

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: _____