

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 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 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 em plenas condições físicas para trabalhar e ativo(a) profissionalmente?

Titular:

Cônjuge:

2) É ou foi portador(a) de doenças de caráter agudo ou crônico que o(a) obrigasse a fazer tratamentos com acompanhamento médico especializado nos últimos 3 anos? Caso positivo informe o(s) diagnóstico(s) e tratamento(s).

Titular:

Cônjuge:

3) É ou já foi portador(a) de doença neoplásica(cancer)? Caso positivo informar a data tratamento pós diagnóstico.

Titular:

Cônjuge:

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

Titular:

Cônjuge:

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

Titular:

Cônjuge:

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

Titular:

Cônjuge:

7) Já fez exame para diagnóstico de AIDS ou outras doenças sexualmente transmissíveis? Caso positivo informar data e resultado.

Titular:

Cônjuge:

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

Titular:

Cônjuge:

9) Já 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:

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

Titular:

Cônjuge:

11) Informar peso e altura:

Titular Altura: _____ Peso: _____

Cônjuge Altura: _____ Peso: _____

Acesse as condições gerais no site : <https://www.allianz.com.br>

Tem seguro de pessoas ou acidentes pessoais em vigor ou pendente de aceitação na Allianz Seguros ou em outra Seguradora? 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 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 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 utilizá-las em qualquer época, no amparo e na defesa de seus direitos, sem que tal autorização implique ofensa ao sigilo profissional.

Art. 96. Da proposta e das condições gerais do plano deverão constar as seguintes informações: I – “A aceitação do seguro estará sujeita à análise do risco”

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.

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 protocolizados 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: 10.002288/00-11

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

Allianz Seguros S.A.
Código: 5177
CNPJ: 061.573.796/0001-66 IE: 108.063.509.113
Rua Eugênio de Medeiros, 303
05425-000 São Paulo-SP

Linha Direta Allianz: 4090 1110 (Grande São Paulo) e
0800 777 7243 (Outras Localidades) ou SAC 24 horas:
08000 115 215 e para Ouvidoria 0800 771 3313 Atendi-
mento à pessoa com deficiência auditiva ou de fala 24
horas: 08000 121 239

Allianz Seguros - Cód. SUSEP 517.7 - CNPJ 061.573.796/0001-66 - Proc. SUSEP: 15414.006099/2002-39