



AV. MAL. CÂMARA, 171 - RIO DE JANEIRO - RJ
CEP 20020-901 - e-mail : info@irb-brasilre.com.br
CNPJ 33.376.989/0001-91

CIRCULAR PRESI-003/2005

DATA: 15/03/2005

RAMO:

VIDA-001/2005

MODALIDADE :

VIGÊNCIA :

01/04/2005

REF.:

NERR - RESSEGURO DIFERENCIADO DE VIDA EM GRUPO

ASSUNTO:

NOVAS CONDIÇÕES DE ACEITAÇÃO E PROCEDIMENTOS

ATOS REVOGADOS:

Circular PRESI-005/95-ACIPE-001/95-VIDA-001/95, de 08/03/95;
Circular PRESI-017/99-ACIPE-001/99-VIDA-001/99, de 04/08/99;
Comunicado DICOM-002/02-VIDAG-001/02-VIDAI-001/02, de 04/07/2002;
Comunicado DITEC-007/2002-ACIPE-001/02-VIDAG-002/02-VIDAI-002/02, de 17/09/2002.

Relativamente às operações de resseguro diferenciado de **Vida em Grupo** este IRB-Brasil Re divulga, devidamente consolidadas, as condições e novas diretrizes aprovadas por sua Diretoria, aplicáveis aos novos contratos e às renovações dos atuais, ocorridos a partir de **01/04/2005**.

RESSEGURO DIFERENCIADO DE VIDA EM GRUPO

Resseguro diferenciado é todo aquele em que o IRB-Brasil Re se manifeste favoravelmente à adoção da retenção estabelecida pela Seguradora.

1.1 - Limite de Retenção

A Seguradora deverá adotar Limite de Retenção inferior ao aprovado pela SUSEP, conforme aprovado pela Resolução CNSP-09/91, de 03/12/91.

1.2 - Plano de Cobertura

O plano básico de cobertura é o de Excedente de Responsabilidade. Esta cobertura garante o excesso do Limite de Retenção da Sociedade Seguradora em cada risco isolado.

1.3 - Conceito de Risco Isolado

Para fins de resseguro, é o Capital excedente ao Limite de Retenção da Seguradora, por cobertura contratada, referente à cada segurado.

CIRCULAR PRESI-003/2005
VIDA-001/2005

1.4 - Aceitação

Poderão ser propostos e analisados individualmente cada negócio aceito ou a aceitar pela Seguradora (resseguro facultativo) ou todos os excedentes de sua carteira (contrato de cobertura de resseguro). As aceitações dependerão sempre da manifestação expressa deste IRB-Brasil Re.

1.5 - Condições Básicas

a) Estar o segurado em perfeitas condições de saúde e em plena atividade profissional no início da vigência do resseguro.

a.1) Para análise do risco poderá ser solicitada a apresentação de cartão-proposta, devidamente preenchido e assinado, ou quaisquer outras exigências, como a Declaração Pessoal de Saúde.

a.2) No cartão-proposta/Declaração Pessoal de Saúde deve estar especificado o grau de invalidez preexistente, quando for o caso, para efeito de limitar a responsabilidade da Seguradora/Ressegurador.

a.3) O disposto na letra "a" não se aplica aos casos de encampação/transferência de riscos e grupos superiores a 200 vidas seguradas, exclusivamente para apólices do tipo Empregado/Empregador, desde que os respectivos capitais ressegurados estejam abrangidos pela cobertura automática.

a.4) Poderão ser admitidos aposentados, desde que não tenham sido por invalidez e estejam em perfeitas condições de saúde.

b) Idade máxima do segurado quando do início de vigência do resseguro: 70 anos completos.

c) Limite de Capitais ressegurados:

c.1) Capitais ressegurados, com cobertura automática, de até R\$800.000,00, por Segurado, por Cônjuge e por garantia contratada;

c.1.1) A cobertura automática não será aplicável a riscos que apresentarem características de agravamento e venham a ser de conhecimento da Seguradora e/ou Ressegurador.

c.2) Capitais ressegurados acima de R\$800.000,00 e até

R\$6.000.000,00, por Segurado, por Cônjuge e por garantia contratada:

