correcta, fornecedores de qualidade e cuidados especializados, nas alturas em que mais importa. Tratamos dos pequenos pormenores para que se possa concentrar na sua recuperação.

OS NOSSOS VALORES

Mudar de forma positiva, uma pessoa de cada vez

Encorajamos as pessoas a assumirem a responsabilidade pela sua saúde com informação de fácil compreensão e ferramentas inteligentes, apoiando-as no sentido de fazerem as melhores escolhas para a sua saúde e o seu bem-estar, agora e no futuro.

A colaboração é fundamental

Criar mudanças significativas e de longo prazo no âmbito da saúde, exige colaboração - entre nós, empregadores e indivíduos. Ouvimos atentamente primeiro, e depois oferecemos perspectivas e uma metodologia para criar verdadeiras mudanças. Isto excede o âmbito da produtividade dos trabalhadores, para se chegar a uma verdadeira compreensão e disponibilização daquilo que as pessoas necessitam para serem mais saudáveis e felizes.

Usar a tecnologia para um bem maior

Utilizamos a tecnologia mas, nunca esquecemos a nossa humanidade. A nossa plataforma altamente eficiente gere processos e lida com pedidos de reembolso do dia-a-dia, mas quando surgirem as crises, pessoas reais com verdadeiros conhecimentos e experiência estarão ao seu lado para o orientar em todas as etapas do seu percurso. As nossas ferramentas reduzem a fraude, o desperdício e o abuso de forma eficaz, ao mesmo tempo que dados cada vez mais detalhados, fornecem os elementos necessários para aperfeiçoarmos continuamente as nossas metodologias de determinação de prémios, de modo a oferecer níveis de prémios ideais.

Criar o *win-win-win*

Estamos empenhados em assegurar que todos estejam de acordo e beneficiem por manter e tornar os trabalhadores mais saudáveis.

- Para os empregadores: trabalhadores mais saudáveis significa menos pedidos de reembolso, quebrando o ciclo de aumentos de inflação médica.
- Para as seguradoras e a indústria local: ao apoiar e trabalhar com o sector de seguros local, contribuimos para a economia e tornamos as seguradoras sustentáveis.
- Para os prestadores de cuidados de saúde: o rápido pagamento garante que esses prestadores prestem serviços de saúde vitais de forma contínua, sabendo que o seu problema de liquidez está resolvido.



HEALTHMOV



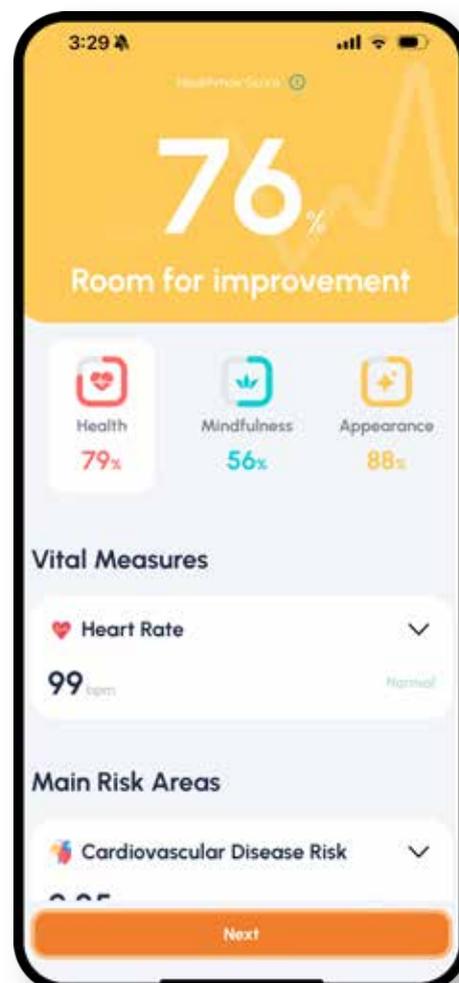
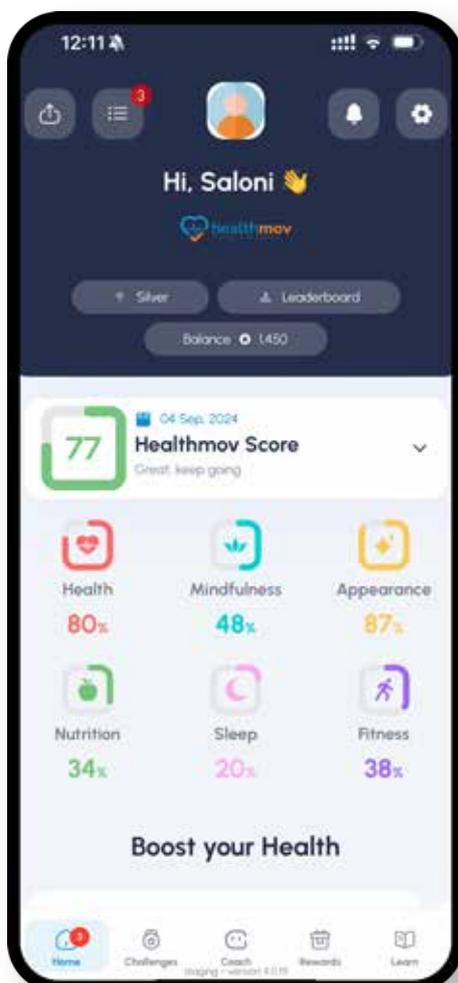
Oferecendo-lhe uma proposta de bem-estar que funciona para todos.

A mudança radical no que diz respeito ao bem-estar que começa com uma *selfie*

- Boas notícias: colaboradores mais saudáveis são colaboradores mais produtivos e mais felizes.
 Excelentes notícias: colaboradores mais saudáveis, mais felizes e mais produtivos traduzem-se em prémios mais baixos para o empregador.
 MELHORES notícias: não é difícil – a optimização do bem-estar dos trabalhadores pode começar com o simples acto de tirar uma *selfie*.

Alimentado pelo aplicativo HealthMov que utiliza tecnologia inteligente para acompanhar, monitorizar e proporcionar feedback em tempo real aos trabalhadores, para que estes possam efectuar pequenas mudanças todos os dias que terão um ENORME impacto na sua saúde a longo prazo. É tão intuitivo que pode digitalizar características faciais e movimentos para medir a frequência cardíaca, a taxa de respiração, o nível de *stress* e o Índice de Massa Corporal (IMC). Estas informações são depois reunidas para lhes oferecer *feedback*, sugestões e recompensas. Os trabalhadores passam a ter acesso a um treinador pessoal virtual, assistente e mentor na área da saúde, no seu próprio bolso.

Estas informações são reunidas num painel de controlo anonimizado que dá uma visão do bem-estar dos empregados e das suas famílias. A partir daí, podemos personalizar as intervenções de saúde relevantes, conduzidas através da aplicação.



Com a Hollard todos têm acesso à telesaúde, independentemente do plano em que se encontrem.

Quais são as vantagens do serviço Teladoc para os membros da Hollard?

