

ANEXO X – DECLARAÇÃO PESSOAL DE SAÚDE – SEGURO HABITACIONAL – APÓLICE DE MERCADO

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 – É obrigatório o preenchimento de todos os campos desta Declaração Pessoal de Saúde.

Chamamos a atenção do Proponente, para o disposto nos Artigos 765 e 766 e parágrafo do Código Civil, onde se estabelece que Segurado e a Seguradora 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. Se 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. Assim, para sua própria garantia, além de responder ao questionário abaixo com o máximo rigor e veracidade, deverá fornecer qualquer outra informação necessária ao completo e perfeito conhecimento do risco. Havendo necessidade, as informações complementares deverão ser remetidas por carta à Seguradora.

NOME:		Composição da Renda:		%
DATA NASCIMENTO: ____/____/____		CPF:		SEXO: M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>
ESTADO CIVIL:	NATURAL DE:	NACIONALIDADE:		
ENDEREÇO:				
CEP:	CIDADE / UF:	FONE:	OCUPAÇÃO PRINCIPAL	
OPÇÃO DE SEGURADORA				
De acordo com a Resolução 3.811/2009, foram oferecidas duas apólices de seguro coletivo e por livre opção, o cliente opta pela:				
<input type="checkbox"/> HDI Seguros S/A – CNPJ 29.980.158/0001-57 - Proc. SUSEP nº 15414.001342/2006-56				
<input type="checkbox"/>				

1. Encontra-se, atualmente, em plena atividade de trabalho?

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

3. Sofre ou sofreu de alguma das doenças ou distúrbios abaixo relacionados? Em caso positivo, enviar declaração atualizada de seu médico.

a) Hipertensão, infarto do miocárdio ou outras doenças cardiocirculatórias, Tumores ou câncer, doenças de pele, Reumatismo, problemas de coluna, musculares, articulares ou de ossos; Asma, bronquite, enfisema ou outras doenças pulmonares, Doenças neurológicas ou psiquiátricas (vertigem, desmaio, convulsão, paralisia ou derrame cerebral); Diabetes, doenças da tireóide ou outras doenças endócrinas?

b) Doenças de rins, bexiga, próstata, icterícia, doenças do fígado, hepatite, doenças da vesícula ou outras doenças do aparelho digestivo, Hemorragias, anemia, hemofilia, leucemia, AIDS, outras doenças do sangue, doença ou deficiência de membros ou sentidos (visão, audição, nariz ou garganta)?

c) Outras doenças ou distúrbios não relacionados nas alíneas acima ou faz uso de medicamento de forma rotineira (em caso positivo, informar o nome e dosagem)?

4. Já foi submetido a tratamento médico em regime hospitalar e/ou sofreu intervenção cirúrgica; submeteu-se a exame de cateterismo, ecocardiograma, tomografia computadorizada, ressonância magnética, endoscopia; e/ou a tratamentos radioterápicos, transfusão de sangue ou outro tratamento por período prolongado? Fez Biópsia? Em caso positivo, esclareça.

5. Irá ou tem conhecimento de submeter-se a alguma intervenção cirúrgica ou terá que ser hospitalizado nos próximos 12 meses? Em caso positivo, esclareça.

6. É tripulante de aeronaves ou exerce atividade a bordo, pratica pára-queda, vôo de ultraleve, vôo livre, esportes radicais e perigosos, participa de competições esportivas em caráter amador ou profissional? Em caso afirmativo, esclareça.

7. Favor informar peso e altura.

8. O Segurado possui seguro de vida ou acidentes pessoais? Informe.

DECLARAÇÃO

As respostas acima foram dadas por mim, de próprio punho e, em razão das mesmas servirem de base para aceitação desta Proposta, concordo que, se necessário sejam solicitados relatórios ou exames médicos que serão analisados em caráter confidencial, pelo médico 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 e data

Assinatura do Proponente

OBS.: Para informações adicionais, utilize o verso desta Declaração. Declaração atualizada de acordo com o Código Civil Brasileiro.

DOCUMENTOS EXIGIDOS NAS SEGUINTE SITUAÇÕES DECLARADAS POSITIVAS:

Diabetes: Laudo médico mencionando desde quando o cliente é portador de diabetes, tratamento que realiza, se existe complicação orgânica e resultado do Hb glicosada.

Cirurgia: laudo médico esclarecendo a data da cirurgia do cliente, diagnóstico pós-operatório e condições clínicas atuais. Anexar exame anatomopatológico, se for o caso.

Cirurgia Cardíaca: Laudo médico esclarecendo a data da cirurgia do cliente, diagnóstico pós-operatório, evolução do ponto de vista cardiológico até o momento e tratamento que realiza. Esclarecer se é portador de hipertensão e diabetes.

Hipertensão Arterial: Enviar exames recentes do cliente (eletrocardiograma, ecocardiograma e teste ergométrico).

Deficiência Visual: Laudo médico recente com acuidade visual.

NOTA: Os laudos médicos mencionados devem ter sido emitidos em até 60 dias para os exames de sangue e eletrocardiograma e 180 dias para os demais exames. Em situações específicas, a seguradora poderá solicitar atualização e/ou complemento dos exames e/ou laudos.