Remessa da “Declaração Pessoal de Saúde” e das “Informações Financeiras Confidenciais”, para análise e pronunciamento do IRB-Brasil Re, nos termos dos modelos que constituem os Anexos I e II desta Circular;

- c.3) Capitais ressegurados acima de R\$6.000.000,00 e até R\$10.000.000,00, por Segurado, por Cônjuge e por garantia contratada:

Remessa, indispensável, além dos documentos mencionados acima, do “Relatório de Exame Médico” e do “Relatório Confidencial do Proponente”, conforme modelos divulgados nos Anexos III e IV desta Circular, bem como do resultado atualizado dos seguintes exames:

Eletrocardiograma de Esforço, Análise de Urina, Perfil de Lipídios, Glicemia (em jejum), Creatinina, TGO/TGP/GGT, Bilirrubina, Teste de HIV e, para proponentes do sexo masculino com mais de 50 anos de idade, do Antígeno Prostático Específico, para análise e pronunciamento do IRB-Brasil Re.

- d) Informar a este Ressegurador qualquer alteração nas condições dos riscos já ressegurados e tão logo seja do conhecimento da Seguradora, para fins de reanálise do risco.

1.6 - Aceitação especial

Mediante análise do grupo segurável poderá haver cobertura de resseguro para:

- a) segurados com idade superior a 70 anos, em casos excepcionais, e quando as condições específicas da carteira ressegurada permitam a diluição do risco;
- b) coberturas de resseguro por outros planos;
- c) planos especiais aprovados pela SUSEP.

1.7 - Coberturas

1.7.1 -Garantia Básica

Morte por Qualquer Causa

1.7.2 - Garantias Adicionais

- a) Indenização Especial por Acidente - IEA;
- b) Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente - IPA;
- c) Invalidez Permanente Total por Doença - IPD;
- d) Cláusulas Suplementares;
 - d.1) inclusão automática de:
 - cônjuge, com todas as coberturas, exceto IPD;
 - filhos (só básica);
 - d.2) inclusão facultativa de cônjuge, com todas as coberturas, exceto IPD.

1.8 - Taxação

1.8.1 - Garantia Básica: poderá o Ressegurador acompanhar a tábua biométrica adotada pela Seguradora e aprovada junto aos órgãos competentes, bem como a concessão de desconto, mediante a análise do perfil da carteira segurada/ressegurada.

1.8.2 - Garantias Adicionais:

Indenização Especial por Acidente – IEA.....0,0667‰ a.m.
Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente - IPA.....0,0417‰ a.m.
Invalidez Permanente Total por Doença -IPD15% da taxa da garantia Básica.

1.8.3 - Cláusulas Suplementares:

- a) inclusão automática de:
 - a.1) cônjuge - não se conhecendo o número exato de cônjuges e/ou filhos, admite-se, para cálculo da taxa média referente à inclusão automática, o seguinte critério:
 - 60% das taxas mensais dos segurados principais, aplicadas na proporção do capital contratado, considerando que 60% dos componentes principais são casados e cada casal tem 1 filho.
 - a.2) filhos - a taxa média para a garantia básica deve ser, no mínimo, correspondente à idade de 14 anos, com o seguinte critério:
 - 60% da taxa correspondente à idade de 14 anos, aplicada na proporção do capital contratado.

Não se conhecendo a idade dos cônjuges e/ou filhos, deve ser obedecida a seguinte regra:

- Idade do cônjuge do sexo masculino - idade da esposa segurada como componente principal acrescida de 3 (três) anos;
- Idade do cônjuge do sexo feminino - idade do marido segurado como componente principal, deduzida de 3 (três) anos.
- Idade do filho - 14 anos.

b) inclusão facultativa de cônjuge - taxaço idêntica a dos componentes principais, observada a exclusão de IPD.

1.9 - Comissão de Resseguro

Inexistente, quando a cessão for feita na base de prêmio puro.

