

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.

RESPOSTA:

2) 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:

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

RESPOSTA:

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

RESPOSTA:

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

RESPOSTA:

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

RESPOSTA:

7) Já fez exame para diagnóstico de aids? Caso positivo informar data e resultado.

RESPOSTA:

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

RESPOSTA:

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

RESPOSTA:

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

RESPOSTA:

11) Informar peso e altura.

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

12) Especificar atividades profissionais anteriores.

RESPOSTA:

13) Informar pressão arterial:

RESPOSTA:

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

RESPOSTA:

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

RESPOSTA:

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

RESPOSTA:

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

RESPOSTA:

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

RESPOSTA:

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

RESPOSTA:

20) Você fez ou faz uso de tóxicos? Em caso positivo esclarecer.

RESPOSTA:

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

RESPOSTA:

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

RESPOSTA:

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

RESPOSTA:

24) 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:

25) Tem outros seguros em vigor? Relacione:

RESPOSTA:

26) Histórico familiar:

Idade pai: _____

Pai falecido, causa da morte: _____

Idade mãe: _____

Mãe falecida, causa da morte: _____

27) Ativos financeiros.

Sim

Não

TIPOS DE ATIVOS	VALOR DOS ATIVOS

28) Ativos imobiliários.

Sim

Não

TIPOS DE ATIVOS	VALOR DOS ATIVOS

29) Veículos.

Sim

Não

MARCA	MODELO	ANO DE FABRICAÇÃO

30) Dívidas e hipotecas - empréstimos a vencer.

Sim

Não

BANCO	VALOR	DATA

31) Rendas.

Sim

Não

RENDA	ANO CORRENTE	ANO ANTERIOR

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

Sim

Não

BANCO	AGÊNCIA	C/C

33) Está sendo submetido a algum processo judicial ou a alguma execução de sentença transitada em julgado?

RESPOSTA:

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