





## 5 DOENÇAS PREEXISTENTES

Doenças preexistentes são condições médicas cujos sintomas tenham sido apresentados no período dos últimos 10 anos até a data de início da sua apólice. Isto se aplica independentemente de você ou seus dependentes já terem buscado aconselhamento médico ou tratamento, e recebido um diagnóstico ou não. Consideraremos preexistente qualquer condição que podemos razoavelmente assumir que você ou seus dependentes pudessem estar cientes.

Também consideraremos preexistentes quaisquer doenças que possam surgir entre a data de preenchimento do Formulário de Solicitação e a mais recente das opções abaixo:

- A data de emissão do Certificado de Seguro ou
- A data de início de sua apólice

Portanto, é importante que você nos informe sobre quaisquer alterações na sua saúde e na de seus dependentes dentro do período estabelecido acima. Se essas alterações não forem declaradas, sua apólice poderá se tornar inválida a partir da data de vigência.

Levaremos em consideração qualquer doença preexistente declarada para determinar os termos da cobertura que podemos oferecer para os casos médicos definidos no Guia de Benefícios. Nós iremos considerar apenas condições médicas que tenham surgido nos últimos 10 anos até a data de início de sua apólice.

Consulte o seu Guia de Benefícios e Tabela de Benefícios para maiores informações sobre doenças preexistentes.

Se você não declarar nenhuma doença preexistente que possa afetar nosso processo de subscrição, seus pedidos de reembolso podem ser declinados e/ou sua apólice poderá ser declarada como inválida a partir da data de vigência.

## 6 DECLARAÇÃO DE SAÚDE

Responda às perguntas a seguir baseando-se em seu histórico médico completo, bem como no histórico médico de seus dependentes. Você não precisa declarar condições médicas "simples", como, mas não se limitando a, rinite alérgica, sinusite, dor de ouvido, indigestão, tensão muscular, dor de garganta, resfriado comum, etc. Consideraremos estas condições de natureza descomplicada que podem ser tratadas pelo próprio paciente, não exigindo encaminhamento para investigação ou tratamento adicional e uma recuperação completa é obtida. Todos os fatos materiais devem ser revelados (fatos que possam influenciar nossa avaliação e aceitação desta solicitação de cobertura). Se você tiver dúvidas sobre a materialidade de um fato, este deve ser revelado. Caso você não os revele, a apólice poderá ser invalidada. Esta declaração de saúde terá a validade de dois meses a partir da data de preenchimento e de assinatura do formulário.

Candidato à cobertura	Dependente 1	Dependente 2	Dependente 3
1. O seu IMC (relação altura / peso) está acima de 35? Você pode encontrar uma calculadora de IMC em: <a href="http://www.allianzcare.com/members">www.allianzcare.com/members</a>	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>
2. Se você usou alguma forma de tabaco no último ano, a média diária de consumo é maior do que 40 cigarros? (Cigarro = 1 unidade, 1 charuto médio = 2 unidades, cigarro enrolado por você = 2,5 unidades, cigarros eletrônicos com 10mg de nicotina = 1 unidade. Se não fumar, selecione "Não").	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>
3. Se você consome bebidas alcoólicas, a quantidade semanal de unidades é maior do que 30? (1 dose = 1 unidade, 250ml de cerveja = 1 unidade, 1 taça de vinho = 1 unidade. Se não consumir bebidas alcoólicas, selecione "Não")	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>

4. Alguma das pessoas que estejam solicitando cobertura por meio deste formulário sofreu de, foi hospitalizada devido a, recebeu aconselhamento médico, teve sintomas ou se submeteu a testes, investigações ou tratamento de qualquer tipo (incluindo cirurgia), para as seguintes condições no período dos últimos 10 anos até agora?

a) Alguma doença ou distúrbio oncológico ou pré-cancerígeno tais como, mas não se limitando a: a. Tumor benigno ou maligno b. Leucemia c. Doença de Hodgkin d. Linfoma, Sarcoma ou Melanoma, Carcinoma basocelular e. Esfregaço cervical (teste de Papanicolaou) anormal (NIC 3 ou superior) ou mamografia (BIRADS 3 ou superior) f. Leucoplasia g. Nevo displásico h. Presença de pólipos no cólon, intestino delgado, vesícula biliar e / ou estômago i. Marcadores tumorais elevados (por exemplo, sangue (PSA) igual a 4 ng/ml ou superior)	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>
b) Qualquer transplante de órgão ou doença de órgão em estágio final, tais como, mas não se limitando a: a. Estenose de artéria renal b. Diálise c. Transplante de medula óssea d. Cirrose hepática, insuficiência hepática crônica ou fibrose hepática	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>