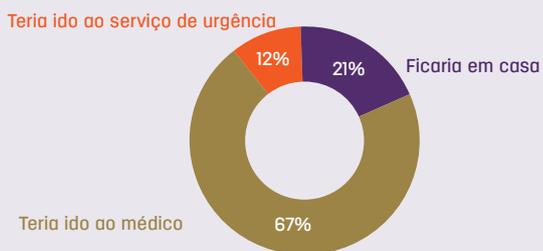
- Acesso ilimitado a uma equipa de médicos qualificados disponível 24 horas por dia, 7 dias por semana
- Vídeo-consulta em ambiente totalmente seguro e confidencial, graças à plataforma Hollard-Teladoc disponível através do portal de membros da Hollard
- Serviço de agendamento de consultas ou retorno de chamadas em caso de emergências
- Evitar tempo de espera e deslocação para um consultório médico

Consulta com um médico de clínica geral

- Acesso a aconselhamento e orientação médica por um médico qualificado, em Inglês, Português, Francês e muito mais
- Obter uma receita médica (excepto se a legislação local não o permitir no país em consideração)

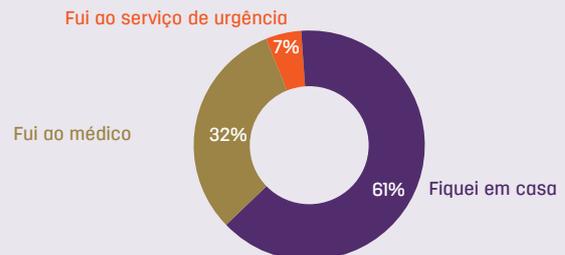
2/3 dos pacientes ficaram em casa após a consulta com a Teladoc

O que teria feito se não tivesse utilizado este serviço?



Fonte: Todos os casos Henner até dezembro de 2022

O que fez realmente após a chamada com o nosso médico?

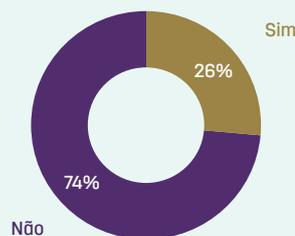


Segunda Opinião Médica

- Análise de relatórios médicos, imagens e resultados de exames
- Confirmar a exactidão dos diagnósticos e planos de tratamento
- Fornecer um protocolo médico ao paciente e ao seu médico/equipa médica
- Obter garantias e apoio na procura de tratamento

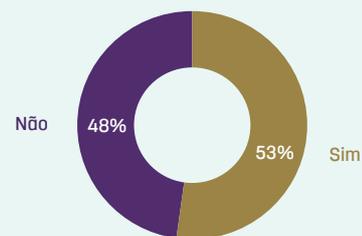
1/2 dos casos incluíram uma mudança no tratamento sugerido

Casos com mudanças de diagnóstico



Fonte: Todos os casos Henner até dezembro de 2022

Casos com mudanças de tratamento



Passo 1 – Básico	Opção 1	Opção 2	Opção 3	Opção 4	Opção 5
Hospitalização Gestão de condições de saúde Cuidados Preventivos e de Bem-Estar Evacuação e Cuidados Fora do País	\$75,000	\$200,000	\$750,000	\$3,000,000	\$10,000,000

Passo 2 – Enriquecido	Opção 1	Opção 2	Opção 3	Opção 4	Opção 5
Ambulatório	\$1,500	\$2,500	\$4,000	\$6,000	Pago na totalidade

Passo 3 – Completo	Opção 1	Opção 2	Opção 3	Opção 4	Opção 5
Tratamento de estomatologia	\$500	\$750	\$1,500	\$3,000	\$4,500
Cuidados oftalmológicos	\$100	\$150	\$300	\$450	\$600

Pode escolher se quiser apenas o Passo 1 que lhe dará o nosso Plano Básico. A partir daí poderá decidir se deseja adicionar o Passo 2 e ter o Plano Enriquecido e finalmente poderá adicionar os 3 Passos e assim ter o nosso Plano Completo. Dentro de cada Passo, pode escolher a opção que deseja. Caso não esteja claro, não pode saltar um passo, mas pode seleccionar a opção que deseja em cada passo.

Os valores reflectidos acima são o benefício anual máximo que se aplica a cada um dos passos. No entanto, a opção seleccionada no Passo 1 também determina o benefício anual máximo da apólice, que é o total que a seguradora pagará durante o ano quando se somam os montantes que pagou por todos os tratamentos que um único segurado teve num ano.

Este é um resumo dos benefícios que oferecemos, para detalhes completos de tudo o que cobrimos, o limite, os sub-limites e quaisquer outras limitações, consulte por favor a descrição geral dos benefícios.



Todos os limites reflectidos são o montante até ao qual o pagamento é efectuado. Os montantes aplicam-se por segurado, por ano de seguro (salvo indicação específica em contrário).

Passo 1 – Básico	Opção 1	Opção 2	Opção 3	Opção 4	Opção 5
Benefício anual máximo	\$75,000	\$200,000	\$750,000	\$3,000,000	\$10,000,000
Hospitalização					
Quarto e alimentação hospitalar	Quarto particular padrão				
Unidade de cuidados intensivos	Pago na totalidade	Pago na totalidade	Pago na totalidade	Pago na totalidade	Pago na totalidade
Honorários médicos > Cirurgiões > Anestesiastas > Outros médicos especialistas					
Cirurgia Incluindo cirurgia ambulatória					
Parto de rotina *					
Complicações de maternidade * > Durante a gravidez > Cesariana não electiva > Cirurgia após um parto complicado					
Esterilização					
Transplante de órgãos					
Bloco operatório					
Materiais e serviços hospitalares > Enfermagem > Medicamentos prescritos > Pensos, talas e gessos					
Testes de diagnóstico Inclui testes de patologia, testes de laboratório, radiologia, ressonância magnética (RM), tomografia computadorizada (TC), tomografia de emissão de positrónica (TEP) e testes semelhantes					



Passo 1 – Básico	Opção 1	Opção 2	Opção 3	Opção 4	Opção 5
Hospitalização (cont.)					
Fisioterapia, terapia da fala e terapia ocupacional	Pago na totalidade				
Ambulância até ao hospital mais próximo Serviços de ambulância rodoviária doméstica para e/ou do hospital					
Aparelhos cirúrgicos e aparelhos médicos > um membro artificial, prótese, aparelho ou dispositivo					
Cesariana electiva *	\$2,000	\$3,000	\$4,000	\$8,000	
Convalescença e reabilitação	Pago na totalidade até 14 dias	Pago na totalidade até 21 dias	Pago na totalidade até 28 dias	Pago na totalidade até 42 dias	
Enfermagem ao domicílio	\$300 por dia até 14 dias	\$300 por dia até 21 dias	\$300 por dia até 28 dias	\$300 por dia até 42 dias	
Cuidados psiquiátricos	Pago na totalidade até 7 dias	Pago na totalidade até 14 dias	Pago na totalidade até 21 dias	Pago na totalidade até 28 dias	Pago na totalidade até 42 dias
Benefício em dinheiro para hospitalização Subsídio diário quando o quarto, refeições e tratamento são recebidos gratuitamente	\$100 por dia até 7 dias	\$100 por dia até 14 dias	\$100 por dia até 21 dias	\$100 por dia até 28 dias	\$100 por dia até 42 dias
Alojamento parental	Pago na totalidade até 30 dias				
Gestão de condições de saúde					
Cancro Inclui medicamentos prescritos, radioterapia, quimioterapia e tratamentos semelhantes	Pago na totalidade				
Insuficiência renal Diálise e medicamentos prescritos					
Condições crónicas Inclui honorários de médicos especialistas, medicamentos prescritos e hospitalização					



