

Declaração Pessoal de Saúde – Seguro Habitacional

DADOS BÁSICOS

Nome do Proponente			CPF
Data de Nascimento / /	Sexo <input type="checkbox"/> Masculino. <input type="checkbox"/> Feminino	Peso Kg	Altura m
Fumante (Sim se fuma 5 cigarros por dia ou mais) <input type="checkbox"/> Sim. <input type="checkbox"/> Não		Ingestão de Bebida Alcoólica (Sim se ingerir 3 vezes por semana ou mais) <input type="checkbox"/> Sim. <input type="checkbox"/> Não	

Responda as questões abaixo, com SIM ou NÃO. Caso a resposta seja “SIM”, assinale a opção correspondente abaixo de cada item.

1	Está ou esteve AFASTADO DE SUAS ATIVIDADES DE TRABALHO nos últimos 5 anos, por motivo de doença ou acidente?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
<input type="checkbox"/> Afastado com período de 01 a 07 dias <input type="checkbox"/> Afastado com período de 08 a 15 dias <input type="checkbox"/> Afastado com período de 16 a 30 dias <input type="checkbox"/> Afastado com período acima de 30 dias <input type="checkbox"/> Aposentado por invalidez (por doença ou por acidente) <input type="checkbox"/> Sem vínculo empregatício nos últimos 5 anos		

2 Sofre ou sofreu nos últimos **5 anos** de algum transtorno que tenha necessitado de **acompanhamento médico** por motivo de:

2.1	DOENÇAS DO CORAÇÃO?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
<input type="checkbox"/> Pressão alta (hipertensão arterial) <input type="checkbox"/> Dor no peito (Angina do peito) <input type="checkbox"/> Muito cansaço e falta de ar ao caminhar ou fazer esforço físico <input type="checkbox"/> Sopro no coração <input type="checkbox"/> Palpitação, batadeira no coração (Arritmia cardíaca) <input type="checkbox"/> Coração dilatado (aumentado) <input type="checkbox"/> Ataque cardíaco (Infarto do miocárdio) <input type="checkbox"/> Angioplastia / Colocação de STENT (cateterismo cardíaco) <input type="checkbox"/> Ponte de safena (Cirurgia de revascularização do miocárdio) <input type="checkbox"/> Defeito no coração ao nascimento (Mal formação congênita)		

2.2 **TUMOR MALIGNO (CÂNCER)?** Sim Não

<input type="checkbox"/> Câncer de pele (exceto melanoma)	<input type="checkbox"/> Câncer de tireóide
<input type="checkbox"/> Melanoma	<input type="checkbox"/> Câncer de outro órgão (outra localização)

2.3 **DOENÇA DO APARELHO DIGESTIVO E METABÓLICAS?** Sim Não

<input type="checkbox"/> Gastrite	<input type="checkbox"/> Cirrose do fígado
<input type="checkbox"/> Úlcera gástrica (estômago ou duodeno)	<input type="checkbox"/> Açúcar no sangue (Diabetes mellitus)
<input type="checkbox"/> Pedra na vesícula (Cálculo biliar)	<input type="checkbox"/> Gordura no sangue (Colesterol ou triglicerídeos altos)

2.4 **DOENÇA ORTOPÉDICA OU REUMATOLÓGICA?** Sim Não

<input type="checkbox"/> Dor de coluna (Dorsalgia)	<input type="checkbox"/> Artroses (coluna vertebral, quadril, joelhos, etc.)
<input type="checkbox"/> Desvio de coluna vertebral (Escoliose ou lordose)	<input type="checkbox"/> Reumatismo
<input type="checkbox"/> Hérnia de disco de coluna vertebral	<input type="checkbox"/> LER/DORT (Tendinite e tenossinovite)
<input type="checkbox"/> Fratura de coluna vertebral	<input type="checkbox"/> Lúpus Eritematoso Sistêmico
<input type="checkbox"/> Osteoporose	