Candidato à cobertura	Dependente 1	Dependente 2	Dependente 3
<p>c) Alguma doença ou distúrbio cardíaco ou cardiovascular tais como, mas não se limitando a:</p> <p>a. Angina de peito</p> <p>b. Cardiomiopatia</p> <p>c. Ritmos cardíacos anormais ou Arritmia</p> <p>d. Isquemia cardíaca</p> <p>e. Doença arterial coronariana ou anormalidades nas válvulas cardíacas</p> <p>f. Diabetes Mellitus (excluindo Diabetes gestacional), tolerância à glicose prejudicada</p> <p>g. Hipertensão não controlada ou hipercolesterolemia não controlada</p>	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>
<p>d) Alguma doença ou distúrbio autoimune, tais como, mas não se limitando a:</p> <p>a. Hipertireoidismo</p> <p>b. Síndrome de Sjögren</p> <p>c. Artrite reumatóide</p> <p>d. Lúpus eritematoso sistêmico</p> <p>e. Síndrome de Guillain-Barré</p> <p>f. Vasculite/ síndrome de Kawasaki</p> <p>g. Doença inflamatória intestinal (Crohns, Colite ulcerosa)</p> <p>h. Polineuropatia desmielinizante inflamatória crônica</p>	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>
<p>e) Alguma doença ou distúrbio hematológico, tais como, mas não se limitando a:</p> <p>a. Anemia Grave / Aplástica / Perniciosa</p> <p>b. Talassemias Alfa</p> <p>c. Púrpura trombocitopênica idiopática</p> <p>d. Doença de Von Willebrand</p> <p>e. Síndrome mielodisplásica</p> <p>f. Anemia falciforme</p>	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>
<p>f) Alguma doença ou distúrbio infeccioso ou viral, tais como, mas não se limitando a:</p> <p>a. Hepatite B crônica</p> <p>b. Hepatite C</p> <p>c. HIV/AIDS</p> <p>d. Meningite</p>	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>
<p>g) Alguma doença ou distúrbio neurológico, tais como, mas não se limitando a:</p> <p>a. Demência</p> <p>b. Esclerose múltipla</p> <p>c. Epilepsia</p> <p>d. Doença de Parkinson</p> <p>e. Alzheimer</p> <p>f. Convulsões</p> <p>g. Paraplegia</p> <p>h. Paralisia cerebral ou outras anormalidades neurológicas ligadas ao desenvolvimento</p>	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>
<p>h) Alguma doença ou distúrbio respiratório, tais como, mas não se limitando a:</p> <p>a. Doença pulmonar obstrutiva crônica</p> <p>b. Doença pulmonar intersticial</p> <p>c. Fibrose cística, Sarcoidose</p> <p>d. Hipertensão pulmonar</p> <p>e. Enfisema</p>	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>
<p>i) Alguma doença ou distúrbio do sistema vascular ou circulatório, tais como, mas não se limitando a:</p> <p>a. Derrame</p> <p>b. Doença arterial periférica (DAP)</p> <p>c. Aneurisma da aorta abdominal (AAA)</p> <p>d. Doença da artéria carótida (CAD)</p> <p>e. Malformação arteriovenosa (MAV)</p> <p>f. Isquemia Crítica com Ameaça aos Membros (CLTI)</p> <p>g. Embolia pulmonar (coágulos de sangue)</p> <p>h. Trombose venosa profunda (TVP)</p> <p>i. Insuficiência Venosa crônica</p> <p>j. Tumores cerebrais ou aneurismas de artéria cerebral</p> <p>k. Aterosclerose</p> <p>l. Ataque isquêmico transitório (AIT) Hemorragia cerebral (sangramento)</p> <p>m. Estenose carotídea</p> <p>n. Vasos sanguíneos anormais no neurocrânio ou medula espinhal</p>	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>





## 9 NOMEAÇÃO DO CORRETOR

Esta seção deve ser preenchida pelo candidato à cobertura e seu(s) dependente(s) ou pais/guardiães legais dos candidatos menores de idade que desejem nomear um corretor como o principal contato.

