

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 - Informe há quanto tempo apresenta peso corporal acima da média.

2 - Informe tipos de tratamentos já utilizados para controle, e desde quando se submeteu a estes para diminuir o peso corporal.

3 - Sofre ou já sofreu de Diabetes? Em caso positivo, informe data e o tratamento ministrado.

4 - Sofre ou já sofreu de Hipertensão arterial? Em caso positivo, informe data e medicamentos que utiliza para controle.

5 - Sofre ou já sofreu de doenças articulares, ligamentares ou ósseas? Em caso positivo, informe data, medicamentos e tratamento ministrado.

6 - Sofre ou já sofreu de varizes ou doenças vasculares? Em caso positivo, informe medicamentos e tratamento ministrado.

7 - Sofre ou já sofreu de doenças cardíacas? Em caso positivo, informe medicamentos e tratamento ministrado.

8 - Sofre ou já sofreu de doenças pulmonares, asma, enfisema ou outras. Em caso positivo, informe medicamentos e tratamento ministrado.

9 - Submeteu-se a alguma internação clínica e/ou cirúrgica devido a estas patologias? Especifique a data, o local, tempo de internação e tratamento realizado.

10 - Tem indicação de submeter-se a algum tratamento clínico e/ou cirúrgico devido ao excesso de peso corporal? Em caso positivo informe data e tipo de tratamento.

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

12 - Esclareça como é feito o controle da doença. Informe a data e o resultado dos últimos exames, tais como: Colesterol, Triglicérides, ECG, ECO, Holter, exames preventivos e etc., 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