2.5 **DOENÇA RENAL?** Sim Não

<input type="checkbox"/> Pedra no rim (Cálculo renal)	<input type="checkbox"/> Insuficiência renal (Hemodiálise ou diálise peritoneal)
<input type="checkbox"/> Cisto renal (Rim policístico)	

Declaração Pessoal de Saúde – Seguro Habitacional

2.6 | **DOENÇAS NEUROLÓGICA, PSICOLÓGICA OU MENTAL?** Sim Não

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Desmaio | <input type="checkbox"/> Ansiedade, angústia, irritabilidade ou depressão |
| <input type="checkbox"/> Convulsão | <input type="checkbox"/> Esquizofrenia |
| <input type="checkbox"/> Aneurisma cerebral | <input type="checkbox"/> Síndrome do pânico |
| <input type="checkbox"/> Lesão de medula | <input type="checkbox"/> Estresse emocional / psicológico |
| <input type="checkbox"/> Doença de Parkinson | <input type="checkbox"/> Derrame cerebral (AVC) |

2.7 | **DOENÇA DO PULMÃO?** Sim Não

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Bronquite ou asma | <input type="checkbox"/> Doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC) |
| <input type="checkbox"/> Enfisema | |

2.8 | **DOENÇA INFECTO-CONTAGIOSA?** Sim Não

- | | |
|-------------------------------------|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Hepatite A | <input type="checkbox"/> Tuberculose |
| <input type="checkbox"/> Hepatite B | <input type="checkbox"/> Sífilis |
| <input type="checkbox"/> Hepatite C | <input type="checkbox"/> AIDS |

2.9 | Tem alguma **DEFICIÊNCIA** de órgãos, membros, ou sentido? Sim Não

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Seqüela de paralisia infantil | <input type="checkbox"/> Surdez de um ouvido |
| <input type="checkbox"/> Paralisia ou amputação de um membro | <input type="checkbox"/> Surdez de ambos os ouvidos ou surdo-mudez |
| <input type="checkbox"/> Paralisia ou amputação de dois ou mais membros | <input type="checkbox"/> Cegueira de um olho |
| <input type="checkbox"/> Amputação traumática de uma mão ou de um pé | <input type="checkbox"/> Cegueira de ambos os olhos |
| <input type="checkbox"/> Amputação traumática de duas mãos, de uma mão e de um pé, ou de dois pés. | |

2.10 | **OUTRA DOENÇA** não citada anteriormente, e que tenha necessitado de acompanhamento médico? Sim Não

Cite qual a doença, e em que período necessitou desse acompanhamento médico.

Declaro que as informações contidas nesta declaração são verdadeiras e completas e assumo total responsabilidade pela sua exatidão. Estou ciente de que qualquer indenização por sinistro somente será liquidada após o pagamento de seu prêmio devido, a caracterização do evento coberto e o seu amparo pelo presente seguro e que, de acordo com o artigo 766 da Lei nº 10.406/02 (Código Civil Brasileiro), se tiver omitido circunstâncias que possam influir na aceitação e/ou taxação do risco pela Seguradora, perderei o direito a qualquer indenização, sem restituição do prêmio total pago. Autorizo que, em caso de sinistro, sejam realizadas diligências médicas julgadas necessárias, autorizando, também de acordo com o artigo 106 do Código de Ética Médica, que os médicos que me assistiram prestem todas as informações que forem solicitadas pela área médica da Seguradora.

Local e Data	Assinatura do Proponente
--------------	--------------------------

Para mais informações acesse o site www.caixaseguros.com.br ou ligue de 2ª a 6ª feira, das 8h às 21h para Centrais 0800.

0800 702 4000 - Serviços e relacionamento

0800 702 4280 - SAC - Sugestões, dúvidas, reclamações e cancelamentos

0800 702 4260 - Atendimento exclusivo para surdos