

Proposta de adesão

Seguro de Vida

EM GRUPO

Inclusão

Alteração

Seguro novo

Exclusão

NÚMERO DA PROPOSTA:

APÓLICE:

INÍCIO DA VIGÊNCIA: ____/____/____

ESTIPULANTE:

CNPJ:

SUBESTIPULANTE:

CNPJ:



INFORMAÇÕES DO PROPONENTE

NOME:

CPF:

DATA DE NASC.: ____/____/____

IDADE:

ESTADO CIVIL:

SEXO: F

M

OCUPAÇÃO PRINCIPAL ATUAL:

RAMO:

TIPO DE DOC (RG/RNE/OUTROS):

Nº DO DOCUMENTO:

DATA DE EXP.: ____/____/____

ÓRGÃO EXP.:

TELEFONE:()

ENDEREÇO RES.:

Nº.:

COMP.:

BAIRRO:

CIDADE:

UF:

CEP:



DADOS DO CÔNJUGE/COMPANHEIRO(A) (preencher somente quando contratado o plano com cônjuge/companheiro(a)).

NOME DO CÔNJUGE/COMPANHEIRO(A):

CPF:

DATA DE NASC.: ____/____/____

IDADE:

ESTADO CIVIL:

SEXO: F

M

OCUPAÇÃO PRINCIPAL ATUAL:

RAMO:

TIPO DE DOC(RG/RNE/OUTROS):

Nº DO DOCUMENTO:

DATA DE EXP.: ____/____/____

ÓRGÃO EXP.:

TELEFONE.:()



| CAPITAIS SEGURADOS (R\$) | TITULAR | | CÔNJUGUE/ COMPANHEIRO(A) | | FILHOS | |
|--|---------|--------|-----------------------------|--------|---------|--------|
| | Capital | Prêmio | Capital | Prêmio | Capital | Prêmio |
| Morte | | | | | | |
| IEA - Indenização Especial por Acidente | | | | | | |
| IPA - Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente | | | | | | |
| IFPD - Invalidez Funcional Permanente Total por Doença | | | | | | |
| Diagnóstico de câncer | | | | | | |
| Doenças terminais | | | | | | |
| Rescisão trabalhista | | | | | | |
| Indenização complementar | | | | | | |
| Auxílio funeral | | | | | | |
| Auxílio cesta básica | | | | | | |
| IPTA - invalidez total por acidente | | | | | | |
| Diagnóstico câncer ampliado | | | | | | |
| Doenças graves | | | | | | |
| Morte acidental vítima de crime | | | | | | |
| Morte acidental em transporte público | | | | | | |
| IPA - transp. público | | | | | | |
| DIT por acidente | | | | | | |
| Diária de internação hosp. | | | | | | |
| Doença congênita de filhos | | | | | | |
| DMHO | | | | | | |
| Prêmio Mensal do Seguro (incluso IOF vigente) - TOTAL: | | | | | | |

IMPORTANTE

- As indenizações das Coberturas Morte e Indenização Especial por Morte Acidental se acumulam.
- Quando contratadas as coberturas para o cônjuge/companheiro(a) e filhos, o Beneficiário será o Segurado Principal.
- O cônjuge/companheiro(a), quando contratada cobertura, participará com percentual do capital segurado de morte do titular, respeitando as coberturas e os limites estabelecidos na apólice.
- Os filhos, quando contratada cobertura, participarão com percentual do capital segurado de Morte do titular, respeitando os limites estabelecidos na apólice.
- Para as coberturas de Diagnóstico de câncer, Diagnóstico de câncer ampliado e Doenças Graves: há carência por um período de 4 meses, contados a partir do início da vigência individual do seguro.
- Para a cobertura de Doenças Terminais: há carência por um período de 6 meses, contados a partir do início da vigência individual do seguro.
- Para a cobertura de Diária por Internação Hospitalar há carência por um período de 3 meses, contados a partir do início da vigência individual do seguro, nos casos de doença.

BENEFICIÁRIOS

| NOME | DATA DE NASCIMENTO | PARENTESCO | % DE DISTRIBUIÇÃO |
|------|--------------------|------------|-------------------|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

Declaro estar de acordo com o(s) beneficiário(s) acima e ciente de que, na ausência de indicação, o capital segurado será pago nos termos da legislação em vigor (Art. 792 do Código Civil Brasileiro).

Local e data

Assinatura do proponente

DECLARAÇÃO PESSOAL DE SAÚDE

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

Titular:

Cônjuge/Companheiro(a):

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).

Titular:

Cônjuge/Companheiro(a):

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.

