**CARTA DE ORIENTAÇÃO AO ASSOCIADO**

Prezado(a) Associado(a),

A **BemPrever Benefícios,** empresa responsávelpela gestão da pasta dos planos de proteção e assistência à saúde e a vida da **Associação BemPrever Auto,** instituições estas que tem como missão defender o interesse dos seus associados, vem por meio desta, prestar informações para o preenchimento da DECLARAÇÃO DE SAUDE.

|  |
| --- |
| **O QUE É A DECLARAÇÃO DE SAÚDE?**  É o formulário obrigatório que acompanha a adesão à proteção a vida e saúde, onde o associado ou seu representante legal deverá informar as doenças ou lesões preexistentes que saiba ser portador ou sofredor no momento da contratação do plano. Para o seu preenchimento, o associado tem o direito de ser orientado, gratuitamente, por um médico, credenciado ou não. Se optar por um profissional de sua livre escolha, assumirá o custo dessa opção.  Portanto, se o associado (você) toma medicamentos regularmente, consulta médicos por problemas de saúde do qual conhece o diagnóstico, fez qualquer exame que identificou alguma doença ou lesão, esteve internado ou submeteu-se a alguma cirurgia, DEVE DECLARAR ESSA DOENÇA OU LESÃO. |
| **AO DECLARAR AS DOENÇAS E/OU LESÕES QUE O ASSOCIADOO SAIBA SER PORTADOR NO MOMENTO DA CONTRATAÇÃO:**  - A Associação deverá oferecer: cobertura total, podendo, ainda, oferecer recusa à Adesão ou agravá-la, o que consiste em um acréscimo no valor da mensalidade.  - Poderá a Associação, aplicar restrição de cobertura para cirurgias, Leitos de alta tecnologia (UTI, unidade coronariana ou neonatal) e procedimentos de alta complexidade - PAC (tomografia, ressonância etc.\*) EXCLUSIVAMENTE relacionados à doença ou lesão declarada, por prazo determinado, contados desde a efetiva adesão.  - Não caberá alegação posterior de omissão de informação de Declaração de Saúde por parte da associação para essa doença ou lesão, desde que não incluso em eventos excluídos. |
| **AO NÃO DECLARAR AS DOENÇAS E/OU LESÕES QUE O ASSOCIADO SAIBA SER PORTADOS NO MOMENTO DA ADESÃO:**  - A Associação poderá suspeitar de omissão de informação, e nesse caso, deverá comunicar, imediatamente, ao associado, podendo solicitar abertura de processo administrativo interno para averiguação de informações.  -- Comprovada a omissão de informação pelo Associado, a Associação poderá recusar a adesão ou excluir o Associado por FRAUDE e responsabilizá-lo pelos procedimentos referentes à doença ou lesão não declarada.  - Até o, julgamento final do procedimento interno, restarão suspensas as proteções oferecidas. |
| **ATENÇÃO:** Se a Associação oferecer redução ou isenção de carência, isso não significa que dará cobertura assistencial para doenças ou lesões que o associado saiba ter no momento da assinatura contratual, não configurando anuência ou novação. |

Em caso de dúvidas, entre em contato pelo telefone (65)99236-4266, pelo e-mail atendimento@bempreverbeneficios.com.br ou consulte a página <https://bemprevervida.com.br/>

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **ASSOCIADO(A)** | **BEMPREVER BENEFÍCIOS** | |
| Nome:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  CPF:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  | |
| Local e data:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | |  |

**Declaração de Saúde (Continuação)**

PREENCHIMENTO DA DECLARAÇÃO

Leia e preencha todas as questões de 1 a 31 com respostas Sim ou Não (N). Todos os itens com SIM deverão ser relatados, de forma detalhada, no item 32 ao fim da Declaração.