Eu autorizo

INSIRA O NOME DO CORRETOR

Somente para uso interno — carimbo/código do intermediário

a agir em meu nome em relação à administração desta apólice. Isto pode envolver a divulgação de informações médicas confidenciais. Esta autorização será válida até que eu envie uma solicitação (por escrito) à Allianz Care para revogá-la.



Assinatura do candidato à cobertura

D D / M M / A A A A

Assinatura do dependente 1

D D / M M / A A A A

Assinatura do dependente 2

D D / M M / A A A A

Assinatura do dependente 3

D D / M M / A A A A

**Se o candidato à cobertura ou qualquer um dos dependentes for menor de idade, um dos pais ou o guardião deve preencher a seção abaixo:**

Nome completo do pai/mãe/guardião

Data de nascimento D D / M M / A A A A

Endereço de e-mail

Confirmo que sou um dos pais ou o guardião legal do(s) menor(es) listado(s) abaixo (por exemplo, quando o candidato à cobertura e/ou dependentes forem menores de 18 anos). Tenho pleno direito de autorizar e declarar os dados médicos e pessoais dessas pessoas, para fins de administração da cobertura de seguro, ao corretor de seguros nomeado acima. Se eu mudar de ideia em relação a este consentimento, incluindo o cancelamento do mesmo, eu posso notificar a Allianz Care por e-mail para AP.EU1DataPrivacyOfficer@allianz.com.

Este consentimento será válido pela duração total da apólice, até que o menor atinja os 18 anos de idade. A qualquer momento a partir de então, ele/ela terá o direito de alterar ou revogar este consentimento.



Assinatura do pai, mãe ou guardião

Data D D / M M / A A A A

## 10 A PROTEÇÃO DE SEUS DADOS PESSOAIS É DE TOTAL IMPORTÂNCIA PARA NÓS

O nosso Aviso de Proteção de Dados explica como protegemos a sua privacidade. Este é um aviso importante que descreve como processaremos seus dados pessoais. Você deve ler este aviso antes de nos enviar quaisquer dados pessoais. Para ler nosso Aviso de Proteção de Dados, visite: [www.allianzcare.com/pt/privacy.html](http://www.allianzcare.com/pt/privacy.html)

Como alternativa, entre em contato conosco no número + 353 1 645 4040 e solicite uma cópia impressa do Aviso de Proteção de Dados por completo. Se você tiver alguma dúvida sobre como utilizamos seus dados pessoais, também pode enviar um e-mail para: AP.EU1DataPrivacyOfficer@allianz.com

## 11 CONSENTIMENTO DE DADOS

Precisamos do seu consentimento para coletar e processar dados sobre a sua saúde e outros dados pessoais. Se você não fornecer seu consentimento explícito, não poderemos fornecer a apólice que você deseja adquirir ou processar quaisquer pedidos de reembolso que você tenha o direito a solicitar. Se você concordar, seus dados serão processados para as seguintes razões e atividades.

Um dos pais ou um guardião legal deve fornecer o consentimento para quaisquer dependentes menores de 18 anos.

**Eu (o candidato à cobertura) e os dependentes nomeados abaixo concordamos com o seguinte:**

Nome do candidato à cobertura	Nome do dependente 1	Nome do dependente 2	Nome do dependente 3

