

Allianz Vida



DECLARAÇÃO COMPLEMENTAR DE SAÚDE E FINANCEIRA

A presente declaração deverá ser preenchida de próprio punho pelo proponente, de forma clara e objetiva, respondendo SIM ou NÃO conforme o caso.

NOME:

CPF:

1) Encontra-se em plena atividade de trabalho? Caso negativo, esclarecer o motivo. Especificar atividades profissionais anteriores.

RESPOSTA:

2) Esteve ou está afastado(a) de suas atividades profissionais por motivo de doença? Em caso positivo esclarecer.

RESPOSTA:

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

RESPOSTA:

4) Já foi acometido(a) de doenças sexualmente transmissíveis? Caso positivo, informe a(s).

RESPOSTA:

5) Faz ou fez uso de medicamento de forma rotineira? Caso positivo, favor indicar o medicamento.

RESPOSTA:

6) Já foi submetido(a) a tratamento cirúrgico? Inclusive biópsia? Caso positivo, informar a data e diagnóstico:

RESPOSTA:

7) Já foi submetido(a) a tratamento em regime de internação hospitalar? Caso positivo, informar o período e o motivo:

RESPOSTA:

8) Já fez exame para diagnóstico de infecção pelo HIV? Caso positivo, informar data e resultado.

RESPOSTA:

9) Fez exames especializados nos últimos 12 meses como: teste ergométrico, cateterismo, tomografia computadorizada, ecocardiograma, ressonância magnética, colonoscopia ou outros?

RESPOSTA:

10) Já foi submetido(a) a tratamento com radioterapia, quimioterapia, transfusão de sangue ou tratamento por período prolongado? Caso positivo, esclarecer.

RESPOSTA:

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

RESPOSTA:

12) Informar peso e altura.

Peso(kg): _____ Altura(m): _____

13) Possui diagnóstico de pressão alta?:

RESPOSTA:

14) Já foi submetido(a) a tratamento fisioterápico? Em caso positivo, esclarecer.

RESPOSTA:

15) É portador(a) de alguma doença profissional? Em caso positivo, esclarecer.

RESPOSTA:

16) Você pratica esporte ou faz exercícios regularmente? Em caso positivo, descreva o tipo e a frequência.

RESPOSTA:

17) Você é ou foi fumante? Em caso positivo, quantificar e informar há quanto tempo.

RESPOSTA:

18) Você fez ou faz uso de bebidas alcoólicas? Em caso positivo, mencione a frequência e a quantidade.

RESPOSTA:

19) Você fez ou faz uso de substâncias entorpecentes ou psicotrópicas? Em caso positivo, esclarecer.

RESPOSTA:

20) Teve alguma alteração de peso nos últimos 24 meses? Em caso positivo, informar a perda ou o ganho.

RESPOSTA:

21) Você possui um médico habitual? Em caso positivo, informe o nome e o endereço de seu médico.

RESPOSTA:

22) Em sua última consulta médica foi prescrito algum tratamento? Em caso positivo, informar a data da consulta, motivo e o tratamento prescrito.

RESPOSTA:

23) Já teve alguma proposta de seguro de vida, acidentes pessoais ou saúde cuja aceitação foi recusada? Em caso positivo, informe a seguradora, esclarecendo o motivo e a data.

RESPOSTA:

24) Tem outros seguros em vigor? Caso positivo, relacione-os:

RESPOSTA:

25) Histórico familiar:

Idade pai: _____ Pai falecido, causa da morte: _____

Idade mãe: _____ Mãe falecida, causa da morte: _____

26) Ativos financeiros.

Sim

Não

TIPOS DE ATIVOS	VALOR DOS ATIVOS

27) Ativos imobiliários.

Sim

Não

TIPOS DE ATIVOS	VALOR DOS ATIVOS

28) Veículos.

 Sim Não

MARCA	MODELO	ANO DE FABRICAÇÃO

29) Dívidas e hipotecas - empréstimos a vencer.

 Sim Não

BANCO	VALOR	DATA

30) Rendas.

 Sim Não

RENDA	ANO CORRENTE	ANO ANTERIOR

32) Informações cadastrais - banco onde mantem seus principais negócios.

 Sim Não

BANCO	AGÊNCIA	C/C

33) É réu em algum processo judicial? Caso positivo, indique a atual situação (em andamento, transitado em julgado, etc.).

RESPOSTA:

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

Local e data

Assinatura do proponente