

Proposta de adesão

Seguro de Vida

EM GRUPO

☐ Inclusão

☐ Alteração

☐ Seguro novo

☐ Exclusão

NÚMERO DA PROPOSTA:

APÓLICE:

INÍCIO DA VIGÊNCIA: ____/____/____

ESTIPULANTE:

CNPJ:

SUBESTIPULANTE:

CNPJ:



INFORMAÇÕES DO PROPONENTE

NOME:

CPF:

DATA DE NASC.: ____/____/____

IDADE:

ESTADO CIVIL:

SEXO: ☐ F

☐ M

OCUPAÇÃO PRINCIPAL ATUAL:

RAMO:

TIPO DE DOC (RG/RNE/OUTROS):

Nº DO DOCUMENTO:

DATA DE EXP.: ____/____/____

ÓRGÃO EXP.:

TELEFONE:

E-MAIL:

ENDEREÇO RES.:

Nº.:

COMP.:

BAIRRO:

CIDADE:

UF:

CEP:



DADOS DO CÔNJUGE/COMPANHEIRO(A) (preencher somente quando contratado o plano com cônjuge/companheiro(a)).

NOME DO CÔNJUGE/COMPANHEIRO(A):

CPF:

DATA DE NASC.: ____/____/____

IDADE:

ESTADO CIVIL:

SEXO: ☐ F

☐ M

OCUPAÇÃO PRINCIPAL ATUAL:

RAMO:

TIPO DE DOC(RG/RNE/OUTROS):

Nº DO DOCUMENTO:

DATA DE EXP.: ____/____/____

ÓRGÃO EXP.:

TELEFONE.:



CAPITAIS SEGURADOS (R\$)	TITULAR		CÔNJUGUE/ COMPANHEIRO(A)		FILHOS			
	Capital	Prêmio	Capital	Prêmio	Capital	Prêmio		
Morte								
IEA - Indenização Especial por Acidente								
IPA - Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente								
IFPD - Invalidez Funcional Permanente Total por Doença								
Diagnóstico de câncer								
Doenças terminais								
Rescisão trabalhista								
Indenização complementar								
Auxílio funeral								
Auxílio cesta básica								
IPTA - invalidez total por acidente								
Diagnóstico câncer ampliado								
Doenças graves								
Morte acidental vítima de crime								
Morte acidental em transporte público								
IPA - transp. público								
DIT por acidente								
Diária de internação hosp.								
Doença congênita de filhos								
DMHO								
Prêmio Mensal do Seguro (incluso IOF vigente) - TOTAL:								

IMPORTANTE

- As indenizações das Coberturas Morte e Indenização Especial por Morte Acidental são acumulativa.
- Quando contratadas as coberturas para o cônjuge/companheiro(a) e filhos, o Beneficiário será o Segurado Principal.
- O cônjuge/companheiro(a), quando contratada cobertura, participará com percentual do capital segurado de morte do titular, respeitando as coberturas e os limites estabelecidos na apólice.
- Os filhos, quando contratada cobertura, participarão com percentual do capital segurado de Morte do titular, respeitando os limites estabelecidos na apólice.
- Para as coberturas de Diagnóstico de câncer, Diagnóstico de câncer ampliado e Doenças Graves: há carência por um período de 4 meses, contados a partir do início da vigência individual do seguro.
- Para a cobertura de Doenças Terminais: há carência por um período de 6 meses, contados a partir do início da vigência individual do seguro.
- Para a cobertura de Diária por Internação Hospitalar há carência por um período de 3 meses, contados a partir do início da vigência individual do seguro, nos casos de doença.



BENEFICIÁRIOS

NOME	DATA DE NASCIMENTO	PARENTESCO	% DE DISTRIBUIÇÃO

Declaro estar de acordo com o(s) beneficiário(s) acima e ciente de que, na ausência de indicação, o capital segurado será pago nos termos da legislação em vigor (Art. 792 do Código Civil Brasileiro).

Local e data

Assinatura do proponente ou responsável legal



DECLARAÇÃO PESSOAL DE SAÚDE

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

Titular:

Cônjuge/Companheiro(a):

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).

Titular:

Cônjuge/Companheiro(a):

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.

