

Declaração Complementar de Saúde

# Vida

**DADOS DO PROPONENTE**

Nome: \_\_\_\_\_

Naturalidade: \_\_\_\_\_ Cidade: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_

A presente declaração, deverá ser preenchida de próprio punho, pelo proponente, de forma clara e objetiva, respondendo **SIM** ou **NÃO**, conforme o caso.

**Muito Importante**

Chamamos a atenção de V.S.a. para o disposto nos Artigos 1443 e 1444 do Código Civil, onde se estabelece que o Segurado e Segurador são obrigados a guardar no contrato a mais estrita boa-fé e veracidade e que, se não fizer declarações verdadeiras e completas, omitindo circunstâncias que possam influir na aceitação da proposta perderá o direito ao valor do seguro. Assim, para sua própria garantia, deverá V.S.a., além de responder o questionário abaixo com o máximo rigor e veracidade, fornecer qualquer outra informação necessária ao completo e perfeito conhecimento do risco. Havendo necessidade, as informações complementares deverão ser remetidas por carta à Seguradora.

1. Atividades Profissionais anteriores: \_\_\_\_\_

2. Pressão Arterial: \_\_\_\_\_

3. Esteve ou está afastado de suas atividades profissionais por motivo de doença? Em caso positivo, esclareça: \_\_\_\_\_

4. Sofre ou sofreu de alguma das doenças ou distúrbios abaixo relacionados? **(Em caso positivo, informar todos os detalhes incluindo datas, tratamentos realizados com nome e endereço dos médicos):**

a) Hipertensão, infarto do miocárdio ou outras doenças cardio-circulatórias: \_\_\_\_\_

b) Tumores ou câncer: \_\_\_\_\_

c) Cistos ou doenças de pele: \_\_\_\_\_

d) Reumatismo, problemas de coluna, musculares, articulares ou de ossos: \_\_\_\_\_

e) Asma, bronquite, enfisema ou outras doenças pulmonares: \_\_\_\_\_

f) Doenças de rins, bexiga, próstata, alterações do trato urinário, órgãos sexuais: \_\_\_\_\_

g) Doenças sexualmente transmissíveis: \_\_\_\_\_

h) Úlcera duodenal, gastrite, icterícia, doenças do fígado, hepatite, doenças da vesícula ou outras doenças do aparelho digestivo: \_\_\_\_\_

i) Hemorragias, anemia, hemofilia, leucemia ou outras doenças do sangue: \_\_\_\_\_

j) Doenças neurológicas ou psiquiátricas (vertigem, desmaio, convulsão, dores de cabeça, dificuldades da fala, paralisia ou derrame cerebral, doença ou alterações mentais ou dos nervos): \_\_\_\_\_

k) Doenças ou alterações dos olhos, ouvidos, nariz ou garganta: \_\_\_\_\_

l) Diabetes, doenças da tireóide ou outras doenças endócrinas: \_\_\_\_\_

m) Alterações de menstruação, perda sangüínea, gravidez, alteração dos órgãos reprodutores ou dos seios: \_\_\_\_\_

n) Outras doenças ou distúrbios não relacionados acima? Quais? \_\_\_\_\_

5. Faz uso de algum medicamento de forma rotineira? Em caso positivo, esclareça quais e os motivos: \_\_\_\_\_

6. Já fez exames para detecção de AIDS? Informar datas e resultados: \_\_\_\_\_

7. Já foi submetido a exame de cateterismo, ecocardiograma, teste ergométrico, tomografia computadorizada, ressonância magnética, endoscopia, ultrassonografias em geral, etc.? Em caso positivo, esclareça: \_\_\_\_\_

8. Você já foi atendido(a) e/ou internado(a) para tratamento clínico ou cirúrgico inclusive biópsia? Em caso positivo relacione os hospitais, cite o diagnóstico e o período de internação: \_\_\_\_\_

9. Já foi submetido a tratamentos radioterápicos, transfusão de sangue ou outro tratamento por período prolongado? Em caso positivo, esclareça: \_\_\_\_\_

10. Tem alguma deficiência de órgãos, membros ou sentidos (exemplo: visão ou audição), ou defeitos físicos em membros ou órgãos? Em caso positivo esclareça a deficiência e o grau: \_\_\_\_\_

11. Já foi submetido a tratamento fisioterápico? Qual? \_\_\_\_\_

12. É portador de alguma doença profissional? Qual? \_\_\_\_\_

13. Você pratica esportes ou faz exercícios regularmente? Em caso positivo, descreva o tipo e a frequência: \_\_\_\_\_

14. Você é ou foi fumante? Em caso positivo quantificar e informar há quanto tempo: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

15. Você fez ou faz uso de bebidas alcólicas? Em caso positivo, mencione a frequência e a quantidade: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

16. Você fez ou faz uso de tóxicos? Se sim, esclareça: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

17. Teve alguma alteração de peso nos últimos 24 meses? Em caso positivo, informar a perda ou o ganho: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

18. Você possui um médico habitual? Em caso positivo informe o nome e endereço de seu médico: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

18.1. Em sua última consulta médica foi prescrito algum tratamento? Em caso positivo informar a data da consulta, motivo e o tratamento prescrito: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

19. 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: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

20. Tem outros seguros em vigor? Relacione: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

21. Histórico Familiar

Pai: vivo? \_\_\_\_\_ Idade e causa de morte, se falecido: \_\_\_\_\_

Se vivo, idade: \_\_\_\_\_

Mãe: viva? \_\_\_\_\_ Idade e causa de morte, se falecida: \_\_\_\_\_

Se viva, idade: \_\_\_\_\_

#### DECLARAÇÃO DO PROPONENTE

As respostas acima foram dadas por mim, de próprio punho, e, em razão de as mesmas servirem de base para a aceitação desta Proposta concordo que, se necessário sejam solicitados relatórios ou exames médicos que serão analisados em caráter confidencial, pela gerência médica da Seguradora. Autorizo, também, a Seguradora a obter informação sobre meu estado de saúde (anterior ou atual), junto aos médicos que me atenderam, os quais ficarão dispensados, para este fim, do sigilo profissional previsto no Artigo 102 do Código de Ética Médica de 1988.

Local: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Assinatura do Proponente: \_\_\_\_\_