

Proposta Allianz Acidentes Pessoais INDIVIDUAL

CORRETOR:

TEL:

CEL:

SUSEP:

CÓDIGO:

FILIAL:

NÚMERO DA PROPOSTA:

RAMO 81-ACIDENTES PESSOAIS INDIVIDUAL VIGÊNCIA DAS 24H DE __/__/____ ÀS 24H DE __/__/____



INFORMAÇÕES DO PROPONENTE

NOME: CPF: DATA DE NASCIMENTO:
NOME SOCIAL:
E-MAIL: TELEFONE:
ENDEREÇO: BAIRRO:
CIDADE: ESTADO: CEP:
TIPO DE SEGURO: PRÁTICA ESPORTE RADICAL?
CASO SIM, INDIQUE QUAL:
IDADE: SEXO:
PROFISSÃO: FAIXA SALARIAL: Acima de R\$



INFORMAÇÕES DO PAGADOR

NOME DO PAGADOR: NOME SOCIAL:
E-MAIL DO PAGADOR: TELEFONE:
ENDEREÇO: NÚMERO: COMPLEMENTO:
BAIRRO: CIDADE: ESTADO:



PACOTE ESCOLHIDO

PACOTE	COBERTURAS	ASSISTÊNCIAS
Simplificado	MA - Morte Acidental IPA - Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente	Funeral Familiar até R\$5.000,00

PACOTE	COBERTURAS	ASSISTÊNCIAS
Básico	MA - Morte Acidental IPA - Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente DMHO - Despesas Médicas, Hospitalares e Odontológicas (até 10% da cobertura de Morte Acidental limitado a R\$ 10.000,00)	Funeral Familiar até R\$5.000,00
Plus	MA - Morte Acidental IPA - Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente DIT - Diária por Incapacidade Temporária (Até 90 diárias com capital de 0,2% da cobertura de morte acidental, limitado a diária de R\$125,00)	Funeral Ampliado até R\$ 7.000,00 2ª Opinião Médica Internacional
Master	MA - Morte Acidental IPA - Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente DMHO - Despesas Médicas, Hospitalares e Odontológicas (até 10% da cobertura de Morte Acidental limitado a R\$ 10.000,00) DIT - Diária por Incapacidade Temporária (Até 90 diárias com capital de 0,2% da cobertura de morte acidental, limitado a diária de R\$125,00)	Funeral Ampliado até R\$ 7.000,00 2ª Opinião Médica Internacional Descontos em Medicamentos Assistência Nutricional

CAPITAL CONTRATADO (R\$):

Capital Mínimo: R\$10.000,00 / Capital Máximo: R\$2.000.000,00

INFORMAÇÕES DE PAGAMENTO

DIA DO PAGAMENTO:

Boleto Bancário: O Prazo de vencimento da primeira parcela é calculado 20 dias a partir da data de emissão e das demais parcelas de acordo com o dia escolhido nos meses subsequentes.

Débito em Conta: O Prazo de vencimento da primeira parcela é calculado 20 dias a partir da data de emissão e das demais parcelas de acordo com o dia escolhido nos meses subsequentes.

Cartão de Crédito: O Prazo de vencimento da primeira parcela é de acordo com a data de emissão/desbloqueio da apólice.

Valor do prêmio mensal: _____ Quantidade de parcelas: _____ Valor da parcela: _____
(incluso IOF vigente)

BANCO: _____

AGÊNCIA: _____ C.C.: _____



BENEFICIÁRIOS

NOME	DATA DE NASCIMENTO	PARENTESCO	% DE DISTRIBUIÇÃO

Na ausência de indicação, o capital segurado será pago nos termos da legislação em vigor (Art.792 do Código Civil Brasileiro). A alteração do beneficiário pode ser realizada a qualquer momento, mediante preenchimento do formulário "atualização do beneficiário" disponível no site da Allianz www.allianz.com.br.



CLÁUSULAS

- A aceitação do seguro estará sujeita à análise do risco.
- O valor segurado² e o preço² serão atualizados monetariamente anualmente pelo IPCA/IBGE. O índice e a periodicidade de correção poderão ser alterados por lei ou por determinação da SUSEP (Superintendência de Seguros Privados).
- Em caso de discordância em relação às decisões tomadas pela Allianz na execução do contrato de seguro você pode entrar em contato com a Linha Direta Allianz.

CONHEÇA AS COBERTURAS E ASSISTÊNCIAS.

Aqui você encontra o resumo das coberturas e assistências do Allianz Acidentes Pessoais Individual. Cada cobertura e assistência tem as suas regras e condições. Consulte as Condições Gerais para mais detalhes, disponíveis no site da Allianz: www.allianz.com.br



MORTE ACIDENTAL - MA

Indenização do valor segurado aos beneficiários em caso de morte do segurado titular por acidente, conforme estipulado nas Condições Gerais do produto.



INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL OU PARCIAL POR ACIDENTE - IPA

Indenização proporcional em caso de perda, redução ou impotência funcional definitiva, total ou parcial, de um membro ou órgão do segurado titular por acidente, conforme estipulado nas Condições Gerais do Produto.



DESPESAS MÉDICAS, HOSPITALARES E ODONTOLÓGICAS - DMHO

Reembolso de despesas médicas, hospitalares e odontológicas para o tratamento do segurado, desde que iniciado até 30 dias após o acidente coberto e sob orientação e prescrição de médico habilitado. Limitado a até 10% do capital da cobertura de Morte Acidental, com um máximo de R\$10.000,00.



ASSISTÊNCIA FUNERAL FAMILIAR

Oferece serviços funerários em caso de falecimento do segurado **titular, cônjuge/companheiro(a)** (todos com até 70 anos de idade na data da inclusão na apólice) **e filhos**, conforme as regras do Imposto de Renda.



ASSISTÊNCIA FUNERAL AMPLIADA

Oferece serviços funerários em caso de falecimento do segurado **titular, cônjuge/companheiro(a), pais e sogros** (todos com até 70 anos de idade na data da inclusão na apólice) **e filhos**, conforme as regras do Imposto de Renda.



DESCONTO EM MEDICAMENTO

Até 59% de desconto em medicamentos em mais de 2.000 farmácias parceiras em todo o Brasil. Consulte os medicamentos e estabelecimentos credenciados através do telefone: **08000 55 1640**.



2ª OPINIÃO MÉDICA INTERNACIONAL

Serviço de consultoria médica internacional destinado a pacientes previamente diagnosticados, que possibilita um rápido e eficaz acesso a opiniões de profissionais médicos altamente qualificados, com especialização no tipo de enfermidade apresentada.



ASSISTÊNCIA NUTRICIONAL

Serviço de orientações alimentares de Nutricionista ou Profissional de Nutrição, com o objetivo de auxiliar o segurado em uma vida mais saudável.

Confira as assistências disponíveis conforme o pacote escolhido, os limites de cobertura e idade para contratação nas Condições Gerais, disponíveis no site www.allianz.com.br.

DECLARAÇÃO PESSOAL DE SAÚDE

1) Está ativo profissionalmente e em plenas condições físicas para trabalhar?

RESPOSTA:

2) É ou foi portador(a), nos últimos 3 (três) anos, de doença(s) de caráter agudo ou crônico que demandasse, obrigatoriamente, tratamento(s) com acompanhamento médico especializado? Caso positivo, informe o (s) diagnóstico (s) e tratamento(s).

RESPOSTA:

3) Foi submetido(a) a tratamento cirúrgico nos últimos 3 anos? Inclusive biópsia? Caso positivo, informar a data e o diagnóstico pós-operatório:

RESPOSTA:

4) Tem deficiências de órgãos, membros ou sentidos (exemplos: visão ou audição)? Em caso positivo, esclareça a deficiência e o grau:

RESPOSTA:

5) Pratica paraquedismo, voo livre, voo de ultraleve, esportes radicais e perigosos. Participa de competições esportivas em caráter amador ou profissional? É tripulante amador ou profissional de aeronave? Se sim, esclareça.

RESPOSTA:

6) Informar peso e altura:

Peso (Kg):

Altura (m):

[Acesse as Condições Gerais do Produto disponível no site allianz.com.br](http://allianz.com.br)

Local e data

Assinatura do proponente ou responsável legal

Estou ciente e de acordo que não haverá cobertura para evento ou doenças preexistentes à contratação deste seguro, conforme previsto nas Condições Gerais.

Local e data

Assinatura do proponente ou responsável legal

AUTORIZAÇÃO DE DÉBITO

Autorizo o débito na conta corrente nº _____ Agência _____ do Banco _____ do valor correspondente às parcelas e nas datas acordadas nesta proposta. Estou ciente de que não serão aceitos depósitos na conta da Allianz para quitação de parcelas. Em caso de não pagamento das parcelas, a vigência do seguro será alterada de acordo com a cláusula de pagamento de prêmio, conforme condições gerais do contrato de seguro.

