

Proposta

Allianz Vida

INDIVIDUAL

CORRETOR:

TEL:

CEL:

SUSEP:

CÓDIGO:

FILIAL:

NÚMERO DA PROPOSTA:

RAMO: 91 - VIDA 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,
INDIQUE QUAL:

IDADE:

SEXO:

PROFISSÃO:

FAIXA SALARIAL: Acima de R\$



PACOTE ESCOLHIDO

PACOTE	COBERTURAS	ASSISTÊNCIAS
Simplificado	Morte	Funeral Ampliada até R\$ 7.000,00
Básico	Morte IPA (Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente).	Funeral Ampliada até R\$ 7.000,00
Essencial	Morte IEA (Indenização Especial por Morte Acidental); IPA (Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente).	Funeral Ampliada até R\$ 10.000,00. 2ª Opinião Médica Internacional. Desconto Medicamentos. Nutricional.
Plus	Morte IEA (Indenização Especial por Morte Acidental). IPA (Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente). IFPD (Invalidez Funcional Permanente Total por Doença).	Funeral Ampliada até R\$ 10.000,00. 2ª Opinião Médica Internacional. Desconto Medicamentos. Nutricional.

Master

Morte

IEA (Indenização Especial por Morte Acidental).
IPA (Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente).
IFPD (Invalidez Funcional Permanente Total por Doença).
DC (Diagnóstico de Câncer).

Funeral Ampliada até **R\$ 10.000,00**.
2ª Opinião Médica Internacional.
Desconto Medicamentos.
Nutricional.

Exclusivo

Morte

IEA - (Indenização Especial por Morte Acidental).
IPA- (Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente).
DG - (Doenças Graves - 14 doenças).

Funeral Ampliada até **R\$ 10.000,00**.
2ª opinião médica internacional.
Desconto em Medicamentos.
Nutricional.

CAPITAL CONTRATADO (R\$):

O Prazo de vencimento da primeira parcela é calculado 10 dias a partir da data

INFORMAÇÕES DE PAGAMENTO

DIA DO PAGAMENTO:

Boleto Bancário: O Prazo de vencimento da primeira parcela é calculado 10 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 10 dias a partir da data de emissão e das demais parcelas de acordo com o dia escolhido nos meses subsequentes.

Cartão de Crédito: O Prazo de vencimento da primeira parcela é de acordo com a data de emissão/desbloqueio da apólice.

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.
- Além da atualização monetária, os prêmios correspondentes a cada segurado serão reenquadrados anualmente, na data de aniversário da apólice, de acordo com a mudança de idade do segurado, conforme item 21 das Condições Gerais, que podem ser consultadas no site www.allianz.com.br.
- O capital segurado e o prêmio serão atualizados monetariamente anualmente pelo IPCA/IBGE, na falta deste, IPC/IBGE. O índice e a periodicidade de correção poderão ser alterados por lei ou por determinação da SUSEP (Superintendência de Seguros Privados).
- As indenizações das Coberturas Básicas (Morte) e Indenização Especial por Morte Acidental se acumulam, caso IEA seja contratada.
- Para conhecer a abrangência, limitações e exclusões das assistências, acesse o site da Allianz: www.allianz.com.br.
- 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.

MORTE - (NATURAL OU ACIDENTAL)

Garante aos Beneficiários o pagamento do Capital Segurado contratado para a cobertura, em caso de falecimento do Segurado, seja natural ou acidental, de acordo com as cláusulas das Condições Gerais e do Contrato.

IEA - INDENIZAÇÃO ESPECIAL POR MORTE ACIDENTAL

Garante aos Beneficiários o pagamento do Capital Segurado contratado para caso de morte do Segurado causada, exclusivamente, por acidente pessoal coberto, de acordo com as cláusulas das Condições Gerais e do Contrato.

INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL OU PARCIAL POR ACIDENTE - IPA

Garante ao Segurado uma indenização proporcional ao valor do capital segurado contratado para esta cobertura, 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, comprovado por laudo médico, sem a possibilidade de reabilitação ou recuperação pelos meios terapêuticos disponíveis no momento de sua constatação, de acordo com as cláusulas das Condições Gerais e do Contrato.

A aposentadoria por invalidez concedida por instituições oficiais de previdência ou assemelhadas não caracteriza, por si só, o estado de invalidez permanente previsto nesta cobertura.



INVALIDEZ FUNCIONAL PERMANENTE TOTAL POR DOENÇA - IFPD

Garante ao Segurado o pagamento antecipado do Capital Segurado contratado para a cobertura Básica (morte), em caso de sua Invalidez Funcional e Permanente Total por Doença, de acordo com as cláusulas das Condições Gerais e do Contrato.

Entende-se por Invalidez Funcional Total e Permanente por Doença, aquela que cause a ocorrência de quadro clínico que inviabilize de forma irreversível o pleno exercício das relações autonômicas do segurado, comprovado na forma definida nas Condições Gerais e/ou especiais do seguro.



DIAGNÓSTICO DE CÂNCER

Desde que contratada, garante ao segurado o pagamento de indenização, caso o segurado venha a apresentar, após vencida a carência obrigatória de 4 meses, contados a partir do início da vigência individual do seguro, o diagnóstico definitivo de qualquer das doenças neoplásticas abaixo:

Segurados do Sexo Feminino:

- Câncer de colo do útero.
- Câncer do ovário
- Câncer de mama.

Segurados do Sexo Masculino:

- Câncer de próstata.



DOENÇAS GRAVES

Se o segurado apresentar um diagnóstico definitivo de alguma das doenças relacionadas abaixo, após o período de carência obrigatória, a contratação desta cobertura garante a indenização correspondente ao valor contratado.