1.10 - Participa  o nos Resultados / Excedente Técnico

1.10.1 - Será concedida anualmente para os casos em que a sinistralidade da carteira ressegurada da Seguradora, considerando o período de vigência contratual definido, seja igual ou inferior a 70%, (setenta por cento), considerando-se para fins de apura  o dos resultados os conceitos de Receita e Despesa, conforme a seguir:

a) Receitas:

a.1) Os pr  mios de resseguro pagos referentes ao período de vigência contratual.

b) Despesas:

b.1) O valor total dos sinistros recuperados pela Seguradora, ocorridos no período de vigência contratual;

b.2) O valor total dos sinistros ocorridos no período de vigência contratual, avisados até 90 (noventa) dias após o término do referido período (Provisão de Sinistros a Liquidar do IRB-Brasil Re);

b.3) O valor de sinistros ocorridos em período de competências anteriores ao período contratual, avisados tardiamente a este Ressegurador;

b.4) 10% dos pr  mios de resseguro de acordo com o item das "Receitas" com a finalidade de cobrir gastos internos de administra  o do Ressegurador; e

b.5) O valor dos prejuízos verificados nos contratos de resseguro já expirados, ainda não compensados, pelo prazo máximo de 3 (três) anos.

1.10.2 - Será considerado como Participação nos Resultados a distribuir o valor apurado resultante da aplicação da fórmula a seguir:

$$D\% = 100 * \left\{ 0,3 + \frac{P}{100} \left(0,4 - \frac{0,4 * S}{0,7 * 100} \right) \right\}$$

onde :

D : é o percentual de devolução a ser aplicado sobre o resultado apurado sobre o item 1.10.1.

P : é a variação dos Prêmios de Resseguro: percentual de crescimento ou redução dos Prêmios pagos, em relação ao período anterior (12 meses).

S : é a sinistralidade no período: percentual de sinistro/prêmio, considerando-se neste caso os prêmios de resseguro pagos e os sinistros recuperados correspondentes ao período contratual e avisados em até 90 dias contados do final do contrato, acrescidos do valor da Provisão de Sinistros a Liquidar do IRB relativa aos sinistros do mesmo período.

1.10.3 - Em hipótese nenhuma o valor de "**D**" será inferior a 30% ou superior a 70%.

1.10.4 - A distribuição ocorrerá em até 120 (cento e vinte) dias, a saber: 90 dias para apuração, após o término do período de competência da carteira ressegurada da Seguradora (1 ano), acrescido dos 30 dias para a liberação.

1.11 - Procedimentos:

1.11.1 - Proposta de Resseguro

Informar o nome do estipulante (CNPJ), retenção mínima (Limite de Aceitação) neste negócio, as garantias e o período de vigência da apólice.

1.11.2 - Prazo de Aceitação da Proposta de Resseguro

a) O IRB-Brasil Re terá o prazo de 15 (quinze) dias, contados da data do recebimento da proposta de resseguro, para se manifestar sobre a aceitação ou recusa, total ou parcial. A ausência de manifestação no prazo estabelecido implicará aceitação da proposta.

a.1) O prazo acima será interrompido, caso o Ressegurador não disponha de cobertura automática de resseguro no mercado internacional, ou quando o Ressegurador solicitar informações e/ou esclarecimentos sobre a cobertura pretendida.

b) A Seguradora contará com cobertura, dentro do limite automático de resseguro, para os excedentes dos riscos aceitos em suas apólices, desde que seja informado ao IRB-Brasil Re, em até 30 dias após o início da cobertura, a inclusão de cada apólice a ser ressegurada, contendo o nome do Estipulante, CNPJ, as garantias cobertas, o capital máximo segurado, vigência e o limite de aceitação, condicionada a não existência de sinistros ocorridos ou avisados até a data do pedido da cotação do resseguro.

1.11.3 - Vigência do Resseguro

Um ano, a partir da data de aceitação, sendo facultada a contratação por período diferente (dias, meses ou anos).

1.11.4 - Renovação

A Seguradora deverá se manifestar quanto à renovação do resseguro com antecedência mínima de 30 dias, podendo o IRB reavaliar as taxas e condições, com base nos resultados apresentados, visando o equilíbrio do contrato.

1.11.5 - Cessão de Resseguro

Fornecer mensalmente, disquete, arquivo eletrônico ou listagem contendo relação dos ressegurados com as respectivas idades ou data do nascimento e CPF, com os capitais ressegurados por garantia a ser contratada, os prêmios individuais e total do grupo, de acordo com o *layout* fornecido.

