

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: DATA DE NASCIMENTO:
E-MAIL: TELEFONE:
ENDEREÇO: BAIRRO:
CIDADE: ESTADO: CEP:
TIPO DE SEGURO: PRÁTICA ESPORTE RADICAL? CASO SIM,
IDADE: SEXO: INDIQUE QUAL:
PROFISSÃO: FAIXA SALARIAL: Acima de R\$

**PACOTE ESCOLHIDO**

PACOTE	COBERTURAS	ASSISTÊNCIAS
<input type="checkbox"/> Simplificado	MA - Morte Acidental IPA - Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente	Funeral Familiar até R\$5.000,00
<input type="checkbox"/> Básico	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)	Funeral Familiar até R\$5.000,00
<input type="checkbox"/> Plus	MA - Morte Acidental IPA - Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente 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

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 www.allianz.com.br.

CLÁUSULAS

- A aceitação do seguro estará sujeita à análise do risco.
 - O valor segurado² e o preço² 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 as suas regras e condições. Consulte as Condições Gerais para mais detalhes, disponíveis no site da Allianz: www.allianz.com.br

MORTE ACIDENTAL - MA

Pagamento do valor segurado² em caso de falecimento do segurado de forma acidental.

INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL OU PARCIAL POR ACIDENTE - IPA

Pagamento do valor segurado² 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.

² Consulte as condições gerais.



ASSISTÊNCIA FUNERAL FAMILIAR

Oferece serviços funerários em caso de falecimento do segurado titular, cônjuge/companheiro(a), 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/companheiro(a), pais ou sogro(a), 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: **08000 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 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) Foi submetido(a) a tratamento cirúrgico nos últimos 3 anos? Inclusive biópsia? Caso positivo, informar a data e o 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 paraquedismo, voo livre, voo de ultraleve, 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: www.allianz.com.br](http://www.allianz.com.br)

Local e data

Assinatura do proponente ou responsável legal

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 ou responsável legal

AUTORIZAÇÃO DE DÉBITO

Autorizo o débito na conta corrente nº _____ Agência _____ do Banco _____ 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 ou responsável legal

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



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 S.A., para os fins ora especificados.

Local e data

Assinatura do proponente



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.



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, de acordo com o número de processo constante da apólice/proposta.

Processo SUSEP – 15414.002901.2007-26.

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.