Titular:

Cônjuge/Companheiro(a):

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

Titular:

Cônjuge/Companheiro(a):

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

Titular:

Cônjuge/Companheiro(a):

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

Titular:

Cônjuge/Companheiro(a):

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

Titular:

Cônjuge/Companheiro(a):

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

Titular:

Cônjuge/Companheiro(a):

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

Titular:

Cônjuge/Companheiro(a):

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

Titular:

Cônjuge/Companheiro(a):

11) Informar peso e altura:

Titular Altura: _____

Peso: _____

Cônjuge/companheiro(a)

Altura: _____

Peso: _____

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

Tem seguro de pessoas ou acidentes pessoais em vigor ou pendente de aceitação na Allianz Seguros ou em outra Seguradora? Caso positivo, relacione abaixo:

SEGURADORA	INÍCIO DE VIGÊNCIA	MORTE NATURAL - R\$	MORTE NATURAL - R\$	IPTA- R\$

Local e data

Assinatura do proponente ou responsável legal



AUTORIZAÇÃO/DECLARAÇÃO DO PROPONENTE

Autorizo a inclusão do meu nome e de meu cônjuge/companheiro(a) e filhos (se houver a contratação pelo estipulante de cobertura para tais) na Apólice de Seguro de Vida em Grupo contratado pelo Estipulante, a quem concedo o direito de agir em meu nome no cumprimento de todas as cláusulas contratuais da referida Apólice, devendo todas as comunicações ou avisos inerentes ao contrato serem encaminhadas diretamente ao Estipulante que, para tal fim, fica investido dos poderes de representação ora outorgados. Entretanto, fica ressalvado que os poderes de representação ora outorgados não lhe dão direito de cancelar ou proceder qualquer alteração que gere ônus, dever ou redução dos meus direitos no seguro aqui proposto, no decorrer de sua vigência, salvo se obtiver anuência expressa de $\frac{3}{4}$ (três quartos) do grupo segurado, estando ciente, contudo, de que a Apólice poderá deixar de ser renovada em seu aniversário por decisão do Estipulante ou da Seguradora. Declaro que nada omiti em relação ao meu estado de saúde e/ou de meu cônjuge, tendo prestado informações completas e verídicas e ciente de que, de acordo com o Art.766 do Código Civil Brasileiro, se tiver omitido circunstâncias que possam influir na aceitação da proposta ou na taxa de prêmio, perderei o direito a uma eventual indenização ao valor do seguro, além de ficar obrigado ao pagamento do prêmio vencido. Concordo que as declarações que prestei passem a fazer parte integrante do contrato do seguro a ser celebrado com a Seguradora, ficando a mesma autorizada a utilizá-las em qualquer época, no amparo e na defesa de seus direitos, sem que tal autorização implique ofensa ao sigilo profissional.

Aceitação do Risco: 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 estipulante, 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 desconto em meu salário do prêmio de seguro contratado junto à Allianz Seguros, bem como a atualização dos valores segurados.

Declaro estar ciente de que eventuais dúvidas acerca das coberturas contratadas devem ser apuradas perante o estipulante e autorizo expressamente a inclusão de todos os dados e informações relacionadas ao presente seguro, assim como de todos os eventuais sinistros e ocorrências referentes ao mesmo, em banco de dados, aos quais a Allianz Seguros poderá recorrer para análise de riscos atuais e futuros e na liquidação de processos de sinistros.

Local e data

Assinatura do proponente ou responsável legal



PRIVACIDADE DE DADOS PESSOAIS

Privacidade de Dados Pessoais: A Allianz declara cumprir a Lei nº13.709/2018 (LGPD) e demais leis e normas gerais vigentes que versem sobre proteção de dados pessoais, bem como os termos e condições previstos em sua Política de Dados (disponível no site allianz.com.br), garantindo o adequado tratamento dos dados pessoais e observando os direitos e garantias dos titulares dos dados.

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



AUTORIZAÇÃO/DECLARAÇÃO DO INTERMEDIÁRIO

Declaro que entreguei ao Proponente as Condições Gerais do Allianz Vida em Grupo, o qual está ciente de seu conteúdo, que a declaração de saúde e a indicação de beneficiários foram preenchidos de próprio punho 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.

CORRETOR:

CÓD. SUSEP:

CPF:

% PRÓ-LABORE:

CÓD. INTERNO:

AGENCIADOR:

Assinatura do corretor



DECLARAÇÃO DO CORRETOR

Declaro que entreguei ao Proponente as Condições Gerais do Allianz Vida em Grupo, o qual está ciente de seu conteúdo, que a declaração de saúde e a indicação de beneficiários foram preenchidos de próprio punho 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.

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 – 15414.006099.2002-39 .

O segurado poderá consultar a situação cadastral do corretor de seguros e da sociedade seguradora no sítio eletrônico www.susep.gov.br.

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