

NOME _____		DATA DE NASCIMENTO _____ / /
CPF _____	SEXO <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Feminino	DATA DA INSCRIÇÃO _____ / /

PARCELA ADICIONAL DE RISCO

 NOVA CONTRATAÇÃO ALTERAÇÃO

VALOR DA CONTRIBUIÇÃO MENSAL DE RISCO

VALOR DE COBERTURA DO CAPITAL SEGURADO

RENDA POR MORTE

R\$ _____

R\$ _____

RENDA POR INVALIDEZ

R\$ _____

R\$ _____

NOME DO(A) CONSULTOR(A) _____

REGIONAL _____

DECLARAÇÃO PESSOAL DE SAÚDE

PARA SER PREENCHIDO

INSTRUÇÃO: Leia e preencha com atenção, assinalando “sim” ou “não”, justificando quando necessário.

1) Encontra-se com algum problema de saúde?	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim	Qual(is)?
2) Sofre ou já sofreu de hipertensão arterial, diabetes mellitus, doenças gástricas ou intestinais, doenças do sangue, doenças neurológicas, doenças do fígado, doenças renais ou algum outro tipo de doença?	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim	Qual(is)?
3) Foi submetido(a) a alguma cirurgia, biópsia ou punção nos últimos cinco anos?	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim	Qual(is)?
4) Foi submetido(a) a qualquer outro tipo de internação hospitalar nos últimos cinco anos?	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim	Qual(is)? Motivo:
5) É ou foi portador(a) de doenças infectocontagiosas e/ou sexualmente transmissíveis?	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim	Qual(is)?
6) Sofre ou já sofreu de algum tipo de câncer?	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim	Qual(is)?
7) Já foi submetido(a) a tratamento quimioterápico, radioterápico ou de diálise?	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim	Qual(is)? Quando?
8) Faz uso diário ou habitual de medicamentos? Se sim, informe os medicamentos, suas doses e frequência do uso:	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim	Qual(is)? Doses e frequência:
9) Sofre de deficiência de órgãos, membros ou sentidos?	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim	Qual(is)?
10) Fuma ou fumou nos últimos três anos?	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim	Frequência: Quantidade:
11) Consome bebidas alcoólicas mais do que 3 (três) vezes por semana?	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim	Qual(is)? Consumo e frequência:
12) Pratica algum tipo de modalidade esportiva, em caráter profissional ou amador?	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim	Qual(is)?
13) É aposentado(a) por qualquer órgão de previdência oficial?	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim	Qual? Motivo:
14) Possui atualmente ou está em fase de contratação de outro seguro de vida e/ou acidentes pessoais?	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim	Qual seguradora? Qual capital?
15. Exerce alguma profissão ou atividade a bordo de aeronaves de linha aérea não-comerciais?	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim	Qual?

Declaro ter conhecimento de todas as perguntas da declaração de saúde acima, assumindo total responsabilidade pelas informações por mim prestadas.

DATA _____	LOCAL _____	ASSINATURA DO PROPONENTE E/ OU REPRESENTANTE LEGAL _____
------------	-------------	--

A aceitação do seguro estará sujeita à análise do risco. A Icatu Seguros S/A tem o prazo de até 15 dias, contados da data que vier a ser registrada abaixo pelo relógio protocolo, para manifestar-se em relação à recusa desta proposta. Este prazo será suspenso quando necessária a requisição de outros documentos ou dados para análise do risco. Essa eventual suspensão terminará quando forem protocolados todos os documentos ou dados solicitados. Caso não haja manifestação de recusa desta proposta por parte da Icatu Seguros S/A no prazo antes referido, a aceitação da proposta dar-se-á automaticamente. No caso de não aceitação da proposta, a Icatu Seguros S/A devolverá o valor do prêmio já quitado, atualizado até a data da efetiva restituição, de acordo com a legislação vigente.