

Este formulário deverá ser preenchido de próprio punho pelo proponente do seguro caso o capital Segurado seja superior a R\$2.000.000,00. Responda todas as perguntas abaixo de forma clara e objetiva, preenchendo com SIM ou Não quando for o caso.

Nome do Participante/Segurado

CPF

Pressão arterial

1. Qual sua Atividade Profissional Anterior?

2. Esteve ou está afastado de suas atividades profissionais por motivo de doença? Em caso positivo, esclareça.

3. 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 cardiocirculatórias.

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) Úlcera duodenal, gastrite, icterícia, doenças do fígado, hepatite B ou C, doenças da vesícula ou outras doenças do aparelho digestivo.

h) Hemorragias, anemia, hemofilia, leucemia ou outras doenças do sangue.

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

j) Doenças ou alterações dos olhos, ouvidos, nariz ou garganta.

k) Diabetes, doenças da tireoide ou outras doenças endócrinas.

l) Alterações de menstruação, perda sanguínea, gravidez, alteração dos órgãos reprodutores ou dos seios.

m) Outras doenças ou distúrbios não relacionados acima? Em caso afirmativo, esclareça quais?

4. Faz uso de algum medicamento de forma rotineira? Em caso afirmativo, esclareça quais e os motivos.

5. Já fez exames para detecção de AIDS? Informar datas e resultados:

6. Já foi submetido a exame de cateterismo, ecocardiograma, teste ergométrico, tomografia computadorizada, ressonância magnética, endoscopia, ultrassonografias em geral, que tenham mostrado resultados alterados? Em caso afirmativo, esclareça.

7. Relacione os hospitais em que foi atendido (a) e/ou internado (a) para tratamento clínico ou cirúrgico, inclusive biópsia (citar diagnóstico e período de internação).

8. Já foi submetido a tratamentos radioterápicos, quimioterapia, transfusão de sangue ou outro tratamento por período prolongado? Em caso afirmativo, esclareça.

9. Tem alguma deficiência de órgãos, membros ou sentidos (exemplo: visão ou audição), ou defeitos físicos em membros ou órgãos? Em caso afirmativo, esclareça.

VISÃO - CONFORME LAUDO OFTALMOLÓGICO DE ATÉ UM ANO

Olho direito:

Miopia Hipermetropia Astigmatismo | Sim Não | Grau:

Olho esquerdo:

Miopia Hipermetropia Astigmatismo | Sim Não | Grau:

AUDIÇÃO - CONFORME LAUDO OFTALMOLÓGICO DE ATÉ UM ANO

Ouvido direito Sim Não | % de Redução:

Ouvido esquerdo Sim Não | % de Redução:

10. Já foi submetido a tratamento fisioterápico? Em caso afirmativo, especifique qual.

11. É portador de alguma doença profissional? Em caso afirmativo, especifique qual.

12. Sofre ou sofreu ameaças de sequestro, morte, violência ou acidente? Em caso afirmativo, descreva o tipo de ocorrência, mencionando as lesões porventura produzidas e se delas resultou algum tipo de limitação.

13. Você fez ou faz uso de bebidas alcólicas? Em caso positivo, mencione a frequência e a quantidade.

14. Você fez ou faz uso de tóxicos? Em caso afirmativo, esclareça.

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

16. Utiliza motocicleta como meio de transporte ou pratica motociclismo de forma amador ou profissional?

17. Qual o nome e endereço de seu médico habitual?

17.1. Qual a data, o motivo e tratamento prescrito na última consulta?

18. 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.

19. HISTÓRICO FAMILIAR:

a) Seu pai é vivo? Em caso afirmativo, favor informar a idade. Em caso negativo, favor informar a causa da morte e com qual idade faleceu.

b) Sua mãe é viva? Em caso afirmativo, favor informar a idade. Em caso negativo, favor informar a causa da morte e com qual idade faleceu.