1.11.6 - Cobrança e Prazos de Pagamentos dos Prêmios de Resseguro
Em até 10 (dez) dias corridos, a partir do recebimento do prêmio de seguro, limitado a 70 (setenta) dias do início vigência do risco mensal.

1.11.7 - Recuperação do Resseguro

a) Recuperação do resseguro será concedida de acordo com os seguintes critérios:

a.1) Recuperação de sinistros pela rotina simplificada para sinistros com valores totais recuperáveis até R\$ 20.000,00 ficando dispensado o envio da documentação comprobatória a qual somente será fornecida nos casos em que o IRB - Brasil Re vier a solicitar.

As seguradoras encaminharão ao IRB-Brasil Re as recuperações dos sinistros enquadradas nesta rotina simplificada por meio de correspondência (encaminhar até o dia 20 de cada mês para crédito no MO do mês subsequente) relacionando os dados constantes na alínea "c".

a.2) mediante depósito bancário, em até 10 (dez) dias úteis, contados da data do recebimento da solicitação, quando se tratar de valores recuperáveis acima de R\$ 20.000,00 (vinte mil reais) e até R\$ 60.000,00 (sessenta mil reais).

a.3) mediante depósito bancário em até 15 (quinze) dias úteis, contados da data do recebimento da solicitação, quando se tratar de valores recuperáveis acima de R\$ 60.000,00 (sessenta mil reais).

Deverá ser observado, para fins de aviso de sinistro, o prazo previsto nas normas vigentes (NGRR), com a necessária indicação, em função do estágio do processo de regulação - se para "constituição da reserva" ou para "pagamento da recuperação de resseguro"- , tornando-se indispensável, nesta última hipótese, a apresentação da Certidão de Óbito ou do Laudo Médico comprovando a invalidez definitiva, conforme o caso. Os prazos indicados em (a.2) e (a.3) ficarão prejudicados sempre que o processo exigir exame da área jurídica.

b) comprovação do pagamento da indenização – em até 15 (quinze) dias, após o recebimento da recuperação, apresentando cópia do recibo de quitação ou do comprovante do depósito em nome do beneficiário,

c) Dados necessários à comprovação do sinistro:

- nº da apólice
- nome do estipulante
- nº de vidas seguradas
- nome e CPF do segurado
- nome(s) do(s) beneficiário(s)
- nº do sinistro da Seguradora
- garantia atingida
- data do sinistro e do aviso à Seguradora
- valores de IS e IR
- valor da indenização paga ou a pagar
- data de ingresso no resseguro.

d) Nos casos da cobertura adicional de **IPD - Invalidez por Doença**, em que a cessão de resseguro for igual ou superior a **40%**, o assunto deverá ser previamente submetido a este Ressegurador, que se pronunciará no prazo máximo de 15 (quinze) dias, a contar da data em que receber a necessária documentação sobre o sinistro, acompanhada do parecer da Seguradora, desde que o valor da recuperação não se enquadre na alínea a.1 deste subitem.

1.11.8 - Serviços à Disposição das Seguradoras

As Seguradoras poderão, por intermédio das Gerências Técnica e Comerciais, utilizar a Consultoria Médica e Jurídica deste IRB-Brasil Re.

LÍDIO DUARTE
Presidente

DECLARAÇÃO PESSOAL DE SAÚDE

A presente declaração, deverá ser preenchida de próprio punho, pelo proponente, de forma clara e objetiva, respondendo **SIM** ou **NÃO**, conforme o caso.

MUITO IMPORTANTE

Chamamos a atenção de V.S.a. para o disposto nos *Artigos 765 e 766* e parágrafo do *Código Civil*, onde se estabelece que Segurado e Segurador são obrigados a guardar, na conclusão e na execução do contrato, a mais estrita boa-fé e veracidade, tanto a respeito do objeto como das circunstâncias e declarações a ele concernentes. Se V.S.a. fizer declarações inexatas ou omitir circunstâncias que possam influir na aceitação da proposta ou na fixação do prêmio, perderá o direito à garantia, além de ficar obrigado ao prêmio vencido. Se a inexatidão ou omissão nas declarações não resultar de má-fé do segurado, o segurador terá direito a resolver o contrato, ou a cobrar, mesmo após o sinistro, a diferença do prêmio. Assim, para sua própria garantia, além de responder ao questionário abaixo com o máximo rigor e veracidade, deverá V.S.a. fornecer qualquer outra informação necessária ao completo e perfeito conhecimento do risco. Havendo necessidade, as informações complementares deverão ser remetidas por carta à Seguradora.

