

## 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:

E-MAIL:

TELEFONE:

ENDEREÇO:

BAIRRO:

CIDADE:

ESTADO:

CEP:

TIPO DE SEGURO:

DATA DE NASCIMENTO:

IDADE:

SEXO:

ESPORTE RADICAL:

PROFISSÃO:

FAIXA SALARIAL: Acima de R\$



### PACOTE ESCOLHIDO

PACOTE	COBERTURAS	ASSISTÊNCIAS
<input type="checkbox"/> Simplificado	<b>MA</b> - Morte Acidental <b>IPA</b> - Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente	Funeral Familiar até <b>R\$5.000,00</b>
<input type="checkbox"/> Básico	<b>MA</b> - Morte Acidental <b>IPA</b> - Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente <b>DMHO</b> - Despesas Médicas, Hospitalares e Odontológicas (até 10% da cobertura de Morte Acidental limitado a R\$ 10.000,00)	Funeral Familiar até <b>R\$5.000,00</b>
<input type="checkbox"/> Plus	<b>MA</b> - Morte Acidental <b>IPA</b> - Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente <b>DIT</b> - 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 Ampliada até <b>R\$ 7.000,00</b> 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 Ampliada até **R\$ 7.000,00**

2ª Opinião Médica Internacional

Descontos em Medicamentos

Assistência Nutricional

**CAPITAL CONTRATADO (R\$):**

## 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.

**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 (<http://www.allianz.com.br/>).

## CLÁUSULAS

---

- A aceitação do seguro estará sujeita à análise do risco.
  - O valor segurado<sup>2</sup> e o preço<sup>1</sup> 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 suas regras e condições. Consulte as Condições Gerais para mais detalhes, disponíveis no site da Allianz.

## MORTE ACIDENTAL - MA

---

Pagamento do valor segurado<sup>2</sup> em caso de falecimento do segurado de forma acidental.

## INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL OU PARCIAL POR ACIDENTE - IPA

---

Pagamento do valor segurado<sup>2</sup> caso haja a perda, redução ou impotência funcional definitiva, total ou parcial, de um membro ou órgão, em virtude de lesão física causada por acidente ocorrido dentro do período de vigência do seguro.

## DESPESAS MÉDICAS, HOSPITALARES E ODONTOLÓGICAS - DMHO

---

Reembolso de despesas médicas, hospitalares e odontológicas efetuadas para tratamento decorrente de acidente pessoal.

## DIÁRIAS POR INCAPACIDADE TEMPORÁRIA CAUSADA POR ACIDENTE - DIT

---

Pagamento de diárias por incapacidade temporária causada por acidente pessoal, caracterizada pela impossibilidade de exercer sua profissão ou ocupação durante o tratamento médico.



## ASSISTÊNCIA FUNERAL FAMILIAR

---

Oferece serviços funerários em caso de falecimento do segurado titular, cônjuge, todos com até 70 anos de idade na data da inclusão na apólice e filhos de acordo com a regra do Imposto de Renda.



## ASSISTÊNCIA FUNERAL AMPLIADA

---

Oferece serviços funerários em caso de falecimento do segurado titular, cônjuge, pais ou sogros, todos com até 70 anos de idade na data da inclusão na apólice e filhos de acordo com a regra do Imposto de Renda.



## DESCONTO EM MEDICAMENTO

---

Descontos em medicamentos constantes em uma lista cadastrada. Consulte os medicamentos e os estabelecimentos credenciados através do telefone: **0800 55 1640**.



## 2ª OPINIÃO MÉDICA INTERNACIONAL

---

Serviço de consultoria médica, 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 que proporciona aos usuários orientações e informações alimentares, organizadas e prestadas por uma equipe de Nutricionistas capacitados ou Profissionais de Nutrição, com o objetivo de auxiliar o segurado a cultivar uma vida mais saudável, promovendo a saúde.

## DECLARAÇÃO PESSOAL DE SAÚDE

---

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

RESPOSTA:

2) É ou foi portador(a) de doenças de caráter agudo ou crônico que obrigasse a fazer tratamentos com acompanhamento médico especializado no últimos 3 anos? Caso positivo, informe o (s) diagnóstico (s) e tratamento(s).

RESPOSTA:

3) Já foi submetido(a) a tratamento cirúrgico nos últimos 3 anos? Inclusive biópsia? Caso positivo informar a data e 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 para-queda, vôo livre, vôo de ultra leve, 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 no site : <https://www.allianz.com.br>

---

Local e data

---

Assinatura do proponente

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

## AUTORIZAÇÃO DE DÉBITO

Autorizo o débito na conta corrente nº 410809-4 Agência 0276-3 do Banco 0001 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

## DECLARAÇÃO DO PROPONENTE

Tendo lido a Política de Privacidade de Dados da Allianz (disponível no site [allianz.com.br](http://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.

Declaro para todos os fins ter prestado informações completas e verídicas, recebido as condições gerais do seguro e estar ciente e de acordo com seu conteúdo. Estou ciente e de acordo que perderei o direito a uma eventual indenização caso seja constatada a falsidade de qualquer informação (Art. 766 do Código Civil Brasileiro). Declaro também ter conferido todos os valores, prazos e datas e beneficiários, estando de pleno acordo com os mesmos, pois expressam fielmente minha vontade. Declaro, ainda, estar ciente 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 ao questionário, quando aplicável, dadas por mim são verdadeiras, nada tendo sido omitido que pudesse influenciar na aceitação do seguro ou na taxa de prêmio. Estou ciente que a seguradora disporá, para aceitação ou recusa, de 15 (quinze) dias da data do recebimento desta proposta em suas filiais.

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

## 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](http://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 site [www.susep.gov.br](http://www.susep.gov.br).

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

A aceitação da proposta de seguro está sujeita à análise do risco.



Eduard Folch Rue  
Presidente Allianz Seguros S.A.