Passo 1 – Básico	Opção 1	Opção 2	Opção 3	Opção 4	Opção 5
Gestão de condições de saúde (cont.)					
VIH/SIDA * Inclui honorários de médicos especialistas, medicamentos prescritos e hospitalização	Pago na totalidade				
Tratamento paliativo Para pacientes com uma esperança de vida inferior a 6 meses	\$5,000	\$10,000	\$25,000	\$100,000	
Cuidados preventivos e de bem-estar					
1 x exame físico de rotina para adultos	Pago na totalidade				
1 x teste de Papanicolau a cada 3 anos					
Mamografias > uma inicial para mulheres com idades entre 35-39 > uma a cada dois anos para mulheres com idades entre 40-49 > uma todos os anos para mulheres com 50 anos ou mais					
Rastreamento do cancro da próstata Um rastreamento por ano para homens a partir dos 50 anos					
Teste auditivo > Um para bebés com idades de 0 a 6 meses > Um para crianças com idades de 7 meses a 3 anos > Um para crianças com idades de 3 a 6 anos > Um a cada 5 anos para crianças e adultos com idades a partir de 7 anos					
Testes pediátricos de desenvolvimento					
Transporte de emergência, evacuação médica e assistência fora do país					
Transporte > o custo de uma ambulância rodoviária e/ou ambulância aérea e/ou voo comercial para o segurado e um familiar próximo, para e do hospital mais próximo e adequado que possa prestar os cuidados necessários ao segurado	Pago na totalidade				



Passo 1 – Básico	Opção 1	Opção 2	Opção 3	Opção 4	Opção 5
Transporte de emergência, evacuação médica e assistência fora do país (cont.)					
<ul style="list-style-type: none"> > reembolso dos custos de alojamento do segurado e familiar próximo acompanhante até que o segurado seja repatriado 	Até \$200 por pessoa por dia por um máximo de 7 dias	Até \$200 por pessoa por dia por um máximo de 14 dias	Até \$200 por pessoa por dia por um máximo de 21 dias	Até \$200 por pessoa por dia por um máximo de 28 dias	Até \$200 por pessoa por dia por um máximo de 35 dias
<p>Os custos de transporte e alojamento são incluídos para um familiar próximo quando o segurado que receber tratamento:</p> <ul style="list-style-type: none"> > for hospitalizado por mais de 5 dias, ou > for menor de idade, ou > for portador de deficiência 					
<p>Assistência em caso de regresso antecipado Organização e pagamento dos custos de transporte em caso de doença que constitua risco de vida ou morte de um familiar no país de origem do segurado</p>	Pago na totalidade	Pago na totalidade	Pago na totalidade	Pago na totalidade	Pago na totalidade
<p>Assistência em caso de morte > repatriamento de restos mortais > custos adicionais para o transporte dos segurados da família da pessoa falecida</p>	Pago na totalidade	Pago na totalidade	Pago na totalidade	Pago na totalidade	Pago na totalidade
<p>Emergência fora da área de cobertura</p>	Coberto por um máximo de 14 dias por viagem e por um total de 60 dias por ano de seguro até \$35,000	Coberto por um máximo de 21 dias por viagem e por um total de 60 dias por ano de seguro até \$50,000	Coberto por um máximo de 28 dias por viagem e por um total de 60 dias por ano de seguro até \$100,000	Coberto por um máximo de 35 dias por viagem e por um total de 90 dias por ano de seguro	Coberto por um máximo de 35 dias por viagem e por um total de 90 dias por ano de seguro

* Pode ser aplicado um período de carência a estes benefícios quando subscrição médica for requisitada



Passo 2 – Enriquecido	Opção 1	Opção 2	Opção 3	Opção 4	Opção 5
Benefício anual máximo	\$1,500	\$2,500	\$4,000	\$6,000	Pago na totalidade
Ambulatório					
Honorários dos médicos > Clínicos gerais > Especialistas	Pago na totalidade				
Testes de diagnóstico Inclui testes de patologia, testes de laboratório, radiologia, ressonância magnética, tomografia computadorizada (TAC), tomografia por emissão de positrões (TEP) e testes semelhantes					
Vacinas para crianças Imunizações de rotina para crianças e adolescentes					
Vacinas para adultos Vacinas preventivas e para deslocações para um determinado país para poder entrar nesse país					
Cuidados pré-natais Exames médicos e rastreios de rotina					
Medicina Alternativa > Especialistas > Quiroprático > Osteopata > Acupuncturista > Homeopata	Não coberto	Não coberto	Não coberto	Pago na totalidade	Pago na totalidade
Aparelhos cirúrgicos e/ou aparelhos médicos > Dispositivos ortopédicos > Aparelhos auditivos > Cadeira de rodas > Cama hospitalar > Estrutura de elevação > Andarilho > Sutiã especial no seguimento de amputação da mama > Peruca > Máquina de pressão positiva contínua das vias aéreas (PPCVA)	\$500	\$1,000	\$1,500		
Fisioterapia	10 sessões	10 sessões	10 sessões		
Medicamentos sujeitos a receita médica	\$500	\$1,000	\$1,500		
Tratamento de estomatologia após lesão	\$500	\$1,000	\$1,500		



Passo 2 – Enriquecido	Opção 1	Opção 2	Opção 3	Opção 4	Opção 5
Ambulatório (cont.)					
Cuidados psiquiátricos	\$500	\$500	\$1,000	\$1,500	\$1,500
Terapias Adicionais > Ergoterapia > Terapia ocupacional > Logopedia > Terapia da fala	Não coberto	Não coberto	Não coberto	50% de reembolso até \$1,500	50% de reembolso até \$1,500
Tratamento da infertilidade * Diagnóstico e tratamento	Não coberto	Não coberto	Não coberto	Não coberto	50% de reembolso até \$15,000 por cada ano de seguro e \$7,500 por tentativa de fertilização

* Pode ser aplicado um período de carência a estes benefícios quando subscrição médica for requisitada

Passo 3 – Completo	Opção 1	Opção 2	Opção 3	Opção 4	Opção 5
Estomatologia					
Benefício anual máximo	\$500	\$750	\$1,500	\$3,000	\$4,500
Tratamento de estomatologia de investigação e prevenção	Pago na totalidade				
Tratamento básico de restauração e tratamento periodontal menor	Pago na totalidade				
Tratamento de restauração significativo e tratamento periodontal significativo *	50% de reembolso				
Oftalmologia					
Um exame oftalmológico por ano de seguro	Pago na totalidade				
Cuidados oftalmológicos > Lentes para corrigir a visão > Armações de óculos > Óculos de sol receitados	\$100	\$150	\$300	\$450	\$600

* Pode ser aplicado um período de carência a estes benefícios quando subscrição médica for requisitada

Hollard Mocambique Companhia De Seguros S.A.R.L, com sede social em: Av. Sociedade de Geografia, no 269, Edifício Hollard, Maputo, Moçambique (Número de Registo 15923).

