

Declaração Pessoal de Saúde

Qualificação do proponente

Nome completo		Sexo ☐ masc. ☐ fem.		Data de nascimento	
CPF	Nº e Natureza doc. Identificação ¹	Órgão expedidor		Profissão	
Residente no Brasil? ☐ sim ☐ não	Endereço residencial (Av. / Rua)		Número	Complemento	
Bairro	Cidade	CEP	UF	DDD	Telefone

Observações:

Ao responder os quesitos abaixo, chamamos a sua atenção para o disposto nos Artigos 765 e 766 do Código Civil Brasileiro, que preveem: **Art. 765 - O segurado e o 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.** **Art. 766 - Se o Segurado fizer declarações inexatas ou omitir circunstâncias que possam influir na aceitação do seguro ou na taxa do prêmio, perderá o direito à garantia, além de ficar obrigado ao prêmio vencido.** Assim, para sua própria garantia, preencha corretamente os campos abaixo. Havendo necessidade de informações complementares, tais como laudos e exames médicos, estes serão solicitados pela seguradora e deverão ser encaminhados à mesma, de forma a permitir a análise e eventual aceitação desta proposta.

Ser cientificado pelo intermediário da remuneração recebida por este é um direito do cliente e um dever do intermediário. Como intermediário nesta contratação e na forma da legislação vigente, DECLARO que dei cumprimento integral às disposições contidas na Resolução CNSP nº 382/2020, inclusive quanto à prévia disponibilização ao proponente das informações previstas no art. 4º, § 1º da referida Resolução.

Peso: ____ Kg		Altura: ____ m	
Declaração Pessoal de Saúde	Justifique, quando necessário. Informe detalhes das respostas positivas		
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 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 de tireoide ou outras doenças endócrinas? Em caso positivo, enviar declaração atualizada do seu médico.			
4 - Sofre ou sofreu de 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)? Em caso positivo, enviar declaração atualizada do seu médico.			
5 - Sofre ou sofreu de outras doenças ou distúrbios não relacionados nas alíneas acima ou faz uso de medicamentos de forma rotineira (em caso positivo, informar o nome e dosagem)? Em caso positivo, enviar declaração atualizada do seu médico.			

6 – 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 tratamentos radioterápicos, transfusão de sangue ou outro tratamento por período prolongado? Fez biópsia? Em caso positivo, esclareça.	
7 – Irá ou tem conhecimento de submeter-se a alguma intervenção	
8 – É tripulante de aeronaves ou exerce atividade a bordo, pratica para quedismo, voo de ultraleve, voo livre, esportes radicais e perigosos, participa de competições esportivas em caráter amador ou profissional? Em caso afirmativo, esclareça.	
9 – O segurado possui seguro de vida ou acidentes pessoais? Informe	

Declaração

Assumo a responsabilidade por todas as declarações feitas nesta proposta. Estou também ciente de que este seguro só terá validade após a aceitação e que as informações prestadas nesta “Declaração Pessoal de Saúde” poderão levar a seguradora a solicitar-me esclarecimentos ou a meu médico habitual, acima indicado e, subsequentemente, acolher o seguro com restrições de cobertura, ou até mesmo não aceitá-lo. Com objetivo de auxiliar a avaliação da Seguradora na análise de aceitação de minha proposta e na análise e liquidação de sinistros relacionados ao seguro em questão, autorizo em caráter irrevogável e irretratável, aos médicos que me assistiram ou ainda assistem, bem como aos hospitais, laboratórios e outros prestadores de serviços na área de saúde, a prestarem todas as informações solicitadas pelos profissionais de medicina nomeados pela Seguradora, incluindo relatórios, prontuários ou exames médicos por mim realizados, sem que tal autorização implique em ofensa ao sigilo profissional. Declaro ainda, serem verdadeiras as informações prestadas e estar ciente de que as declarações inverídicas ou incompletas, que omitam circunstâncias relevantes para aceitação, por parte da Seguradora, acarretarão na perda de direito. Declaro, sob as penas da lei, que as informações prestadas na minha declaração pessoal de saúde são verdadeiras, estando ciente de que quaisquer omissões ou inexatidões contidas acarretará a perda do direito as coberturas contratadas, nos termos do Art. 766 do Código Civil Brasileiro. Estou ciente de que (i) o tratamento dos dados pessoais informados no presente documento será realizado em conformidade com toda a legislação aplicável sobre privacidade e proteção de dados, incluindo, mas não se limitando à Lei Geral de Proteção de Dados; (ii) a Rio Grande poderá, sempre respeitando a legislação aplicável, compartilhar os dados pessoais aqui informados, bem como dados referentes ao Produto contratado com os Intermediários e com outras entidades privadas ou órgãos públicos; e (iii) para mais informações sobre a proteção dos dados pessoais, basta acessar a Política de Privacidade disponível na Área do Cliente. Estou ciente ainda que, para a aceitação desta proposta a seguradora se baseou rigorosamente nas informações aqui prestadas sobre minha saúde, portanto qualquer omissão ou inexatidão será considerada como má-fé na contratação. Declaro ainda que o produto e plano escolhido estão de acordo com meu perfil de investimento e adequados aos meus interesses, bem como o valor do prêmio é compatível com minha situação financeira.

Local e data

Assinatura do proponente

Seguro Habitacional administrado pela Rio Grande Seguros e Previdência S.A, inscrita no CNPJ/MF sob o nº 01.582.075/0001-90, aprovado pela SUSEP sob o nº 15414.901352/2016-65. O registro deste plano na SUSEP não implica, por parte da Autarquia, incentivo ou recomendação a sua comercialização. O segurado poderá consultar a situação cadastral de seu corretor de seguros, no site www.susep.gov.br, por meio do número de seu registro na SUSEP, nome completo, CNPJ ou CPF. Serviço de Informação ao Cidadão SUSEP 0800 021 84 84 (dias úteis, das 9h30 às 17h) ou www.susep.gov.br.

Central de Relacionamento Banrisul 0800 281 3005. SAC Rio Grande Seguros e Previdência 0800 286 0110 (exclusivo para informações públicas, reclamações ou cancelamentos de produtos adquiridos pelo telefone). Ouvidoria Rio Grande Seguros e Previdência: 0800 025 1895, de 2ª a 6ª, das 8h às 18h, exceto feriados (ao ligar, tenha em mãos o número do protocolo de atendimento).