

Estipulante: Previ	CNPJ: 33.754.482/0001-24
---------------------------	--------------------------

Proponente

Nome:		
CPF:	Data nascimento	E-mail
Valor do imóvel R\$	Valor financiado R\$	Prazo financiamento (meses)

Declaração Pessoal de Saúde

1. É aposentado (a)? Especifique

<input type="checkbox"/> Tempo de serviço	<input type="checkbox"/> invalidez
---	------------------------------------

2. Confirme sua atividade profissional /ramo de atuação

--

3. Encontra-se em plena atividade de trabalho? especifique

--

4. Pratica atividades radicais ou perigosas? Se SIM, especifique

--

5. Possui algum problema de Saúde? Se SIM, especifique

--

6. É ou foi portador de alguma doença NEUROLÓGICA OU PSIQUIÁTRICA que o obrigou a realizar tratamentos, fazer exames ou tomar remédios? Se SIM, especifique

--

7. É ou foi portador de alguma doença MUSCULAR OU ARTICULAR que o obrigou a realizar tratamentos, fazer exames ou tomar remédios? Se SIM, especifique

--

8. É ou foi portador de alguma doença DO APARELHO DIGESTIVO que o obrigou a realizar tratamentos, fazer exames ou tomar remédios? Se SIM, especifique

--

9. É ou foi portador de alguma doença CARDÍACA OU PRESSÃO ALTA que o obrigou a realizar tratamentos, fazer exames ou tomar remédios? Se SIM, especifique

--

10. É ou foi portador de alguma doença PULMONAR que o obrigou a realizar tratamentos, fazer exames ou tomar remédios? Se SIM, especifique

--

11. É ou foi portador de alguma doença INFECTOCONTAGIOSA que o obrigou a realizar tratamentos, fazer exames ou tomar remédios? Se SIM, especifique

12. É ou foi portador de CÂNCER que o obrigou a realizar tratamentos, fazer exames ou tomar remédios? Se SIM, especifique

13. É ou foi portador de alguma doença HEMATOLÓGICA que o obrigou a realizar tratamentos, fazer exames ou tomar remédios? Se SIM, especifique

14. É portador de DIABETES que o obrigou a realizar tratamentos, fazer exames ou tomar remédios? Se SIM, especifique

15. É ou foi portador de OUTRA doença que o obrigou a realizar tratamentos, fazer exames ou tomar remédios periodicamente? Se SIM, especifique

16. Qual sua altura e peso?

17. Toma medicamento de uso contínuo? Se SIM, especifique

18. Já foi submetido a tratamento médico por período prolongado? Se SIM, especifique

Declarações e Autorizações

Declaro que as informações acima são verdadeiras e por elas assumo a total e integral responsabilidade, estando ciente que, estas informações, estão sujeitas ao artigo 766 do Código Civil - "se o segurado, por si ou por seu representante fizer declarações inexatas ou omitir circunstâncias que possam influir na aceitação da proposta ou na taxa do prêmio, perderá a garantia, além de ficar obrigado ao prêmio vencido".

Autorizo qualquer profissional de medicina nomeado pela Seguradora abaixo indicada a obter de mim ou de meu(s) médico(s), por intermédio de contatos telefônicos ou pessoais, qualquer informação sobre minha saúde com objetivo de favorecer a avaliação técnica relacionada à análise de aceitação de inclusão de minha proposta de financiamento no Seguro Habitacional e a análise e liquidação de sinistro.

Seguradora

- Brasilseg Companhia de Seguros

Autorizo a BB Corretora de Seguros e Administradora de Bens S.A. e o Banco do Brasil S.A. a transmitirem à Seguradora os dados cadastrais e atualizações que sejam necessários para o cumprimento das exigências legais e regulamentares cabíveis.

A minha assinatura abaixo confirma que **concordo** com todos os termos desta Declaração Pessoal de Saúde.

Local e data

Assinatura do proponente

Brasilseg Companhia de Seguros – CNPJ: 28.196.889/0001-43 – Av. das Nações Unidas 14.261, Vila Gertrudes, SP – CEP 04794-000 – Cód. Seguradora 6785 / Central de Atendimento: 0800 729 7000 – Central de Atendimento a Deficientes Auditivos ou de Fala: 0800 962 7373 Ouvidoria 0800 880 2930 – ou pelo Site www.bbseguros.com.br / Ouvidoria Atendimento a Deficientes Auditivos ou de Fala: 0800 775 7003 Disque Denúncia 0800 444 8256 Canal para denúncias sobre quaisquer práticas suspeitas ligadas ao seu seguro. Sigilo de identidade garantido / O Telefone GRATUITO da SUSEP para Atendimento Público é 0800 021 8484