NOME: _____

DATA DE NASCIMENTO: _____

PESO: _____ ALTURA: _____ PRESSÃO ARTERIAL: _____

ESTADO CIVIL: _____ SEXO: _____

NATURALIDADE(CIDADE ESTADO): _____

RESIDÊNCIA (RUA,CIDADE, ESTADO): _____

1. Atividade Profissional Atual: _____

Atividades Profissionais Anteriores: _____

2. Esteve ou está afastado de suas atividades profissionais por motivo de doença? Em caso positivo, esclareça: _____

3. Sofre ou sofreu de alguma das doenças ou distúrbios abaixo relacionados? (em caso positivo, informar todos os detalhes incluindo datas, tratamentos realizados com nome e endereço dos médicos):

a) Hipertensão, infarto do miocárdio ou outras doenças cardio-circulatórias: _____

b) Tumores ou câncer: _____

c) Cistos ou doenças de pele: _____

d) Reumatismo, problemas de coluna, musculares, articulares ou de ossos: _____

DECLARAÇÃO PESSOAL DE SAÚDE

NOME: _____

e) Asma, bronquite, enfisema ou outras doenças pulmonares: _____

f) Doenças de rins, bexiga, próstata, alterações do trato urinário, órgãos sexuais: _____

g) Doenças sexualmente transmissíveis: _____

h) Úlcera duodenal, gastrite, icterícia, doenças do fígado, hepatite, doenças da vesícula ou outras doenças do aparelho digestivo: _____

i) Hemorragias, anemia, hemofilia, leucemia ou outras doenças do sangue: _____

j) Doenças neurológicas ou psiquiátricas (vertigem, desmaio, convulsão, dores de cabeça, dificuldades da fala, paralisia ou derrame cerebral, doença ou alterações mentais ou dos nervos): _____

k) Doenças ou alterações dos olhos, ouvidos, nariz ou garganta: _____

l) Diabetes, doenças da tireóide ou outras doenças endócrinas: _____

m) Alterações de menstruação, perda sangüínea, gravidez, alteração dos órgãos reprodutores ou dos seios: _____

n) Outras doenças ou distúrbios não relacionados acima? _____
Quais? _____

4. Faz uso de algum medicamento de forma rotineira? Em caso positivo, esclareça quais e os motivos: _____

5. Já fez exames para detecção de AIDS? Informar datas e resultados: _____

DECLARAÇÃO PESSOAL DE SAÚDE

NOME: _____

6. Já foi submetido a exame de cateterismo, ecocardiograma, teste ergométrico, tomografia computadorizada, ressonância magnética, endoscopia, ultrassonografias em geral, etc.? Em caso positivo, esclareça: _____

7. Relacione os hospitais em que foi atendido(a) e/ou internado(a) para tratamento clínico ou cirúrgico, inclusive biópsia (citar diagnóstico e período de internação):

8. Já foi submetido a tratamentos radioterápicos, transfusão de sangue ou outro tratamento por período prolongado? Em caso positivo, esclareça:

9. Tem alguma deficiência de órgãos, membros ou sentidos (exemplo: visão ou audição), ou defeitos físicos em membros ou órgãos? Cite-os: _____

Visão (*de acordo com laudo oftalmológico de até 01 ano):

Olho Direito? _____ Grau: _____

Olho Esquerdo? _____ Grau: _____

Audição (*de acordo com laudo audiométrico de até 01 ano):