Local e data

Assinatura do proponente ou responsável legal

DECLARAÇÃO DO PROPONENTE

Declaro, para todos os fins, ter prestado informações completas e verídicas, bem como ter recebido as Condições Gerais do seguro e estar ciente e de acordo com o seu conteúdo. Estou ciente e de acordo que perderei o direito a uma eventual indenização caso seja constatada a falsidade de qualquer informação prestada (Art. 766 do Código Civil Brasileiro). Declaro ter conferido todos os valores, prazos e datas e beneficiários, estando de pleno acordo com as informações, que expressam fielmente a minha vontade.

Declaro, ainda, estar ciente de que na ausência de indicação de beneficiários, o capital será pago nos termos da legislação em vigor (Art. 792 do Código Civil Brasileiro). As declarações ou respostas dadas por mim ao questionário são verdadeiras e nada que pudesse influenciar na aceitação do seguro ou na taxa do prêmio foi omitido. A aceitação desta proposta ficará condicionada à análise da seguradora, podendo ser recusada dentro do prazo de 15 dias a partir da data do protocolo do recebimento da mesma. Durante o prazo de 15 dias a seguradora poderá solicitar documentação complementar, para análise e aceitação do risco.

Não havendo manifestação da seguradora dentro do prazo de 15 dias, o risco estará automaticamente aceito. A não aceitação da proposta de contratação, será comunicada, por escrito, ao proponente, seu representante legal ou corretor de seguros, justificando a recusa. O início de vigência de cobertura da apólice respeitará a data de aceitação e/ou o critério informado na proposta. A data de emissão da apólice e/ou sua disponibilização será considerada como data de aceitação do risco.

Autorizo o envio de boletos bancários de cobrança, em formato digital, através do e-mail cadastrado nesta proposta, juntamente com o documento de resumo da apólice, podendo, sempre que desejar e expressamente solicitar, ter o envio físico e tradicional dos boletos de cobrança, entrando em contato com a Linha Direta Allianz.

Local e data

Assinatura do proponente



TERMO DE CONSENTIMENTO PELO REPRESENTANTE LEGAL PARA TRATAMENTO DE DADOS PESSOAIS DE MENORES DE 18 ANOS (SE APLICÁVEL)

Caso nesta Proposta sejam inseridos dados pessoais de menor(es) de 18 (dezoito) anos, declaro, enquanto signatário do documento e tendo em vista o disposto no artigo 14, § 1º, da Lei nº 13709/2018 - LGPD, SER O RESPONSÁVEL LEGAL DO MENOR E CONSENTIR DE FORMA LIVRE, INFORMADA E INEQUÍVOCA, ATRAVÉS DE MINHA ASSINATURA, COM O TRATAMENTO DOS REFERIDOS DADOS PESSOAIS DO MENOR, pela Allianz Seguros S.A., para os fins ora especificados.

Local e data

Assinatura do proponente



PRIVACIDADE DE DADOS PESSOAIS

Privacidade de Dados Pessoais: A Allianz declara cumprir a Lei nº13.709/2018 (LGPD) e demais leis e normas gerais vigentes que versem sobre proteção de dados pessoais, bem como os termos e condições previstos em sua Política de Dados (disponível no site allianz.com.br), garantindo o adequado tratamento dos dados pessoais e observando os direitos e garantias dos titulares dos dados.



DECLARAÇÃO DO CORRETOR

Declaro que entreguei ao Proponente as Condições Gerais do Seguro, o qual está ciente de seu conteúdo, que a declaração de saúde e a indicação de beneficiários foram preenchidas pelo proponente titular, ou seu responsável, se menor, e que, segundo meu conhecimento, todas as informações, respostas e declarações desta proposta refletem a verdade, não contendo incorreções ou omissões.

Declaro, como Intermediário nesta contratação, que na forma da legislação vigente, dei cumprimento integral às disposições contidas na Resolução CNSP 382/2020, inclusive quanto à prévia disponibilização ao proponente das informações previstas no art. 4º, § 1º, da referida Resolução.

Local e data

Assinatura do corretor

PROCESSO SUSEP

SUSEP – Superintendência de Seguros Privados – Autarquia Federal responsável pela fiscalização, normatização e controle dos mercados de seguro, previdência complementar aberta, capitalização, resseguro e corretagem de seguros. Telefone de atendimento ao Público: 0800-021-8484. As condições contratuais/regulamento deste produto protocolizadas pela sociedade/entidade junto à SUSEP poderão ser consultadas no endereço eletrônico www.susep.gov.br, de acordo com o número de processo constante da apólice/proposta.

Processo SUSEP – 15414.002901.2007-26.

O segurado poderá consultar a situação cadastral do corretor de seguros e da sociedade seguradora no sítio eletrônico www.susep.gov.br.

O registro do produto é automático e não representa aprovação ou recomendação por parte da SUSEP.



Eduard Folch Rue
Presidente Allianz Seguros S.A.