Titular:

Cônjuge/Companheiro(a):

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

Titular:

Cônjuge/Companheiro(a):

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

Titular:

Cônjuge/Companheiro(a):

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

Titular:

Cônjuge/Companheiro(a):

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

Titular:

Cônjuge/Companheiro(a):

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

Titular:

Cônjuge/Companheiro(a):

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

Titular:

Cônjuge/Companheiro(a):

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

Titular:

Cônjuge/Companheiro(a):

11) Informar peso e altura:

Titular Altura: _____

Peso: _____

Cônjuge/companheiro(a) Altura: _____

Peso: _____

Peso: _____

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

Tem seguro de pessoas ou acidentes pessoais em vigor ou pendente de aceitação na Allianz Seguros ou em outra Seguradora? Caso positivo, relacione abaixo:

| SEGURADORA | INÍCIO DE VIGÊNCIA | MORTE NATURAL - R\$ | MORTE NATURAL - R\$ | IPTA- R\$ |
|------------|--------------------|---------------------|---------------------|-----------|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

Local e data

Assinatura do proponente

AUTORIZAÇÃO/DECLARAÇÃO DO PROPONENTE

Autorizo a inclusão do meu nome e de meu cônjuge/companheiro(a) e filhos (se houver a contratação pelo estipulante de cobertura para tais) na Apólice de Seguro de Vida em Grupo contratado pelo Estipulante, a quem concedo o direito de agir em meu nome no cumprimento de todas as cláusulas contratuais da referida Apólice, devendo todas as comunicações ou avisos inerentes ao contrato serem encaminhadas diretamente ao Estipulante que, para tal fim, fica investido dos poderes de representação ora outorgados. Entretanto, fica ressalvado que os poderes de representação ora outorgados não lhe dão direito de cancelar ou proceder qualquer alteração que gere ônus, dever ou redução dos meus direitos no seguro aqui proposto, no decorrer de sua vigência, salvo se obtiver anuência expressa de $\frac{3}{4}$ (três quartos) do grupo segurado, estando ciente, contudo, de que a Apólice poderá deixar de ser renovada em seu aniversário por decisão do Estipulante ou da Seguradora. Declaro que nada omiti em relação ao meu estado de saúde e/ou de meu cônjuge, tendo prestado informações completas e verídicas e ciente de que, de acordo com o Art.766 do Código Civil Brasileiro, se tiver omitido circunstâncias que possam influir na aceitação da proposta ou na taxa de prêmio, perderei o direito a uma eventual indenização ao valor do seguro, além de ficar obrigado ao pagamento do prêmio vencido. Concordo que as declarações que prestei passem a fazer parte integrante do contrato do seguro a ser celebrado com a Seguradora, ficando a mesma autorizada a utilizá-las em qualquer época, no amparo e na defesa de seus direitos, sem que tal autorização implique ofensa ao sigilo profissional.

Estou ciente de que a Seguradora disporá, para aceitação ou recusa, de 15 (quinze) dias da data do recebimento desta proposta em suas filiais. Em caso de recusa, o prêmio pago será devolvido com correção monetária. Autorizo o desconto em meu salário do prêmio de seguro contratado junto à Allianz Seguros, bem como a atualização dos valores segurados.

Caso o titular dos dados pessoais inseridos nesta Proposta seja menor de dezoito anos, a fim de atender o disposto no artigo 14 § 1º da Lei nº13709/2018 - LGPD, o responsável legal do menor consente, através desta Declaração, que a Allianz Seguros S.A. realize o tratamento dos dados aqui informados.

Declaro estar ciente de que eventuais dúvidas acerca das coberturas contratadas devem ser apuradas perante o estipulante e autorizo expressamente a inclusão de todos os dados e informações relacionadas ao presente seguro, assim como de todos os eventuais sinistros e ocorrências referentes ao mesmo, em banco de dados, aos quais a Allianz Seguros poderá recorrer para análise de riscos atuais e futuros e na liquidação de processos de sinistros.

Tendo lido a Política de Privacidade de Dados da Allianz (disponível no site allianz.com.br) e de acordo com a legislação vigente, estou ciente da necessidade de coleta, uso, armazenamento e processamento dos meus dados pessoais para os propósitos aqui especificados.

Local e data

Assinatura do proponente

AUTORIZAÇÃO/DECLARAÇÃO DO INTERMEDIÁRIO

Declaro que entreguei ao Proponente as Condições Gerais do Allianz Vida em Grupo, o qual está ciente de seu conteúdo, que a declaração de saúde e a indicação de beneficiários foram preenchidos de próprio punho 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.

CORRETOR:

CÓD. SUSEP:

CÓD. INTERNO:

CPF:

AGENCIADOR:

% PRÓ-LABORE:

Assinatura do corretor

DECLARAÇÃO DO CORRETOR

Declaro que entreguei ao Proponente as Condições Gerais do Allianz Vida em Grupo, o qual está ciente de seu conteúdo, que a declaração de saúde e a indicação de beneficiários foram preenchidos de próprio punho 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.

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 – 15414.006099.2002-39 .

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.

A aceitação do seguro estará sujeita à análise de risco.

Allianz Seguros S.A. CNPJ: 061.573.796/0001-66. Rua Eugênio de Medeiros, 303 - andar. 1-parte, 2 ao 9, 15 e 16 - CEP 05425-000 - Pinheiros - São Paulo-SP. Linha Direta Allianz: 4090 1110 (Capitais e Regiões Metropolitanas) e 0800 777 7243 (demais regiões) ou SAC 24 horas: 08000 115 215 e para Ouvidoria 0800 771 3313. Atendimento à pessoa com deficiência auditiva ou de fala 24 horas: 0800 707 1755.

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.