
Declaração de Saúde Complementar

Nome

Nº da Proposta

As perguntas abaixo foram formuladas com base na declaração de saúde, constante de sua proposta de seguro. Utilize o verso desta folha para fornecer maiores detalhes e informações complementares.

1 - Sofre ou já sofreu de hipertensão arterial (pressão alta)? Especifique.

2 - Sofre ou já sofreu de diabetes? Especifique.

3 - Submeteu-se ou tem indicação de submeter-se à alguma internação clínica ou cirúrgica? Em caso positivo, especifique data, local, tempo de internação e tratamento realizado.

4 - Já apresentou alguma alteração de consciência, derrame ou outras doenças neurológicas? Especifique.

5 - Sofre ou já sofreu de alguma doença renal? Especifique.

6 - Sofre ou já sofreu de câncer? Especifique.

7 - Apresenta ou já apresentou alguma alteração óssea tais como fraturas, osteoporose, artrose, doenças nas articulações? Especifique.

8 - Sofre ou já sofreu de alguma doença cardíaca?

9 - Sofre ou já sofreu de alguma doença vascular, doença das artérias ou varizes?

10 - Sofre ou já sofreu de alguma doença não relacionada nos itens acima?

11 - Esclareça como é feito seu acompanhamento médico. Informe a data e o resultado dos últimos exames, tais como: Colesterol, Triglicerídeos, Glicemia, Hemoglobina glicosilada, hemograma, ECG, ecocardiograma, holter, teste de esforço, exames preventivos. Anexe cópia desses resultados.

Declaração de Saúde Complementar

Informações complementares

Estou ciente de que os dados pessoais e informações constantes neste documento são confidenciais, os quais deverão ser utilizados apenas para as finalidades que justificaram a sua coleta, jamais sendo utilizados para fins que não sejam do conhecimento do segurado.

Local: _____ Data: _____

Assinatura do Proponente

Tenho ciência de que os dados presentes neste documento deverão ser utilizados única e exclusivamente para cumprir com a finalidade a que se destinam e em respeito a toda a legislação aplicável sobre segurança da informação, privacidade e proteção de dados, inclusive, mas não se limitando a Lei Geral de Proteção de Dados (Lei Federal nº 13.709/2018). Em razão da natureza do documento, que contém dados pessoais classificados como sensíveis, me comprometo a manter a confidencialidade dos dados pessoais e demais informações as quais tive acesso, jamais utilizando-os para outros fins, sob pena das consequências disciplinares, administrativas e judiciais aplicáveis.

Para obter maiores informações sobre como os seus dados pessoais são tratados pelo Bradesco Saúde, consulte a nossa Política de Privacidade disponível para consulta em <http://www.bradescoseguranca.com.br> > Segurança da Informação > Privacidade.

Local: _____ Data: _____

Assinatura do Médico