

DPS - Declaração Pessoal de Saúde



Eu, _____, portador (a) do
CPF nº _____ - _____, e RG nº _____, participante da apolice
1008200006170, declaro; que todas as informações aqui prestadas são
verdadeiras, pelas quais assumo integral responsabilidade, inclusive pelas não
escritas de meu próprio punho, ciente de que, de acordo com o artigo 766 do
Código Civil Brasileiro, se tiver omitido circunstâncias que possam influir na
aceitação desta Proposta do seguro, perderei o direito a indenização.

Concordo que as declarações aqui prestadas passem a fazer parte integrante do
contrato de seguro ora celebrado com a American Life Companhia de Seguros,
ficando a mesma autorizada a utilizá-las em qualquer época, no amparo e na
defesa dos seus direitos. Autorizo, a quaisquer Médicos, Hospitais e Entidades
Médicas que tenham me assistido cirúrgica ou clinicamente, a quem dispenso da
obrigatoriedade do sigilo profissional, a prestar informações completas sobre
consultas, tratamentos, procedimentos ou diagnósticos sobre a minha pessoa.

Fluxo de análise:

A Seguradora terá 15 dias para analisar a Declaração Pessoal de Saúde após o
recebimento deste documento assinado e datado. Caso seja necessário, a
Seguradora poderá solicitar mais informações ou documentos.

Fluxo de Desbloqueio:

No prazo de 2 dias uteis, tendo a aprovação de aceitação da Seguradora, a
AmaisVet fará o desbloqueio para a contratação do seguro.

DPS - Declaração Pessoal de Saúde



Declaro ainda, ter conhecimento das condições contratuais deste seguro, as quais li e entendi e com as quais concordo totalmente.

1- Encontra-se com algum problema de saúde ou já teve desmaios, crises convulsivas, paralisias, alterações visuais, perda de força em membros, dormências, crises de pressão alta ou baixa, dores no peito ou qualquer outro sintoma ou mal súbito?

Se sim, especifique.

2- Encontra-se em fase de realização de exames para diagnóstico de alguma doença ?

3- Sofre de diabetes, gota ou de qualquer doença renal ou cardiovascular?

Se sim, especifique.

4- Sofre ou já sofreu de câncer, hérnia, hipertensão arterial, doenças digestivas, do sangue ou problemas hereditários ou congênitos?

Se sim, especifique.

5- Já realizou testes sanguíneos para AIDS/HIV, Sífilis, Hepatite, Toxoplasmose ou ainda outras doenças sexualmente transmissíveis ou infectocontagiosas?

Se sim, especifique e informe resultados.

6- Faz uso habitual de medicamentos?

Se sim, especifique.

7- É tripulante profissional ou amador de qualquer aeronave, pratica paraquedismo, voo livre, é piloto automobilístico de provas, mergulhador, pratica esportes, atividades perigosas ou exerce atividade militar ou de risco?

Se sim, especifique.

DPS - Declaração Pessoal de Saúde



8- É aposentado por qualquer órgão de previdência oficial?

Se sim, cite data, órgão e motivo.

9- Tem atualmente outro(s) seguro(s) de vida e/ou acidentes pessoais em vigor?

Se sim, cite a Seguradora e capitais.

10- Encontra-se atualmente afastado da plena atividade de trabalho ?

Se sim, cite desde quando e o motivo.

11- Já realizou exames laboratoriais para avaliação de doenças Hepáticas, Renais, AIDS, Diabetes e Gota ?

Se sim, cite o(s) exame(s) e o(s) resultado(s).

12- É portador de alguma doença que obrigue a consultar médicos ou fazer exames periodicamente ?

Se sim, informe qual(is).

13- Foi submetido a alguma intervenção cirúrgica, inclusive punção ou biópsia, ou esteve internado em regime hospitalar para tratamento.

Se sim, cite-a(s), informe a(s) data(s) e anexe o(s) exame(s).

14- Já foi submetido a tratamento com radioterapia, quimioterapia, diálise ou outros tratamentos em períodos prolongados ?

Se sim, cite-o(s), informe sua(s) data(s) e anexe-o(s). resultado(s) do(s)exame(s).

DPS - Declaração Pessoal de Saúde



15- Tem alguma deficiência de órgãos ou sentidos ou defeitos físicos em membros ou órgãos ?

Se sim, cite-o(s) e informe grau de comprometimento.

16- Já recebeu indenização(ões) por acidente ou doença ?

Se sim, cite a(s) seguradora(s) e o(s) motivo(s) da(s) indenização(ões).

17- Você é agente público que desempenha ou desempenhou, nos últimos 05 (cinco) anos, no Brasil ou em outros países, cargos, empregos ou funções públicas relevantes ou, seu representante ou familiar tem relacionamento próximo com alguma pessoa com estas características ?

Se sim, especifique:

18- Informe seu peso ___ e altura___

Assinatura

Data

Local

Enviar esse documento em formato "pdf" para certificados@amaisvet.com.br

Caso tenha dúvidas, entre em contato com nossa equipe pelo whatsapp 19 95321-0138