- Permissão para coletar, armazenar e usar dados sobre a minha saúde:** a Allianz Care pode coletar, armazenar e utilizar dados sobre a minha saúde com o objetivo de administrar a apólice, como por exemplo para me fornecer uma cotação de cobertura de seguro, subscrever os riscos relacionados ou processar um pedido de reembolso. Allianz Care pode armazenar dados sobre a minha saúde de acordo com as leis do Código do Consumidor aplicáveis à esta apólice de seguro ou com qualquer outra lei aplicável que requeira a retenção de dados.
- Permissão para obter meus dados de terceiros.** Para me fornecer cobertura de seguro, subscrever os riscos relacionados ou processar quaisquer pedidos de reembolso, a Allianz Care pode obter dados sobre a minha saúde e outras informações pertinentes de médicos, enfermeiros e funcionários de hospitais, outras instituições de saúde, casas de cuidados, fundos estatutários de seguro de saúde, o patrocinador de meu plano, associações profissionais e autoridades públicas. Concordo com a liberação de todos os indivíduos dessas instituições e da seguradora de suas respectivas obrigações de confidencialidade em relação aos dados sobre a minha saúde ou outros dados que sejam requeridos para o uso nas circunstâncias listadas acima.
- Compartilhamento de meus dados fora da Allianz Care.** Allianz Care pode compartilhar os dados sobre a minha saúde e outras informações com os especialistas ou instituições descritas abaixo. Eles apenas usarão os dados na mesma medida e para os mesmos propósitos que a Allianz Care. Entendo que a Allianz Care possui contratos com essas instituições que protegem meus dados. Concordo com a liberação de todos os indivíduos dessas instituições e da seguradora de suas respectivas obrigações de confidencialidade em relação aos dados sobre a minha saúde e outros dados que sejam requeridos para o uso nas circunstâncias listadas abaixo:
  - Com profissionais independentes da área da saúde para permitir que estes avaliem os riscos relacionados ao seguro e quaisquer benefícios a serem pagos a mim ou a terceiros me fornecendo tratamento ou serviço de acordo com minha apólice de seguro.

- Com provedores de serviço que não façam parte do Grupo Allianz que fornecem certos serviços em nome da Allianz Care, tais como avaliações de riscos e processamento de pedidos de reembolso, quando:
  - Estes serviços envolvam a coleta e uso de dados sobre a minha saúde e outras informações, e
  - A Allianz Care não seja capaz de administrar minha apólice ou de pagar quaisquer benefícios a mim destinados sem tais dados.
- Com cosseguradoras para distribuir a cobertura do risco do seguro conjuntamente com outras companhias a quem a Allianz Care emite a apólice, e para processar pedidos de reembolso conjuntamente.
- Com outras seguradoras/resseguradoras que estejam cobrindo o mesmo risco de seguro ao mesmo tempo - seguro múltiplo - para:
  - Distribuir o pagamento ou qualquer compensação que possa ser devida a mim, ou
  - Colaborar na detecção ou prevenção de fraude e crime financeiro.

**Se eu mudar de ideia em relação às minhas preferências acima, incluindo o cancelamento de meu consentimento para quaisquer desses itens, eu posso notificar a Allianz Care por e-mail para [AP.EU1DataPrivacyOfficer@allianz.com](mailto:AP.EU1DataPrivacyOfficer@allianz.com)**



Assinatura do candidato à cobertura	Assinatura do dependente 1	Assinatura do dependente 2	Assinatura do dependente 3
[D D] / [M M] / [A A A A]	[D D] / [M M] / [A A A A]	[D D] / [M M] / [A A A A]	[D D] / [M M] / [A A A A]

## 12 PREFERÊNCIAS DE MARKETING

Eu (o candidato) e meus dependentes concordamos que a Allianz Care pode coletar, usar e divulgar meus dados pessoais para fornecer informações de marketing. Eu entendo que os meus dados pessoais só serão processados pelas seguintes razões e atividades com as quais eu expressamente concordei, marcando  abaixo.

Nome do candidato à cobertura	Nome do dependente 1	Nome do dependente 2	Nome do dependente 3

Informações que a Allianz Care envia sobre seus produtos e serviços, incluindo atualizações sobre suas últimas promoções e novos produtos e serviços.

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

Informações enviadas diretamente por outras empresas do Grupo Allianz sobre seus produtos e serviços. Eu entendo que a seguradora divulgará minhas informações de contato relevantes a estas empresas para esse propósito.

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

Informações enviadas diretamente por outros parceiros comerciais da Allianz Care sobre seus produtos e serviços. Eu entendo que a seguradora divulgará minhas informações de contato relevantes a estas empresas para esse propósito.

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

Tais comunicações devem ser enviadas para mim através dos seguintes canais:

E-mail	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Notificações no aplicativo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Telefone	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Correio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## 13 DADOS DE PAGAMENTO

Você não precisa preencher esta seção se você estiver solicitando adesão a um grupo cujo prêmio é pago pela sua empresa.

