

Proposta Allianz Vida

INDIVIDUAL

CORRETOR:

TEL:

CEL:

SUSEP:

CÓDIGO:

FILIAL:

NÚMERO DA PROPOSTA:

RAMO: 91 - VIDA INDIVIDUAL

VIGÊNCIA DAS 24H DE ___/___/___ ÀS 24H DE ___/___/___



INFORMAÇÕES DO PROPONENTE

NOME:

CPF/CNPJ:

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	Morte	Funeral Ampliado até R\$ 7.000,00
Básico	Morte IPA (Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente).	Funeral Ampliado até R\$ 7.000,00



PACOTE ESCOLHIDO

PACOTE	COBERTURAS	ASSISTÊNCIAS
Essencial	Morte IEA (Indenização Especial por Morte Acidental); IPA (Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente).	Funeral Ampliado até R\$ 10.000,00 . 2ª Opinião Médica Internacional. Desconto Medicamentos. Nutricional.
Plus	Morte IEA (Indenização Especial por Morte Acidental). IPA (Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente). IFPD (Invalidez Funcional Permanente Total por Doença).	Funeral Ampliado até R\$ 10.000,00 . 2ª Opinião Médica Internacional. Desconto Medicamentos. Nutricional.
Master	Morte IEA (Indenização Especial por Morte Acidental). IPA (Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente). IFPD (Invalidez Funcional Permanente Total por Doença). DC (Diagnóstico de Câncer).	Funeral Ampliado até R\$ 10.000,00 . 2ª Opinião Médica Internacional. Desconto Medicamentos. Nutricional.
Exclusivo	Morte IEA - (Indenização Especial por Morte Acidental). IPA - (Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente). DG - (Doenças Graves - 14 doenças).	Funeral Ampliado até R\$ 10.000,00 . 2ª opinião médica internacional. Desconto em Medicamentos. Nutricional.
Personalizada <small>Selecione as coberturas que deseja contratar</small>	Morte IEA - (Indenização Especial por Morte Acidental). IPA - (Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente). IFPD - (Invalidez Funcional Permanente Total por Doença). DC (Diagnóstico de Câncer). DG - (Doenças Graves - 14 doenças).	Funeral Ampliado: até R\$7.000,00 até R\$10.000,00 2ª opinião médica internacional. Desconto em Medicamentos. 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 10 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 10 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.
- Além da atualização monetária, os prêmios correspondentes a cada segurado serão reenquadrados anualmente, na data de aniversário da apólice, de acordo com a mudança de idade do segurado, conforme item 21 das Condições Gerais, que podem ser consultadas no site www.allianz.com.br.
- O capital segurado e o prêmio serão atualizados monetariamente anualmente pelo IPCA/IBGE, na falta deste, IPC/IBGE. O índice e a periodicidade de correção poderão ser alterados por lei ou por determinação da SUSEP (Superintendência de Seguros Privados).
- As indenizações das Coberturas Básicas (Morte) e Indenização Especial por Morte Acidental se acumulam, caso IEA seja contratada.
- Para conhecer a abrangência, limitações e exclusões das assistências, acesse o site da Allianz: www.allianz.com.br.
- 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.

MORTE - (NATURAL OU ACIDENTAL)

Indenização do valor segurado aos beneficiários em caso de morte do segurado titular, de forma natural ou acidental, conforme estipulado nas Condições Gerais do produto e no Contrato.

IEA - INDENIZAÇÃO ESPECIAL POR MORTE ACIDENTAL

Indenização aos beneficiários em caso de morte do segurado titular, causada exclusivamente por acidente pessoal, conforme estipulado nas Condições Gerais do produto e no Contrato.

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, em virtude de lesão física causada por acidente ocorrido dentro do período de vigência do seguro. Necessário comprovado por laudo médico, sem a possibilidade de reabilitação ou recuperação pelos meios terapêuticos disponíveis no momento de sua constatação, de acordo com as cláusulas das Condições Gerais e do contrato. A aposentadoria por invalidez concedida por instituições oficiais de previdência ou assemelhadas não caracteriza, por si só, o estado de invalidez permanente previsto nesta cobertura.

INVALIDEZ FUNCIONAL PERMANENTE TOTAL POR DOENÇA - IFPD

Indenização em caso de invalidez funcional total e permanente do segurado titular por doença que o impeça de realizar atividades e funções básicas do dia a dia. Garante ao segurado o pagamento antecipado do capital segurado contratado para a cobertura básica (morte), em caso de sua invalidez funcional total e permanente por doença, de acordo com as cláusulas das Condições Gerais e do Contrato.

Entende-se por invalidez funcional total e permanente por doença aquela que cause a ocorrência de quadro clínico que inviabilize de forma irreversível o pleno exercício das relações autonômicas do segurado, comprovado na forma definida nas Condições Gerais e/ou especiais do seguro.