A Associação poderá solicitar, para fins de análise médica, documentos complementares, tais como: laudo de exames, relatórios médicos e/ou encaminhá-los à perícia médica.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **ITENS** | **SIM** | **NÃO** |
| 1. Tem ou teve diabetes? Se sim, informe no quadro ao fi1m deste questionário a data do diagnóstico, o tratamento realizado, o período de tratamento e as complicações a ela associadas. |  |  |
| 1. Tem ou teve alguma doença endocrinológica, tal como hipotireoidismo, tireoidite, obesidade e outras? Se sim, informe a data do diagnóstico, o tipo de doença, o tratamento realizado e o período de tratamento. |  |  |
| 1. Tem ou teve câncer? Se sim, informe a data do diagnóstico, o órgão afetado, o tratamento realizado o, o período de tratamento e as manifestações da doença em outros órgãos (metástases). |  |  |
| 1. Tem ou teve doenças sexual mente trans1missíveis ou outras doenças, infecto-contagiosas, tal como Aids, doenças venéreas, hepatite, meningites, tuberculose e outras? Se sim, informe a data do diagnóstico, o tipo de patologia, o tratamento realizado e o período de tratamento. |  |  |
| 1. Submete-se a algum tipo de tratamento à base de quimiotera1pia, radioterapia, diálise ou litotripsia? Se sim, informe o tipo de tratamento e o tipo de patologia. |  |  |
| 1. Tem ou teve hérnia, tal como inguinal uni/bilateral, umbilical, incisional e outras? Se sim, informe a data da cirurgia. |  |  |
| 1. Tem ou teve alguma doença cardiovascular, tal como angina, infarto do miocárdio, cardiopatia e outras? Se sim, informe a data do diagnóstico, o tipo de patologia, o tratamento realizado, o período de tratamento e a data da cirurgia. |  |  |
| 1. Tem ou teve hipertensão arterial (pressão alta)? Se sim, informe a data do diagnóstico, o tratamento realizado e o período de tratamento. |  |  |
| 1. Tem ou teve alguma doença do aparelho respiratório, tal como asma, doença pulmonar obstrutiva crônica, bronquite, enfisema e outras? Se sim, informe a data do diagnóstico, o tratamento realizado e o período de tratamento. |  |  |
| 1. Tem ou teve alguma doença gastroenterológica, tal como úlcera, cirrose hepática, pancreatite, doença inflamatória intestinal e outras? Se informe a data do diagnóstico, o tratamento realizado e o período de tratamento. |  |  |
| 1. Tem ou teve alguma doença do ouvido, nariz ou garganta, t.al como sinusite, desvio de septo, amigdalite, otite e outras? Se sim, informe a data do diagnóstico, o tratamento realizado e o período de tratamento. |  |  |
| 1. Tem ou teve alguma doença ortopédica, tal como escoliose, cifose, artrose e outras? Se sim, informe a data do diagnóstico, o tratamento realizado e o período de tratamento. |  |  |
| 1. Tem ou teve hérnia de disco cervical, lombar ou dorsal? Se sim, informe a data do diagnóstico, o tratamento realizado e o período do tratamento. |  |  |
| 1. Tem ou teve alguma doença reumática, tal como artrite, lúpus e outras? Se sim, informe a data do diagnóstico, o tratamento realizado e o período de tratamento. |  |  |
| 1. Tem ou teve alguma doença neurológica, tal como acidente vascular cerebral (derrame), doença de Parkinson, epilepsia, paralisia cerebral, doença de Alzheimer, esclerose múltipla e outras? Se sim, informe a data do diagnóstico, o tratamento realizado e o período de tratamento. |  |  |
| 1. Tem ou teve doença psiquiátrica, tal como depressão, esquizofrenia, demência, alcoolismo, dependência de drogas e outras? Se sim, informe a data do diagnóstico, o tratamento realizado (psicoterápico) e o período de tratamento. |  |  |
| 1. Tem ou teve alguma doença de sangue tal como anemia, leucemia, linfoma, doença de Hodgkin, mieloma múltiplo e outras? Se sim, informe a data de diagnóstico, o tratamento realizado e o período de tratamento. |  |  |
| 1. Submete-se a alguma transfusão de sangue ou de seus derivados? Se sim, informe a data de transfusão e o motivo. |  |  |
| 1. Tem ou teve doença oftalmológica, tal como catarata, miopia, glaucoma, estrabismo, astigmatismo, hipermetropia e outras? Se sim, informe a data de diagnóstico, o tratamento realizado, o período de tratamento, as doenças associadas com manifestações oftalmológicas, o uso de óculos, lentes de contato e o grau de correção necessária.   , |  |  |
| 1. Tem ou teve alguma doença ginecológica, tal como mioma uterino, cisto de ovário; nódulo de mama, prolapso genital e outras? Se sim, informe a data de diagnóstico, o tratamento realizado e o período de tratamento. |  |  |
| 1. Tem ou teve alguma doença urológica ou renal, tal como cálculo renal, insuficiência renal, doença de próstata, varicocele e outras? Se sim, informe a data de diagnóstico, o tratamento realizado e o período de tratamento. |  |  |
| 1. Tem ou teve alguma doença ou deformidade congênita ou hereditária? Se sim, informe qual. |  |  |
| 1. Tem ou teve varizes? Se sim, informe a data de diagnóstico, o tratamento realizado e o período de tratamento. |  |  |
| 1. E portador de alguma sequela provocada por alguma doença ou acidente? Se sim, informe a data do acidente/doença e o tipo de sequela. |  |  |
| 1. É portador de prótese e/ou órtese, tal como marca- p asso, prótese ortopédica, válvula cardíaca, stent? Se sim, informe a data do diagnóstico, o tratamento realizado e o período de tratamento. |  |  |
| 1. E transplantado ou tem indicação de submeter-se a algum tipo de transplante? Se sim, informe a data do transplante ou a data de indicação do transplante e o tipo de transplante. |  |  |
| 1. Está grávida? Se sim, informar o tempo de gravidez. |  |  |
| 1. Tem ou teve qualquer outra deficiência de órgãos, membros ou sentidos? Se sim, informe a data do diagnóstico, o tipo de patologia, o tratamento realizado e o período de tratamento. |  |  |
| 1. Tem ou teve alguma doença não relacionada nas perguntas anteriores? Se sim, informe o tipo e a data do tratamento realizado. |  |  |
| 1. Está ou tem indicação para submeter-se a algum tratamento clínico? Se sim, informe-o especificamente. |  |  |
| 1. Encontra-se afastado de sua atividade profissional? Encontra-se em internação hospitalar ou domiciliar (Home Care)? Já realizou algum procedimento cirúrgico ou tem alguma cirurgia programada? Se sim, informe nos esclarecimentos. |  |  |

Se a resposta a algum dos itens da Declaração for positiva, preencha a planilha adiante especificando o item correspondente e o campo esclarecimentos para detalhar as informações sobre a doença, incluindo, preferivelmente, a data do diagnóstico, o tratamento realizado, o período de tratamento, a situação atual e tudo mais que julgar importante.

|  |  |
| --- | --- |
| **Item** | **Esclarecimentos** |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **ASSOCIADO(A)** | **BEMPREVER BENEFÍCIOS** | |
| Nome:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  CPF:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  | |
| Local e data:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | |  |