INFORMAÇÕES FINANCEIRAS CONFIDENCIAIS

As informações abaixo estão sendo dadas por mim com a finalidade exclusiva de estabelecer conexão entre o valor do seguro de vida que estou propondo e minha situação financeira patrimonial, na data do preenchimento e assinatura deste formulário.

1. ATIVOS PATRIMONIAIS

1.1 Ativos financeiros: caixa, depósitos bancários, fundos de investimentos, poupanças, ações, etc.

Total em Reais: R\$ _____

1.2 Ativos imobiliários: relacionar abaixo os imóveis próprios, tipo de imóvel, endereço e valor de mercado:

a) _____

b) _____

c) _____

d) _____

e) _____

1.3 Veículos: relacione abaixo a marca, modelo e ano de fabricação do(s) veículo(s) em seu nome:

1.4 Relacione abaixo outros ativos não mencionados acima com descrição e valor:

2. DÍVIDAS E HIPOTECAS

2.1 Relacione abaixo, se for o caso, empréstimos financeiros a vencer, informado o nome do(s) Banco(s) ou financeira(s), valores e datas de vencimentos:

2.2 Relacione abaixo outros empréstimos ou financiamentos a vencer - descrição, instituição, valores e datas de vencimentos:

2.3 Hipotecas: relacione abaixo, se for o caso, valor, data de vencimento e imóvel sobre o qual incide hipoteca:

3. RENDAS - valores anuais

Relacione a seguir os valores de renda anual do ano corrente a anterior:

Salários Anuais e rendimentos do trabalho (especificar):	Ano Corrente - R\$	Ano Anterior - R\$
Outras Rendas (especificar):		

4. INFORMAÇÕES CADASTRAIS

Informe os dados bancários onde mantém seus principais negócios:

Nome do Banco: _____ Agência: _____ C/C: _____

Nome do Banco: _____ Agência: _____ C/C: _____

Nome do Banco: _____ Agência: _____ C/C: _____

5. OUTRAS INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES DE INTERESSE

6. PROCESSOS JUDICIAIS E EXECUÇÕES

Está sendo submetido a algum processo judicial ou a alguma execução de sentença transitada em julgado? Em caso afirmativo, informar natureza do processo, foro, vara ou tribunal onde o processo está em andamento e, se for o caso, o valor da execução:

DECLARAÇÃO DO PROPONENTE

Declaro que as respostas contidas neste documento foram dadas por mim de próprio punho e que estou ciente de que elas servem de base para aceitação dessa proposta. Concordo que, se necessário, poderão ser solicitados relatórios ou exames médicos que serão analisados em caráter confidencial, pela área médica da Seguradora.

Autorizo, também, que a Seguradora obtenha informações 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.

Concordo ainda que as informações deste formulário façam parte integrante do meu contrato de seguro de vida, ficando a Seguradora autorizada a utilizá-las exclusivamente em âmbito judicial, no amparo e na defesa de seus direitos sem que tal autorização implique em qualquer quebra de sigilo e confidencialidade. Declaro ter conhecimento do teor dos Artigos 765 e 766 e parágrafo do Código Civil Brasileiro que estabelece: "O segurado e Segurador são obrigados a guardar na conclusão e na execução do contrato a mais estrita boa-fé e veracidade, tanto a respeito do objeto como das circunstâncias e declarações a ele concernentes" e "Se o segurado fizer declarações inexatas ou omitir circunstâncias que possam influir na aceitação da proposta ou na fixação do prêmio, perderá o direito à garantia, além de ficar obrigado ao prêmio vencido. Se a inexatidão ou omissão nas declarações não resultar de má-fé do segurado, o segurador terá direito a resolver o contrato, ou a cobrar, mesmo após o sinistro, a diferença do prêmio".

O campo "Local e data" é de preenchimento obrigatório e, caso essas informações não sejam preenchidas, será considerado como "Local" a cidade de residência do cliente e como "Data" a data de protocolo desta declaração na Seguradora.

Local e Data

Assinatura do Proponente