DIAGNÓSTICO DE CÂNCER

Desde que contratada, garante a indenização após o cumprimento da carência obrigatória de 4 meses, contados a partir da vigência individual do seguro, ao segurado titular com diagnóstico definitivo de câncer de útero, ovário ou mama, para mulheres, e de próstata, para homens.



DOENÇAS GRAVES

Se o segurado apresentar um diagnóstico definitivo de alguma das doenças relacionadas abaixo, após o período de carência obrigatória, a contratação desta cobertura garante a indenização correspondente ao valor contratado.

14 tipos

Diagnóstico de Câncer



Acidente Vascular Cerebral



Infarto Agudo do Miocárdio



Transplante de Órgãos



Insuficiência Renal Crônica



Alzheimer



Diagnóstico de Surdez



Cirurgia de Revascularização Miocárdica com Implante De Ponte(s) Vascular(es) nas Artérias Coronárias (BYPASS).



Diagnóstico de Cegueira



Embolia Pulmonar ou Tromboembolismo (TEP)



Esclerose Múltipla



Paralisia de Membros



Doença de Parkinson



Perda Total da Fala



Informações importantes:

- Para todas as doenças previstas, somente há cobertura para a primeira doença diagnosticada ou cirurgia realizada comunicados à Allianz. Portanto, caso o segurado apresente outras doenças descritas caracterizada como doença grave, mesmo que apresente relação com a primeira, não há possibilidade de indenização complementar.
- **CARÊNCIA:** 120 dias para o Diagnóstico de Câncer e 90 dias para as demais coberturas.
- **FRANQUIA:** após cumprido o período de carência, a franquia é de 30 dias contados a partir da data do diagnóstico da doença ou da data em que o segurado for submetido à cirurgia coberta.
- **LIMITE DE UTILIZAÇÃO:** Uma vez utilizada esta cobertura, ela não poderá mais ser acionada nem renovada na atualização anual do seguro.
- **LIMITE DE IDADE:** esta cobertura será encerrada quando o segurado completar 70 (setenta) anos, sendo removido na atualização anual do seguro. Todos os demais direitos do segurado estarão preservados até o final de vigência da apólice, de acordo com as Condições Gerais. Para saber mais detalhes sobre as coberturas e assistências, consulte as Condições Gerais em www.allianz.com.br/vida-individual.



ASSISTÊNCIA FUNERAL AMPLIADO

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

Desde que contratado, o serviço de consultoria médica internacional garante ao segurado, previamente diagnosticado, um rápido e eficaz acesso a opiniões de profissionais médicos altamente qualificados e especializados no tipo de enfermidade apresentada, possibilitando a emissão de um parecer sobre o diagnóstico e o plano de tratamento, sem que o paciente saia do local de origem.



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) É ou já foi portador(a) de doença neoplásica(câncer)? Caso positivo, informar a data de início do tratamento e o atual diagnóstico da doença.

RESPOSTA:

4) Já fez uso de medicamento de forma rotineira, exceto anti-concepcional e reposição hormonal? Caso positivo, favor indicar o medicamento.

RESPOSTA:

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

RESPOSTA:

6) Foi submetido(a) a tratamento em regime de internação hospitalar no últimos 3 anos? Caso positivo, informar o período e o motivo:

RESPOSTA:

7) Já fez exame para diagnóstico de infecção pelo HIV ou outras infecções sexualmente transmissíveis? Caso positivo informar data e resultado.

RESPOSTA:

8) Fez exames especializados nos últimos 12 meses como: cateterismo, tomografia computadorizada, ecocardiograma, ressonância magnética, colonoscopia ou outros, exceto exames de retina?

RESPOSTA:

9) Foi submetido(a) a tratamento com radioterapia, quimioterapia, transfusão de sangue ou tratamento por período prolongado nos últimos 5 anos? Caso positivo, esclarecer.

RESPOSTA:

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

RESPOSTA:

11) Informar peso e altura:

Peso (Kg): _____

Altura (m): _____

Acesse as Condições Gerais do produto no site: www.allianz.com.br



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 ou responsável legal



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, para os fins ora especificados.

Local e data

Assinatura do proponente ou responsável legal



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



PRIVACIDADE DE DADOS PESSOAIS

A Allianz realiza o tratamento de seus dados pessoais observando a legislação vigente, termos e condições previstos em sua Política de Privacidade de Dados (disponível no site allianz.com.br), bem como adota medidas de segurança aptas a proteger os seus dados pessoais de acessos não autorizados e qualquer forma de tratamento ilícito ou inadequado.

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 – 15414.001289/2007-74

O segurado poderá consultar a situação cadastral de seu corretor de seguros, no site www.susep.gov.br, por meio do número de seu registro na SUSEP, nome completo CNPJ ou CPF:

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



Eduard Folch Rue
Presidente Allianz Seguros S.A.