A Hollard Health International é uma célula protegida da Manzillo Insurance (PCC) Limited, com sede social em: Second Floor, Block A, Lefebvre Court, Lefebvre Street, St Peter Port, Guernsey, GY1 2JP e é regulada pela Comissão de Serviços Financeiros de Guernsey (Registo n.º 35007).



Mapa das áreas de cobertura



Área 1
África e Índia

Área 2
África, Índia e Europa

Área 3
Mundial
(excluindo os EUA)

Área 4
Mundial



Ao analisar a descrição geral dos benefícios, as seguintes definições ou explicações sobre um benefício podem fornecer alguma clareza sobre determinados pontos. Caso deseje um entendimento completo dos benefícios, consulte os termos e condições gerais da apólice.

Pago na totalidade

O montante do pedido de reembolso que será pago integralmente pela seguradora, sujeito ao benefício anual máximo.

Benefício anual máximo

A seguradora não paga mais do que o benefício anual máximo indicado na descrição geral dos benefícios por qualquer tratamento, pedido de reembolso ou despesa. O benefício anual máximo é o total a pagar pela soma de todos os pedidos de reembolso referentes a benefícios para um único segurado durante um ano de seguro, sujeito aos limites e limitações estabelecidos na descrição geral dos benefícios.

Condição crónica

- a) Uma condição crónica é definida como uma doença que apresenta duas (2) ou mais das seguintes características:
- i) é de natureza recorrente
 - ii) não existe cura conhecida e reconhecida em geral
 - iii) é considerada geralmente como não respondendo bem ao tratamento
 - iv) exige tratamento paliativo
 - v) exige supervisão ou monitorização prolongada
 - vi) leva o segurado a tornar-se permanentemente inválido.
- b) Se o segurado for diagnosticado com uma condição crónica, a seguradora procederá ao reembolso das despesas incorridas para o tratamento desta condição efectuado por:
- i) um hospital, ou
 - ii) um centro de tratamento legalmente reconhecido e registado, e/ou
 - iii) médico especialista na condição crónica.
- c) As despesas com o tratamento incluem quaisquer medicamentos sujeitos a receita.

Transporte de emergência, evacuação médica e assistência fora do país

Na eventualidade de uma emergência médica, ou se os cuidados médicos não estiverem disponíveis localmente, a seguradora pagará os custos de transporte do segurado para o hospital mais próximo e adequado que lhe possa disponibilizar os cuidados que sejam necessários. O tipo de transporte está limitado a ambulância rodoviária, ambulância aérea ou voo comercial. A seguradora também pagará os custos de um voo comercial (ou da ambulância aérea, se esta puder transportá-lo) para 1 (um) familiar próximo.

- a) As decisões relativas aos cuidados médicos disponíveis localmente são tomadas pela seguradora de acordo com os seguintes critérios:
- i) O tratamento adequado não deve estar disponível no país de acolhimento para um expatriado e no país de origem para um trabalhador local. A seguradora terá em consideração tanto a disponibilidade como a qualidade do tratamento.
 - ii) Deve ser fornecida uma carta de referência do médico assistente local.
 - iii) Se o segurado for expatriado, os cuidados não são passíveis de ser adiados para uma data prevista de regresso ao seu país de origem para férias, descanso ou visita familiar.
- b) A aprovação de uma ambulância aérea está sujeita aos seguintes critérios:
- i) A ambulância rodoviária doméstica não deve ser razoavelmente capaz de transportar o segurado para o hospital mais próximo e adequado que lhe possa prestar os cuidados necessários.
 - ii) A utilização de ambulância aérea deve ser mais rápida do que utilizar uma ambulância rodoviária doméstica.
 - iii) A urgência com que o tratamento for necessário constitui uma necessidade médica para transportar o segurado com a maior brevidade possível.
 - iv) A ambulância aérea tem de conseguir acesso e aterragem seguros na localização do segurado.
- c) Se o segurado for transportado para um hospital que não esteja localizado no seu país de origem ou de acolhimento e não estiver acompanhado por um familiar próximo, a seguradora pagará os custos de transporte para que um familiar próximo se junte ao segurado.

Cuidar dos trabalhadores e das suas famílias

1. Como podem os trabalhadores ter acesso aos seus benefícios e utilizar os serviços?

A seguradora combina um portal web e uma aplicação que oferecem aos membros visibilidade total sobre as suas informações pessoais, os benefícios da apólice e a rede de provedores da seguradora. Os membros podem apresentar e acompanhar os seus pedidos de reembolso nestas plataformas. Se precisarem de um contacto pessoal, podem contactar com a seguradora 24 horas por dia, 7 dias por semana, 365 dias por ano, através da central de atendimento telefónico. Em vários países, a seguradora disponibiliza números de telefone gratuitos e locais, bem como um serviço de retorno de chamadas se deixarem o telefone tocar duas vezes. Contudo, a seguradora tem verificado que as pessoas preferem cada vez mais a funcionalidade do chat digital.

2. Em que línguas são prestados os serviços?

A seguradora terá sempre disponíveis membros da equipa que falam Inglês, Português e Francês. Para outras línguas poderá recorrer à sua equipa diversificada, bem como a um serviço de tradução profissional. A seguradora quer ter a certeza de que os trabalhadores do empregador possam ser assistidos na língua em que se sintam mais à vontade, uma vez que algumas das conversas podem ser stressantes.

3. O que é que a seguradora se compromete a fazer acerca do pagamento dos pedidos de reembolso?

A seguradora está ciente que, quando o segurado paga tratamentos do seu próprio bolso, é importante recuperar o que lhe é devido o mais rapidamente possível. Após o envio de todas as informações, a seguradora esforçar-se-á por pagar 90% dos membros em menos de cinco dias úteis.

