

FORMULÁRIO PRELIMINAR PARA A AVALIAÇÃO MÉDICA

PREENCHA ESTE FORMULÁRIO EM LETRA DE FÔRMA

O objetivo deste formulário é coletar informações básicas de saúde para que a avaliação médica possa ser efetuada. Desta forma, este não deve ser considerado parte do contrato e não representa a oferta da cobertura por parte da Allianz Partners. Os termos e condições da apólice apenas poderão ser oferecidos após nosso Departamento de Subscrição Médica receber e avaliar o Formulário de Solicitação totalmente preenchido, bem como quaisquer evidências/relatórios médicos solicitados.

Sr. Sra. Srta. Outros

Nome

Sobrenome

Data de nascimento / /

Sexo: Masculino Feminino

Altura e peso cm kg

Você fuma? Sim Não

Se a resposta for afirmativa, indique a quantidade diária de cigarros consumidos

Você consome bebidas alcoólicas? Sim Não

Se a resposta for afirmativa, indique a quantidade semanal de consumo (1 dose = 1 unidade, 250ml de cerveja = 1 unidade, 1 taça de vinho = 1 unidade)

Nacionalidade

País principal de residência
(o país onde você e seus dependentes, se aplicável, moram por mais de seis meses durante o ano).

Profissão

Tipo de cobertura requerida: Hospitalar Ambulatorial Repatriação Odontológico Maternidade

DETALHES DE CONDIÇÕES MÉDICAS

Diagnóstico ou sintomas

Data em que os primeiros sintomas se manifestaram / /

Data em que os últimos sintomas se manifestaram / /

Resultados de investigações, exames de sangue ou leituras sanguíneas

Tratamentos médicos recentes, incluindo cirurgias (se aplicável)

Complicações (se aplicável)

Detalhes sobre a realização de quaisquer acompanhamentos

Houve uma recuperação completa? **Por favor, se disponível, anexe toda a documentação médica relevante (por exemplo: certificados ou relatórios médicos).**

Caso não haja espaço suficiente para as informações médicas, utilize outro Formulário preliminar para a avaliação médica.

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

Nosso Aviso de Proteção de Dados explica como protegemos sua privacidade. Este é um aviso importante que descreve como processaremos seus dados pessoais e deve ser lido antes de você enviar quaisquer dados pessoais para nós. Você pode ler nosso Aviso de Proteção de Dados em nosso site:

www.allianzworldwidecare.com/pt/privacidade

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, você também pode enviar um e-mail para: AWC.DataPrivacyOfficer@allianz.com

DECLARAÇÃO

Leia cuidadosamente as declarações a seguir e assinie no espaço abaixo somente se você entender e estiver de acordo com as declarações.

- (a) Declaro que todas as informações fornecidas acima são verdadeiras e estão completas, incluindo as respostas que não apresentam minha caligrafia. Declaro também que não omiti, adulterei ou distorci qualquer fato material. Entendo que qualquer declaração falsa, incorreta ou enganosa e a omissão de qualquer fato material poderá tornar este contrato nulo e sem efeito.
- (b) Eu concordo em renunciar quaisquer direitos que eu possa ter a respeito de sigilo ou confidencialidade médica quando relacionados ao acesso de meus registros médicos e autorizo que a Allianz Partners, caso julgue apropriado, verifique as declarações sobre minha condição de saúde e as declarações fornecidas a outras seguradoras de saúde sobre contratos anteriores ou atuais. Autorizo todos os médicos, clínicos, dentistas, profissionais ligados à área de saúde, funcionários de hospitais, órgãos de saúde e clínicas médicas a comunicarem qualquer informação relevante relacionada à minha condição médica aos profissionais de saúde da Allianz Partners, seus representantes nomeados ou a profissionais agindo como terceiros, em caso de disputas, sujeito a quaisquer restrições legais que possam ser aplicadas. Esta declaração também se aplica aos menores de idade indicados neste formulário, incluindo aqueles que não podem avaliar o significado desta declaração.

Esta declaração e o formulário devem ser assinados e datados pelo solicitante que se propõe como afiliado. Caso o solicitante seja um menor de idade, um dos pais ou o guardião legal deve assinar por ele.

Assinatura do solicitante

Nome do solicitante em letra de fôrma

Data / /

DADOS DE CONTATO DO CONSULTOR

Submeta o nome e o endereço de e-mail da pessoa de contato responsável por este formulário.

Nome

E-mail

Envie o formulário completamente preenchido com a documentação médica relevante por e-mail para: underwriting@allianzworldwidecare.com