Ouvido direito? _____ % de Redução: _____

Ouvido Esquerdo? _____ % de Redução: _____

10. Já foi submetido a tratamento fisioterápico? _____
Qual? _____

11. É portador de alguma doença profissional? _____
Qual? _____

12. Você pratica esportes ou faz exercícios regularmente? Em caso positivo, descreva o tipo e a frequência: _____

12.1. É tripulante de aeronaves ou exerce atividade a bordo, pratica paraquedismo, vôo de ultraleve, vôo livre, esportes radicais e perigosos, participa de competições esportivas em caráter amador ou profissional? Em caso afirmativo, esclareça: _____

DECLARAÇÃO PESSOAL DE SAÚDE

NOME: _____

12.2. Sofre ou sofreu ameaças de seqüestro, morte, violência ou acidente?
Em caso afirmativo, descreva o tipo de ocorrência, mencionando
as lesões porventura produzidas e se delas resultou algum tipo de
limitação: _____

13. Você é ou foi fumante? Em caso positivo, quantificar e informar há quanto
tempo: _____

14. Você fez ou faz uso de bebidas alcóolicas? Em caso positivo, mencione a
freqüência e a quantidade: _____

15. Você fez ou faz uso de tóxicos? _____ Esclareça: _____

16. Teve alguma alteração de peso nos últimos 24 meses? Em caso positivo,
informar a perda ou o ganho: _____

17. Qual o nome e endereço de seu médico habitual? _____

17.1. Qual a data, o motivo e tratamento prescrito na última consulta?

18. Já teve alguma proposta de seguro de Vida, Acidentes Pessoais ou Saúde
cuja aceitação foi recusada? Em caso positivo, informe a Seguradora,
esclarecendo o motivo e a data: _____

19. Tem outros seguros em vigor? Relacione: _____

20. HISTÓRICO FAMILIAR:

- **PAI**: vivo? _____ Idade e causa de morte, se falecido: _____

Se vivo, idade: _____

- **MÃE**: viva? _____ Idade e causa de morte, se falecida: _____

Se viva, idade: _____

DECLARAÇÃO PESSOAL DE SAÚDE

NOME: _____

DECLARAÇÃO

As respostas contidas nesta Declaração Pessoal de Saúde foram dadas por mim, de próprio punho, e, em razão de as mesmas servirem de base para a aceitação desta Proposta concordo que, se necessário sejam solicitados relatórios ou exames médicos que serão analisados em caráter confidencial, pela gerência médica da Seguradora. Autorizo, também, a Seguradora a obter informação sobre meu estado de saúde (anterior ou atual), junto aos médicos que me atenderam, os quais ficarão dispensados, para este fim, do sigilo profissional previsto no *Artigo 102 do Código de Ética Médica de 1988*.

Data: _____

Assinatura: _____

INFORMAÇÕES FINANCEIRAS CONFIDENCIAIS

(Preenchimento obrigatório do próprio punho pelo proponente do seguro)

NOME: _____
C.P.F.: _____ R.G.: _____ EMISSOR: _____
ENDEREÇO: _____ CIDADE: _____ ESTADO: _____
TELEFONE RESIDENCIAL () _____ COMERCIAL () _____
PROFISSÃO: _____

As informações abaixo estão sendo dadas por mim com a finalidade exclusiva de estabelecer conexão entre o valor do seguro de vida que estou propondo e minha situação financeira patrimonial, na data do preenchimento e assinatura deste formulário.

1. ATIVOS PATRIMONIAIS

Ativos financeiros: caixa, depósitos bancários, fundos de investimentos, poupanças, ações, etc.: R\$ _____

Ativos imobiliários: imóveis próprios, tipo, endereço e valor:

- a) _____
- b) _____
- c) _____
- d) _____
- e) _____

Veículos: marca, modelo e ano de fabricação:

Outros ativos não mencionados acima – descrição e valor:

2. DÉVIDAS E HIPOTECAS

Empréstimos financeiros a vencer- Bancos ou financeiras, valores e datas de vencimentos:

Outros empréstimos ou financiamentos a vencer – descrição, instituição, valores e datas de vencimentos:

Hipotecas – valor, vencimento e imóvel sobre o qual incide:

INFORMAÇÕES FINANCEIRAS CONFIDENCIAIS

3. RENDAS (ANUAIS)

	Ano Corrente R\$	Ano Anterior R\$
Salários <u>anuais</u> e rendimentos do trabalho:	_____	_____
Outras rendas – especificar:	_____	_____
_____	_____	_____