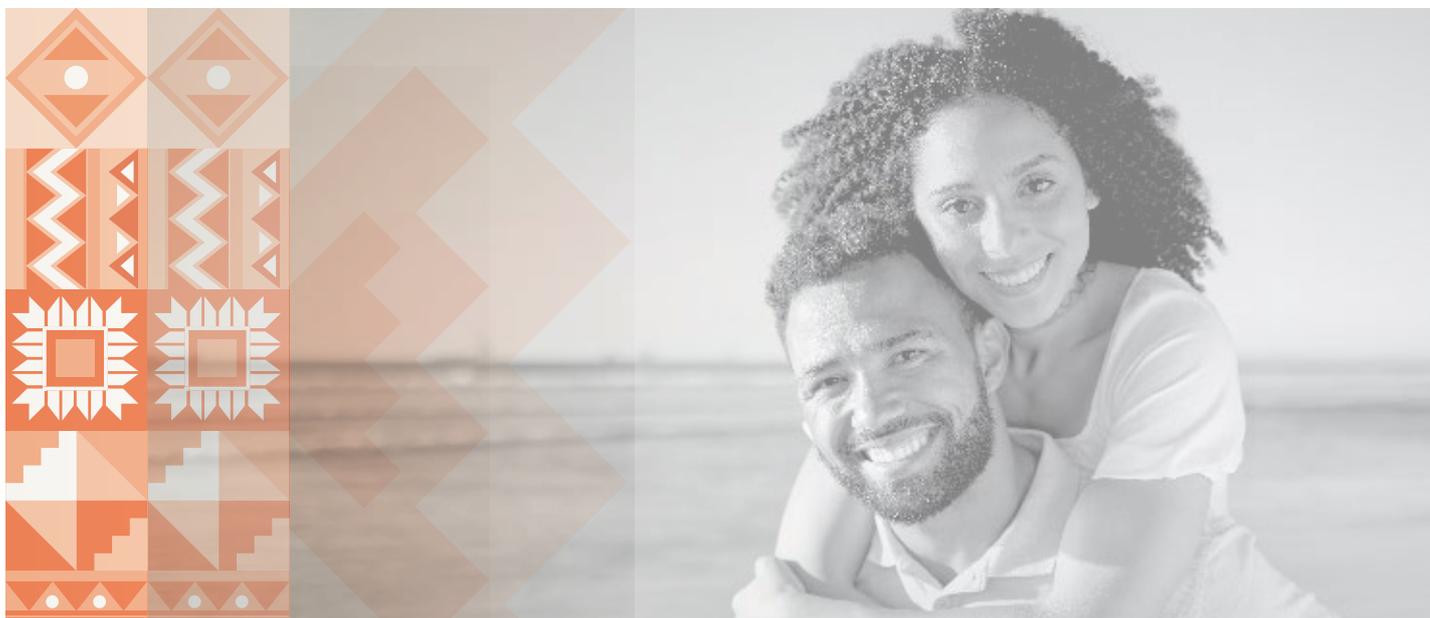
4. A seguradora emite cartões físicos de membro?

Todos têm um cartão digital na sua aplicação mas, a seguradora também pode fornecer um cartão físico – o segurado pode especificar se necessita de ambos os cartões.

5. O que acontece se alguém precisar de ser hospitalizado?

Para tratamento não emergencial, deve obter-se pré-autorização. O objectivo da seguradora é fornecer 80% das autorizações necessárias, ao segurado e/ou ao prestador de serviços, no prazo de três dias úteis e as restantes pré-autorizações em cinco dias úteis. Para internamentos hospitalares de emergência, a seguradora deve ser informada no prazo de 48 (quarenta e oito) horas, excepto em caso de circunstâncias atenuantes. Quando houver uma emergência médica, os prestadores de cuidados de saúde na rede médica sabem que devem concentrar-se, acima de tudo, em prestar ao segurado os cuidados de emergência de que necessita. A seguradora trabalha em conjunto com esses prestadores de cuidados de saúde em segundo plano para disponibilizar as autorizações necessárias no prazo de duas horas.

Se o segurado não cumprir estes requisitos, a seguradora aplicará uma penalização de 25% (vinte e cinco por cento), o que significa que será pago um reembolso de apenas 75% (setenta e cinco por cento) do montante devido.



Adicionar grupos e trabalhadores

1. Quando é que se pode dispensar a subscrição médica?

Se um grupo de 10 ou mais trabalhadores estiver inscrito, a seguradora pode dispensar a exigência de subscrição médica. A decisão basear-se-á na avaliação, pela seguradora, do perfil de risco do grupo. Se a seguradora dispensar a exigência de declarações de saúde, isso significa que há uma aceitação imediata e total dos trabalhadores e dependentes que se pretende inscrever.

2. Se a subscrição médica resultar na decisão de se cobrar um prémio adicional, existem outras opções?

Na maioria dos casos, a seguradora oferece a opção de exclusão da condição médica, que levou à aplicação do prémio adicional. Mas existem algumas doenças que têm um efeito generalizado em muitos sistemas do corpo, e nesse caso a seguradora não aprova a opção de exclusão. Dito isto, a seguradora recomenda sempre a aceitação do prémio adicional, para garantir que o indivíduo tenha a cobertura que necessita para cuidar bem da sua saúde.

3. Se o empregador se transferir para a seguradora enquanto um trabalhador estiver a receber tratamento, o que acontece?

Se houver mais de 10 trabalhadores, não deverá haver qualquer impacto. A seguradora acompanhará qualquer tratamento que já tenha sido aprovado pela seguradora actual, desde que isto esteja em consonância com os limites, condições e exclusões da sua apólice. Se houver menos de 10 trabalhadores, a seguradora pode aplicar um prémio adicional ou exclusão no processo de subscrição médica.

4. Quem estabelece as regras relativamente a quem pode ser incluído na apólice?

O empregador estabelece as regras relativamente a quem pode ser incluído na apólice e pode optar por um dos seguintes conjuntos de regras:

- a) Obrigatório para todos os trabalhadores
- b) Obrigatório para todos os trabalhadores e seus dependentes
- c) Obrigatório para uma categoria específica de trabalhadores
- d) Obrigatório para uma categoria específica de trabalhadores e seus dependentes.

A categoria dos trabalhadores é declarada no formulário de adesão. Esta categorização tem por objectivo assegurar que um evidente grupo de indivíduos possa ser definido e que todos os trabalhadores que se enquadrem nesta descrição sejam incluídos.

5. Quando é que se considera alguém como dependente?

As seguintes pessoas, que sejam financeiramente dependentes do segurado principal:

- a) Cônjuge ou cônjuges legais (ou parceiro ou parceiros em união de facto)
- b) Filhos solteiros até ao final do ano de seguro em que o filho segurado fizer 26 anos de idade.

6. Há alguma coisa importante que é necessário recordar quando se adicionam bebés recém-nascidos?

O segurado pode cobrir não só recém-nascidos como também crianças adoptadas ou sob tutela. Basta recordar que o pedido deve ser feito no prazo de dois meses após o nascimento, adopção ou tutela, para evitar que seja necessária uma subscrição médica. Assim que for adicionada, a criança terá cobertura completa a partir da data de nascimento, adopção ou tutela.

7. Qual é a idade máxima do novo membro?

Só é possível inscrever trabalhadores e cônjuges com menos de 65 anos de idade. Se não tiverem sido inscritos antes do seu 65º aniversário, não são elegíveis para cobertura.

