

# 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. Especificar atividades profissionais anteriores.

RESPOSTA:

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

RESPOSTA:

3) 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:

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

RESPOSTA:

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

RESPOSTA:

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

RESPOSTA:

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

RESPOSTA:

8) Já fez exame para diagnóstico de infecção pelo HIV? Caso positivo, informar data e resultado.

RESPOSTA:

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

RESPOSTA:

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

RESPOSTA:

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

RESPOSTA:

12) Informar peso e altura.

Peso(kg): \_\_\_\_\_ Altura(m): \_\_\_\_\_

13) Possui diagnóstico de pressão alta?:

RESPOSTA:

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

RESPOSTA:

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

RESPOSTA:

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

RESPOSTA:

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

RESPOSTA:

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

RESPOSTA:

19) Você fez ou faz uso de substâncias entorpecentes ou psicotrópicas? Em caso positivo, esclarecer.

RESPOSTA:

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

RESPOSTA:

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

RESPOSTA:

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

RESPOSTA:

23) 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:

24) Tem outros seguros em vigor? Caso positivo, relacione-os:

RESPOSTA:

25) Histórico familiar:

Idade pai: \_\_\_\_\_

Pai falecido, causa da morte: \_\_\_\_\_

Idade mãe: \_\_\_\_\_

Mãe falecida, causa da morte: \_\_\_\_\_

26) Ativos financeiros.

Sim

Não

TIPOS DE ATIVOS	VALOR DOS ATIVOS

27) Ativos imobiliários.

Sim

Não

TIPOS DE ATIVOS	VALOR DOS ATIVOS

## 28) Veículos.

 Sim Não

MARCA	MODELO	ANO DE FABRICAÇÃO

## 29) Dívidas e hipotecas - empréstimos a vencer.

 Sim Não

BANCO	VALOR	DATA

## 30) Rendas.

 Sim Não

RENDA	ANO CORRENTE	ANO ANTERIOR

## 31) Informações cadastrais - banco onde mantem seus principais negócios.

 Sim Não

BANCO	AGÊNCIA	C/C

32) É réu em algum processo judicial? Caso positivo, indique a atual situação (em andamento, transitado em julgado, etc.).

RESPOSTA:

Acesse as Condições Gerais no site [www.allianz.com.br](http://www.allianz.com.br)

---

Local e data

---

Assinatura do proponente ou responsável legal



## PROTEÇÃO E PRIVACIDADE DE DADOS

Declaro estar ciente de que a Allianz realiza o tratamento de dados pessoais observando a legislação vigente, termos e condições previstos em sua Política de Privacidade de Dados (disponível no site [allianz.com.br](http://allianz.com.br)), bem como adota medidas de segurança aptas a proteger os meus dados pessoais de acessos não autorizados e qualquer forma de tratamento ilícito ou inadequado.

---

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 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 os mesmos, 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. Estou ciente de 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 ou responsável legal