4. INFORMAÇÕES CADASTRAIS

Banco onde mantém seus principais negócios: _____
Agência: _____ C/C: _____
Outros Bancos e Agências: _____

5. OUTRAS INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES DE INTERESSE

6. PROCESSOS JUDICIAIS E EXECUÇÕES

Está sendo submetido a algum processo judicial ou a alguma execução de sentença transitada em julgado? _____. Em caso afirmativo, informar natureza do processo, foro, vara ou tribunal onde o processo está em andamento e se for o caso, o valor da execução: _____

7. ASSINATURA E DATA

Concordo que as informações deste formulário façam parte integrante do meu contrato de seguro de vida, ficando as Seguradoras autorizadas a utilizá-las exclusivamente em âmbito judicial no amparo e na defesa de seus direitos sem que tal autorização implique em qualquer quebra de sigilo e confidencialidade. Declaro ter conhecimento do teor dos *Artigos 765 e 766 e parágrafo do Código Civil Brasileiro* que estabelece “O Segurado e Segurador são obrigados a guardar na conclusão e na execução do contrato a mais estrita boa-fé e veracidade, tanto a respeito do objeto como das circunstâncias e declarações a ele concernentes” e “Se o segurado, fizer declarações inexatas ou omitir circunstâncias que possam influir na aceitação da proposta ou na fixação do prêmio, perderá o direito à garantia, além de ficar obrigado ao prêmio vencido. Se a inexatidão ou omissão nas declarações não resultar de má-fé do segurado, o segurador terá direito a resolver o contrato, ou a cobrar, mesmo após o sinistro, a diferença do prêmio.”

Local, data e assinatura: _____, ____ / ____ / ____

(ESPAÇO PARA O LOGOTIPO DA SEGURADORA)

Relatório de Exame Médico

Médico, carimbo:

Parte I: Declarações do candidato

Solicita-se ao médico, que ele próprio, escreva as respostas ou as revise com o candidato, caso as mesmas tenham sido escritas anteriormente.

Nome/s e sobrenome/s: _____

Data de nascimento: _____ Sexo: F M Profissão/ Atividade: _____

Endereço: _____

CEP: _____ Cidade: _____ Estado: _____ País: _____

Declarações do candidato	Não	Sim	Comentários
1. Antecedentes familiares – verificaram-se nos seus pais e irmãos casos de: a) Doenças cardiovasculares b) Diabetes mellitus c) Tuberculose d) Hipertensão e) Psicose / suicídio f) Câncer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Parentesco? Em que idade se manifestou?
2. O seu estado de saúde atual é perfeito? a) Possui atualmente algum tipo de problema de saúde físico ou psíquico? b) Sua capacidade de trabalho está reduzida? c) Durante os últimos 5 anos esteve incapacitado para trabalhar durante mais de 3 semanas? d) Durante os últimos 10 anos foi examinado, tratado, operado em algum hospital ou qualquer tipo de casa de saúde? e) Deverá ser hospitalizado em breve ou submetido a alguma operação?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Se não, por quê? Especificar. Motivo? Duração? Quando? Por quê? Motivo? Qual? Motivo? Tipo de operação?
3. Para pessoas do sexo feminino: a) Sofre de alguma doença ginecológica ou de alguma doença na mama? b) Está grávida?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Qual? Duração? Data? Está curada? De quantos meses?
4. Tem algum Seguro de Vida em vigor ou tem solicitado algum Seguro de Vida? Foi adiada, recusada ou aceita em condições agravadas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Em que Companhia? Capital segurado? Quais? Por quê? Quando?
5. Sofre ou sofreu de perturbações, doenças ou outras indisposições: a) Cardiovasculares tais como hipertensão, aterosclerose, coronariopatia, falha ou insuficiência cardíaca, arritmia, infarto do miocárdio, palpitações, “derrame”, flebite, varizes ou outras?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Quais? Quando? Duração? Nomes dos médicos?
5. Sofre ou sofreu de perturbações, doenças ou outras indisposições: b) Do aparelho respiratório (ex.: pleurisia, asma, bronquite, tuberculose, DPCO, enfisema, etc.) c) Do aparelho genital, tais como doenças no útero, ovários, trompas, pênis, testículos, próstata?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Quais? Quando? Duração? Nomes dos médicos?