8. O empregador pode decidir, a meio do ano, alterar a selecção do plano ou a área de cobertura?

Normalmente, este tipo de mudança só pode ser feito no momento da renovação. No entanto, se o segurado se estiver a mudar para um país que não esteja dentro da área de cobertura originalmente escolhida pelo empregador, então a seguradora terá de a alterar. O empregador terá de obter a respectiva aprovação relativa ao país para onde o segurado se vai mudar e lembrar-se de que toda a família deve ter a mesma área de cobertura. Se o segurado se estiver a mudar para os EUA, e os planos seleccionados disserem respeito às Opções 1 ou 2 em qualquer das etapas, então o membro e todos os seus dependentes têm de adoptar um plano superior.

Informações adicionais sobre certos benefícios e condições

1. A cobertura persiste se houver uma epidemia ou pandemia?

Sem dúvida, a seguradora não tem qualquer exclusão para tratamentos no caso de uma epidemia ou pandemia mas, como todos vimos recentemente, embora a evacuação possa ser desejável, nalguns casos será impossível se o país de destino preferido não estiver aberto a pessoas com a doença.

2. Preocupado com trabalhadores e dependentes com condições crónicas?

Se o segurado padecer de doença crónica, a seguradora sabe que a medicação que o segurado possa ter de tomar só para gerir a doença, bem como o acompanhamento exigido por um médico especialista, poderá esgotar rapidamente os benefícios ambulatoriais. A seguradora acredita que os benefícios ambulatoriais devem ser canalizados para as necessidades de tratamento do dia a dia, monitorização pré-natal e primeiro diagnóstico. Para garantir que os benefícios das pessoas com condições crónicas não se esgotem antes da maioria das outras pessoas e evitar que essas pessoas sintam dificuldades para continuarem incluídas no seu protocolo de tratamento, foram incluídas as Doenças Crónicas na secção referente à Gestão de condições de saúde, que cobre o tratamento num hospital ou centro de tratamento reconhecido, bem como o custo dos médicos especialistas e medicamentos prescritos.

3. O que considera ser uma condição crónica?

A seguir encontra-se uma lista de doenças, mas estas não se destinam a ser as únicas doenças que a seguradora vai cobrir, uma vez que existem muitas mais, estas são apenas as mais comuns. Se a doença do segurado não estiver indicada na lista, o segurado pode submeter os respectivos pormenores à seguradora para avaliação sobre se é de gravidade comparável, considerando que a definição de uma condição crónica por parte da seguradora é o facto de se tratar de uma doença que tem duas ou mais das seguintes características:

- é de natureza recorrente
- não tem cura conhecida e geralmente reconhecida
- de modo geral não é considerada como respondendo bem ao tratamento
- requer tratamento paliativo
- requer supervisão ou monitorização prolongada
- leva o segurado a tornar-se um inválido permanentemente.

Doença de Addison	Doenças coronárias	Glaucoma
Asma	Doença de Crohn	Hemofilia
Bronquiectasia	Diabetes insípida	Colite ulcerosa
Insuficiência cardíaca	Diabetes mellitus tipo 1 e 2	Lúpus eritematoso sistémico
Cardiomiopatia	Disritmias	Artrite reumatóide
Doença pulmonar obstrutiva crónica	Epilepsia	Doença de Parkinson
Afecções psiquiátricas crónicas	Hipotiroidismo	Hiperlipidemia
Nefropatia crónica	Hipertensão	Esclerose múltipla

Um outro ponto que convém referir quando se fala de condições crónicas é o facto de a seguradora não excluir defeitos congénitos ou hereditários.

4. As pessoas estão cobertas em caso de guerra?

Se uma pessoa for *participante activa* numa guerra ou num acto de terrorismo, não beneficia de cobertura ao abrigo da apólice. Mas se a pessoa for *vítima* de um acto de guerra ou de terrorismo está coberta. Se uma guerra (ou uma situação bélica) eclodir enquanto alguém visitar um país (para fins comerciais ou recreativos), tem de deixar o país em 14 dias para evitar que a sua cobertura cesse.

Preocupações comuns dos membros

Como se depreende de algumas perguntas que a seguradora recebe dos membros, solicitando-lhe que inclua ou altere determinados benefícios, torna-se necessário garantir que a seguradora destaque alguns pontos fundamentais ao segurado.

1. Porque é que o meu cônjuge ou eu só podemos fazer uma mamografia, um rastreio do cancro da próstata ou teste de Papanicolau em determinados intervalos de tempo ou idades?

Os intervalos de tempo e as idades indicadas pela seguradora estão em conformidade com as directrizes da Organização Mundial de Saúde para os cuidados preventivos. Tais directrizes, contudo, só se aplicam se a pessoa segurada for assintomática. Também não se aplicam se o médico do segurado considerar ser *medicamente necessário* efectuar testes mais cedo ou com maior frequência. Por outras palavras, se o segurado tiver um sintoma preocupante que leve o seu médico a prescrever um destes rastreios para apoiar um diagnóstico, pode efectuar tal rastreio. Além disso, se tiver uma história pessoal ou familiar que o coloque numa categoria de risco mais elevado para qualquer uma das doenças que os rastreios preventivos testam, pode apresentar as recomendações do seu médico para os rastreios.

2. O que acontece se o meu bebé precisar de tratamento imediatamente ou muito pouco tempo depois de nascer?

Se o seu bebé precisar de tratamento imediatamente ou logo após o nascimento, emitiremos uma garantia de pagamento para esse cuidado ao abrigo do plano da mãe. Estes cuidados estão sujeitos aos limites dos benefícios em vigor no plano da mãe. Além disso, este benefício só pode ser activado se as regras de adesão permitirem a inclusão de dependentes. O segurado deve avisar, assim que possível, a sua entidade patronal para incluir o bebé na apólice (isto deve ser feito, o mais tardar, dois meses após a data de nascimento).

3. As doenças ou defeitos congénitos e hereditários estão cobertos?

A seguradora não exclui as doenças ou defeitos congénitos ou hereditários, o que significa que todos os benefícios e tratamentos disponíveis podem ser utilizados para essas condições. O segurado deverá lembrar-se que algumas podem até ser consideradas condições crónicas e abrangidas nesta secção de benefícios.

4. A ortodontia está coberta e existem algumas limitações que a seguradora deva ter em conta?

A ortodontia está coberta como um tratamento de restauração significativo ao abrigo do benefício de estomatologia. Só está coberta para crianças com idade inferior a 18 anos.

5. Se um membro necessitar de um transplante de órgão, quem paga os custos do dador vivo?

As despesas incorridas com o dador vivo, incluindo os exames preliminares do dador, a cirurgia e a recuperação pós-operatória, são cobertas pelo plano do segurado, tendo em conta que a soma dos tratamentos de ambas as partes está sujeita aos limites dos benefícios e ao limite máximo anual.

Estão excluídas as seguintes despesas:

- Custos relacionados com a procura de um dador.
- Custos para aquisição do órgão (caso seja cobrado um preço pelo órgão).
- Custos incorridos com o transporte do dador vivo ou do órgão do dador e/ou qualquer outra compensação financeira ao dador.