14 tipos

Diagnóstico de Câncer



Acidente Vascular Cerebral



Infarto Agudo do Miocárdio



Transplante de Órgãos



Insuficiência Renal Crônica



Alzheimer



Diagnóstico de Surdez



Cirurgia de Revascularização Miocárdica com Implante De Ponte(s) Vascular(es) nas Artérias Coronárias (BYPASS).



Diagnóstico de Cegueira



Embolia Pulmonar ou Tromboembolismo (TEP)



Esclerose Múltipla



Paralisia de Membros



Doença de Parkinson



Perda Total da Fala



Informações importantes:

- Para todas as doenças previstas, somente há cobertura para a primeira doença diagnosticada ou cirurgia realizada comunicados à Allianz. Portanto, caso o segurado apresente outras doenças descritas caracterizada como doença grave, mesmo que apresente relação com a primeira, não há possibilidade de indenização complementar.
- **CARÊNCIA:** 120 dias para o Diagnóstico de Câncer e 90 dias para as demais coberturas.
- **FRANQUIA:** após cumprido o período de carência, a franquia é de 30 dias contados a partir da data do diagnóstico da doença ou da data em que o segurado for submetido à cirurgia coberta.
- **LIMITE DE UTILIZAÇÃO:** Uma vez utilizada esta cobertura, ela não poderá mais ser acionada nem renovada na atualização anual do seguro.
- **LIMITE DE IDADE:** esta cobertura será encerrada quando o segurado completar 70 (setenta) anos, sendo removido na atualização anual do seguro. Todos os demais direitos do segurado estarão preservados até o final de vigência da apólice, de acordo com as Condições Gerais. Para saber mais detalhes sobre as coberturas e assistências, consulte as Condições Gerais em www.allianz.com.br/vida-individual.



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. O serviço será prestado por uma funerária local ou escritório de representação, que fornecerá os seguintes itens:

- Urna de madeira semi luxo com ou sem visor.
- Livro de Presença ou Folha para assinatura.
- Atendimento social à família durante o velório.
- Registro em cartório com guia e certidão.
- Taxas de sepultamento e exumação no final do período de locação do jazigo.
- Duas coroas de flores e dois arranjos de flores.
- Ornamentação da urna.
- Capela para o velório.
- Véu.
- Preparação do corpo.
- Carro fúnebre.
- Jogo de paramentos.

Traslado: a Assistência Funeral garante o traslado do corpo em urna apropriada, pelo meio mais adequado no momento, do local onde ocorreu o falecimento, seja no Brasil ou no Exterior, até a cidade onde será realizado o sepultamento no Brasil, desde que o óbito tenha ocorrido fora da residência do segurado.

Sepultamento: o sepultamento será efetuado em jazigo da família. Em caso de inexistência, fica garantida a locação de um jazigo pelo período de 3 (três) anos, desde que esteja localizado em território nacional e compatível com os custos praticados pelos cemitérios públicos.

Cremação: será realizada na forma e condições estabelecidas pela legislação vigente. O traslado do corpo será feito da cidade onde ocorreu o falecimento até a cidade mais próxima que possua serviços crematórios, desde que localizada em território nacional. As cinzas serão entregues à família. As despesas com passagens e hospedagens para o acompanhamento da cerimônia de cremação correrão por conta da família.

DESCONTO EM MEDICAMENTO

Oferta aos segurados de descontos em medicamentos constantes em uma lista cadastrada. Consulte os medicamentos e a loja através do **08000 55 1640**.

2ª OPINIÃO MÉDICA INTERNACIONAL

Desde que contratado, garante ao segurado a realização de um serviço de consultoria médica, destinado a pacientes previamente diagnosticados, que possibilita um rápido e eficaz acesso a opiniões de profissionais médicos altamente qualificados e com especialização no tipo de enfermidade apresentada. Assim, é possível que seja emitido um parecer sobre o diagnóstico e o plano de tratamento, sem que o paciente saia do local de origem.

ASSISTÊNCIA NUTRICIONAL

Desde que contratada, a Assistência Nutricional consiste em um serviço que proporciona aos usuários orientações e informações alimentares, organizados e prestadas por uma equipe de Nutricionistas capacitadas ou Profissionais de Nutrição, com o objetivo de auxiliar o segurado a cultivar uma vida mais saudável, promovendo a saúde. Limite de duas utilizações por vigência.

Confira as assistências disponíveis conforme o pacote escolhido, os limites de cobertura e idade para contratação nas Condições Gerais, disponíveis no site www.allianz.com.br.

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) É ou já foi portador(a) de doença neoplásica(câncer)? Caso positivo, informar a data de início do tratamento e o atual diagnóstico da doença.

RESPOSTA:

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

RESPOSTA:

5) Foi submetido(a) a tratamento cirúrgico nos últimos 3 anos, incluindo biópsia? Caso positivo informar a data e diagnóstico pós operatório:

RESPOSTA:

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

RESPOSTA:

7) Já fez exame para diagnóstico de infecção pelo HIV ou outras infecções sexualmente transmissíveis? Caso positivo informar data e resultado.

RESPOSTA:

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

RESPOSTA:

9) Foi submetido(a) a tratamento com radioterapia, quimioterapia, transfusão de sangue ou tratamento por período prolongado nos últimos 5 anos? Caso positivo, esclarecer.

RESPOSTA:

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

RESPOSTA:

11) Informar peso e altura:

Peso (Kg): _____

Altura (m): _____

Acesse as Condições Gerais do produto no site: www.allianz.com.br

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 ou responsável legal

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, para os fins ora especificados.

Local e data

Assinatura do proponente ou responsável legal

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

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.

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 – 15414.001289/2007-74

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.