Não faça nenhum pagamento até que receber o número da apólice. Seu prêmio será anual por toda a duração da sua cobertura.

### Moeda para pagamento

Marque  para indicar a moeda de pagamento de sua preferência:

Euros	<input type="checkbox"/>
Libras (GBP)	<input type="checkbox"/>
Francos suíços (CHF)	<input type="checkbox"/>
Dólares Americanos	<input type="checkbox"/>

Você pode usar débito automático para pagamentos em euros, libras esterlinas (GBP) e francos suíços, mas não em dólares americanos (USD).

### Método de pagamento

Marque  para indicar o método de pagamento de sua preferência:

Débito automático* (Para pagamentos em euros, libras esterlinas ou francos suíços)	<input type="checkbox"/>
Cartão de crédito	<input type="checkbox"/>
Cheque	<input type="checkbox"/>
Transferência bancária	<input type="checkbox"/>

Caso escolha pagamento por débito automático, preencha e envie a autorização de débito automático relevante, disponível em: [www.allianzcare.com/pt/pessoal/formulario-de-solicitacao-para-planos.html](http://www.allianzcare.com/pt/pessoal/formulario-de-solicitacao-para-planos.html)









## Envie o formulário completamente preenchido por um destes métodos:

 E-mail: [underwriting@allianzworldwidecare.com](mailto:underwriting@allianzworldwidecare.com)

 Fax: +353 1 629 7117

 Correio: Allianz Care  
15 Joyce Way  
Park West Business Campus  
Nangor Road  
Dublin 12, Irlanda

 Se você tiver alguma dúvida em relação ao preenchimento deste formulário ou sobre o processo de solicitação de cobertura, entre em contato com a nossa Central de Atendimento: +353 1 645 4040

 [www.facebook.com/AllianzCare/](http://www.facebook.com/AllianzCare/)  
 [www.linkedin.com/company/allianz-care](http://www.linkedin.com/company/allianz-care)  
 [www.youtube.com/c/allianzcare](http://www.youtube.com/c/allianzcare)  
 [www.instagram.com/allianzcare/](http://www.instagram.com/allianzcare/)  
 [twitter.com/AllianzCare](http://twitter.com/AllianzCare)

A AWP Health & Life SA, atuando sob sua sucursal na Irlanda, é uma empresa de sociedade anônima regida pelo Código de Seguros Francês. A empresa é registrada na França sob o número: 401 154 679 RCS Bobigny. A sucursal da Irlanda é registrada pelo órgão irlandês "Irish Companies Registration Office" sob o número: 907619. Endereço: 15 Joyce Way, Park West Business Campus, Nangor Road, Dublin 12, Irlanda. A Allianz Care e Allianz Partners estão registradas como razões sociais da AWP Health & Life SA.

## PAGAMENTO COM CARTÃO DE CRÉDITO

Se desejar pagar com cartão de crédito, forneça as seguintes informações:

Tipo de cartão de crédito: MasterCard  VISA  American Express  JCB  Diners Club  Discover

Nome do titular do cartão

Número do cartão  Data de vencimento   /

Código CVV\*

\* VISA, MasterCard, Discover e Diners Club: os últimos três dígitos no painel de assinatura na parte posterior do cartão.

American Express: número de quatro dígitos impresso na parte frontal do cartão acima do número.

**Para a sua segurança, uma vez que todas as informações sejam transferidas para o nosso sistema, os dados do seu cartão de crédito serão destacados deste formulário e destruídos.**

### Autorização para cartão de crédito

Autorizo a Allianz Care a debitar em meu cartão de crédito o prêmio referente ao meu seguro Avenue. Eu entendo que serei notificado sobre o prêmio quando minha cobertura/renovação for aceita, ou caso eu faça uma solicitação que afete o valor do meu prêmio, como a adição de dependentes. Este pagamento continuará até que a instrução seja cancelada por minha notificação por escrito à Allianz Care. Entendo que serei notificado com um mês de antecedência sobre qualquer aumento no valor do prêmio.

 Assinatura do titular do cartão \_\_\_\_\_ Data   /   /