6. Muitas seguradoras parecem excluir o tratamento necessário devido a drogas, álcool ou suicídio. Como responde a seguradora?

A seguradora compreende que a toxicod dependência e a depressão são condições clínicas e, por isso, prevê que uma pessoa segurada receba tratamento até \$150.000 por tempo de vida para tratamento decorrente de, ou de alguma forma relacionado com, tentativa de suicídio, toxicod dependência e/ou alcoolismo, incluindo os custos de centros de tratamento de reabilitação registados. O tratamento necessário será coberto em termos do benefício aplicável e de qualquer limite ou sublimite no momento da apresentação do pedido de cobertura.

7. O autismo e os distúrbios de défice de atenção estão cobertos?

A seguradora não exclui estas condições, o que significa que, desde que o tratamento medicamente necessário (de acordo com as melhores práticas), tal como prescrito por um médico, esteja indicado e incluído nos benefícios, será coberto.

Tentamos destacar nestas perguntas frequentes alguns itens chave que a maioria das pessoas deseja saber. No entanto a melhor maneira de entender as regras, exclusões e benefícios é ler os termos e condições gerais da apólice. Tentamos escrevê-lo de maneira que seja fácil de entender e solicitamos do seu feedback se encontrar algum ponto que não esteja claro e conciso.

Estamos empenhados em prestar um serviço de classe mundial, comprometemo-nos a cumprir os objectivos indicados abaixo e orgulhamo-nos da forma como frequentemente conseguimos obter resultados ainda melhores do que os esperados.

	ACTIVIDADE	INDICADORES-CHAVE DE DESEMPENHO	OBJECTIVO
	GESTÃO DE OPERAÇÕES		
	Pedidos de reembolso pagos aos membros	Tempo médio de resposta entre a data de recepção do pedido e a data de validação do pedido	5 dias
	Garantia de Pagamento	Tempo médio de resposta entre o pedido e a emissão da GDP	5 dias
	E-mails	Tempo médio de resposta desde a recepção até à resposta ao email	2 dias
	Chamadas	Taxa de abandono de chamadas % de chamadas atendidas em 15 segundos	<=3% 80%
	Reclamações	Tempo médio de resposta desde a recepção da reclamação até ao seu encerramento	90% <5 dias
	Movimento de todo o processo	Tempo médio de resposta desde a recepção até ao processamento	5 dias

Números gratuitos ou locais

Também nos orgulhamos da nossa lista cada vez maior de números de telefone locais disponíveis para os membros. Isto significa que os nossos membros podem contactar-nos a partir do país onde vivem ou que possam estar a visitar, da forma mais fiável e económica possível.

Já temos 17 números locais, e em breve outros 20 e mais.



TODOS TÊM UM PAPEL A DESEMPENHAR

Reunindo o melhor que todos têm para oferecer, podemos satisfazer as necessidades de serviço de classe mundial dos nossos clientes, conformidade legal e conhecimento local.

Hollard Health International (célula protegida na Manzillo Insurance (PCC) Limited)

Resseguradora de parceiros locais
Aquisição de outro resseguro profissional
A seguradora nalgumas apólices de expatriados

Seguradora a Nível Nacional

Seguradora de referência
Classificação da conformidade regulamentar
Pagamento de impostos locais
Presença física
Conhecimentos locais
Vendas locais
Gestão de contas locais

Hollard Health (Pty) Ltd

Determinação de preços e subscrição técnica
Concepção do produto
Gestão de contas
Adesão e remoção de membros
Facturação e controlo de crédito
Cálculo e reconciliação das comissões de corretagem

AXA PPP Healthcare Limited

Resseguradora da HHI
Desenvolver oportunidades comerciais na África Oriental e Austral
Apoio à subscrição técnica

HealthMov Solutions Ltd

Criadora da aplicação HealthMov
Gestora de prestadores de serviços de recompensas

Henner SAS

Gestão das interações com os membros 24/7/365

- Portal
- Aplicação
- Tele-saúde

Gestão dos pedidos de reembolso
Interação com o prestador de serviços de evacuação médica



OS VALORES DA HOLLARD

A nossa origem

A Hollard nasceu em África e a nossa forma de estar é inspirada por cada região que servimos. Somos uma empresa financeiramente sólida e somos totalmente empenhados em África.

Constituída em 1980 a empresa oferece seguros de vida e não vida, bem como produtos de investimento, a uma base diversificada de clientes, incluindo consumidores individuais, entidades comerciais e clientes empresariais.

Agimos em função de objectivos concretos e atendemos aos nossos benefícios sociais lado a lado com as nossas contribuições com accionistas. Desde o início, as 'parcerias' têm estado no centro do nosso modelo empresarial. O Grupo orgulha-se de ter actualmente mais de 100 empreendimentos em toda a cadeia de valor dos seguros, cada um dos quais apoia o nosso objectivo de permitir que um número crescente de pessoas crie e assegure um futuro melhor.

O nosso Grupo tem mais de 4 milhões de segurados, empregamos mais de 3 000 pessoas em todo o mundo e registámos mais de 2,5 mil milhões de dólares em receitas decorrentes de prémios do ano financeiro até Junho de 2021.

Como cliente da Hollard, saiba que vai ser tratado com respeito, dignidade e, acima de tudo, um sentido de humanidade comum. Esperamos que a nossa postura observe os mais rigorosos padrões de integridade e, embora não possamos afirmar que acertamos sempre, nunca deixamos de melhorar e inovar, permitindo que mais pessoas criem e assegurem um futuro melhor.





AGIR EM PROL DO PROGRESSO HUMANO PROTEGENDO O QUE É IMPORTANTE

A AXA PPP Healthcare Limited, que exerce a sua actividade como AXA Health, faz parte do Grupo AXA, uma das principais marcas de seguros do mundo.

Presente em 51 países, os 145.000 colaboradores e distribuidores da AXA estão empenhados em servir os nossos 93 milhões de clientes. As nossas áreas de especialização são aplicadas a uma série de produtos e serviços adaptados às necessidades de cada cliente em três grandes ramos de actividade: seguros patrimoniais e de acidentes, vida e poupança e gestão de activos.

O ADN profundamente enraizado da AXA que se norteia pelo impacto positivo que traz à sociedade e ao ambiente é inspirado pelos seus colaboradores. Pessoas qualificadas, motivadas e com objectivos definidos permitem que o Grupo aja em prol do progresso humano, protegendo o que é importante para os nossos clientes.

O Grupo alcança este objectivo através de uma cultura assente nos valores da AXA e de um ambiente de trabalho que abraça as contribuições individuais de todos, fomenta a aprendizagem e o desenvolvimento pessoal e apoia o bem-estar dos colaboradores nas actuais formas de trabalho inteligentes.

Se quiser saber mais sobre a AXA, visite axa.com.



HOLLARD SEGUROS MOÇAMBIQUE - QUEM SOMOS

Em 2001, a Hollard Seguros Moçambique abriu portas em Maputo e tornou-se conhecida por fornecer soluções de seguros especificamente adaptadas ao mercado moçambicano, e serviços de qualidade aos seus clientes. Em 2008, a Hollard Moçambique consolidou as suas ofertas de seguros de vida para estabelecer a Hollard Vida (que opera sob uma licença separada, mas que continua a fazer parte da Hollard Moçambique). O nosso negócio combinado tornou-se uma das seguradoras líderes em Moçambique, fornecendo uma gama completa de produtos de seguros empresariais, comerciais e pessoais, concebidos para satisfazer as diversas necessidades dos nossos clientes.

Com a sede em Maputo, temos uma rede nacional que nos permite fornecer produtos e serviços a todos os moçambicanos. Orgulhamo-nos da nossa extensa rede de sucursais de serviço completo que foi estabelecida nas principais cidades provinciais ao longo dos últimos 10 anos. Com a sede da Hollard Moçambique em Maputo (Sul), filiais em Nacala (Norte), Tete (Oeste) e Beira (Leste), podemos servir os nossos clientes em todo o país.

A Hollard Seguros desempenha um papel crítico em todas as iniciativas de desenvolvimento relacionadas com seguros em Moçambique com as autoridades reguladoras do sector financeiro, o Governo de Moçambique e os seus parceiros internacionais de desenvolvimento.

É o subscritor principal nomeado para as iniciativas de investigação e desenvolvimento de produtos de seguros paramétricos em Moçambique, com o apoio do Banco Mundial e um fundo de subsídios de prémios apoiado pelo Governo de Moçambique. É também o Coordenador do Sub-Grupo de Trabalho de Seguros e Pensões na Estratégia de Inclusão Financeira de Moçambique, sob a liderança do Banco Central de Moçambique.

Em 20 anos (juntamente com as nossas resseguradoras), pagámos mais de 6 mil milhões de milhões de meticais ou 120 milhões de dólares de sinistros. Ao longo do período, sofremos nada menos do que 13 catastróficos ciclones e tempestades severas. Sempre procurámos colocar os nossos clientes, sejam cidadãos moçambicanos ou empresas, na mesma posição em que se encontravam antes da perda – proporcionando retenção de riqueza, consolidação económica, e resiliência.

Apoiado pelo Grupo Hollard, a Hollard Moçambique é apaixonadamente impulsionada pelo seu objectivo de permitir às pessoas e empresas em Moçambique e assegurar um futuro melhor através da optimização de oportunidades de criação de valor e riqueza.



HENNER - ESTAMOS AQUI PARA CUIDAR DE SI

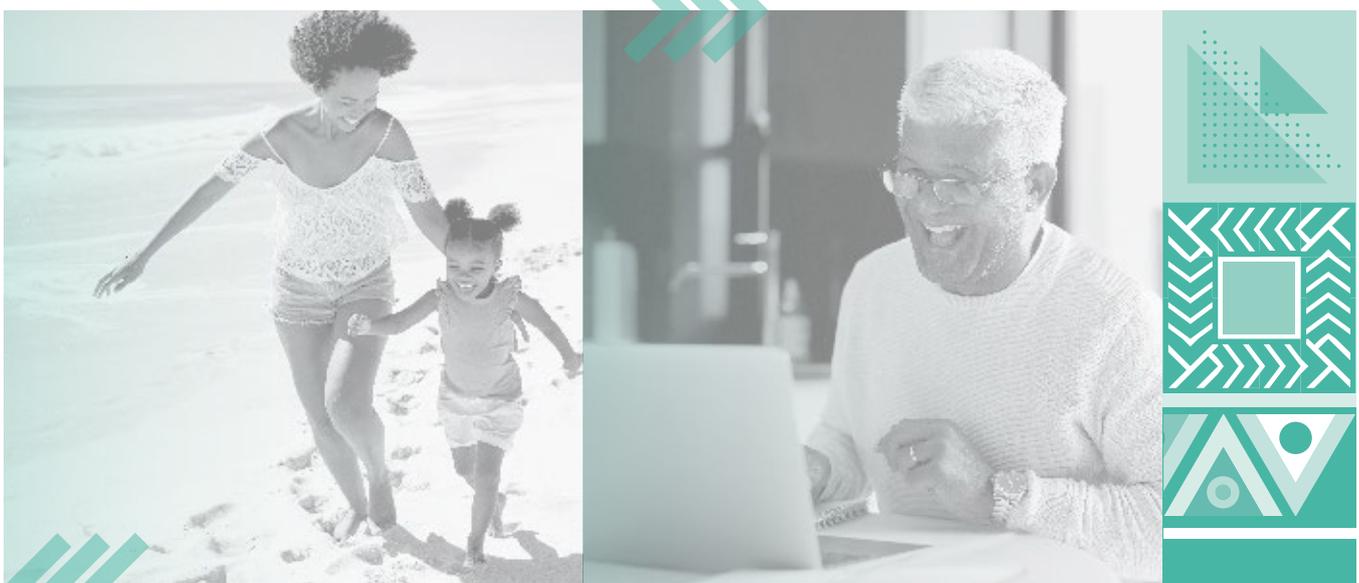
A Henner, um grupo internacional independente criado em 1947 em França, é um grande especialista em consultoria, concepção e gestão de soluções inovadoras de cuidados de saúde internacionais. Com uma forte **presença internacional em 4 continentes**, a nossa empresa tem **1 550 funcionários** na Europa, Ásia, África e América do Norte.

Activa em todos os segmentos de seguros de saúde e de vida - saúde, morte e invalidez, reforma - mais de **15.000 companhias e organizações de todas as dimensões** confiam na Henner para gerir planos de seguros para mais de **2 milhões de membros**.

Como **administrador independente de terceiros**, a Henner colocou sempre os clientes no centro do seu modelo empresarial. Graças a esta abordagem e aos nossos **75 anos de experiência** no campo dos seguros médicos, as nossas **relações com os clientes** duram, em média, **26 anos**.

A Henner tem clientes provenientes de uma vasta gama de sectores, o que nos dá uma perspectiva única para compreender e antecipar as tendências do mercado e fornecer soluções adaptadas às próprias necessidades específicas dos clientes. Para assegurar que os membros tenham acesso a cuidados de saúde onde quer que estejam, o Grupo criou uma das **mais fortes redes mundiais de parceiros de propriedade exclusiva na área dos cuidados de saúde** no sector.

Trabalhamos no sentido de proporcionar uma experiência única e serviços de ponta aos nossos membros. A nossa abordagem holística relativamente à gestão da saúde, a abordagem inovadora à contenção de custos e o investimento contínuo nos nossos serviços médicos e de bem-estar apoiam os nossos clientes na criação de populações mais saudáveis e planos de saúde sustentáveis.



A NOSSA PEGADA

As seguradoras a nível nacional atribuem-nos o valioso estatuto de conformidade com as leis nacionais. Continuaremos a aumentar a nossa pegada de forma a assegurar que podemos ajudar um crescente de residentes nacionais locais em toda a África.





Hollard.
seguros

Em parceria com a Hollard.
health