(ESPAÇO PARA O LOGOTIPO DA SEGURADORA)

d)	Do sistema imunitário ou doenças infecciosas, tais como AIDS, infecção por HIV, doenças sexualmente transmissíveis, hepatite, tuberculose, dengue ou outras?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
e)	Endócrinas e Metabólicas (ex.: diabetes, bócio, hiperlipidemia, hiperuricemia, doença da tireóide)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
f)	Do aparelho digestivo (ex.: hérnia de hiato, úlcera estomacal ou intestinal, inflamações, hemorragias, colites, hemorróidas, doenças do fígado, da vesícula biliar, do pâncreas, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
g)	Urinárias (ex.: rins, uretra, bexiga, nefrite, insuficiência renal, albuminúria, hematúria, cálculo)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
h)	Neurológicas e mentais (ex.: epilepsia, acidentes vasculares cerebrais, paralisias, neuroses, psicoses, depressão, tentativa de suicídio)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
i)	Do aparelho locomotor tais como dor nas costas, ciática, problemas na coluna vertebral, dos ombros, artrose, reumatismo, gota, hérnia de disco ou outras?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
j)	Dos olhos, tais como diminuição da agudeza visual, problemas oculares, doença da retina ou outras?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dioptrias: esquerda: _____ direita: _____
k)	Dos ouvidos, tais como surdez, inflamação ou outras?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
l)	Doenças da pele (ex.: eczema, psoríase, câncer de pele, lúpus, alergias, etc.).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
m)	Deficiência física ou congênita? Doenças profissionais? Outras doenças não citadas anteriormente?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
n)	Doença ou suspeita de algum tipo de câncer ou tumor?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
o)	Do metabolismo ou do sangue (ex.: diabetes, aumento de colesterol, de ácido úrico, doença da tireóide, problemas hormonais, anemia ou outros?)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
6.	Sofreu algum acidente, ferimento ou intoxicação que tenha requerido uma hospitalização ou intervenção cirúrgica?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Conseqüências? Datas?
a)	Foi examinado, tratado, operado em algum hospital ou qualquer tipo casa de saúde nos últimos 10 anos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Motivo? Qual?
b)	Fez quimioterapia, radioterapia ou recebeu alguma transfusão sanguínea?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Motivo? Datas?
c)	Foi submetido nos últimos anos a exames especiais tais como radiografia, ultra-som, tomografia, ressonância magnética, ecografia, eletrocardiograma, eletroencefalografia, endoscopia ou outros?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Resultados?
d)	Nos últimos 10 anos, foi tratado por quiroprático, fisioterapeuta, psiquiatra ou psicólogo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Especificar.
7.	Realizou algum teste de detecção de AIDS que tenha resultado positivo ou provavelmente positivo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Datas?
8.	Pratica esportes?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Qual? Frequência?
a)	Fuma?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Quantidade diária? Desde quando?
b)	Consome bebidas alcoólicas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Quantidade diária?
c)	Consome ou consumiu drogas ou entorpecentes?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Quais? Quando pela última vez?

(ESPAÇO PARA O LOGOTIPO DA SEGURADORA)

d)	Toma analgésicos, soníferos, tranquilizantes ou outros medicamentos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Qual o motivo? Desde quando?
9.	Qual foi o último médico que consultou?			Nome do médico? Motivo? Quando?
a)	Nos últimos 3 anos consultou algum médico não mencionado anteriormente?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Motivo? Nome do médico?
b)	Qual é o médico que melhor conhece seu estado de saúde?			Nome do médico? Endereço?

Declaro ter respondido de forma completa e verdadeira as perguntas acima. Autorizo médicos, instituições médicas e outras companhias de seguro questionados pela Companhia a prestar-lhe as informações necessárias a esta proposta ou para liquidação de um eventual sinistro.

Local e Data

Assinatura do candidato

Assinatura do médico

(ESPAÇO PARA O LOGOTIPO DA SEGURADORA)

Relatório de Exame Médico

Parte II: Exame Objetivo

Dirigido ao médico: Solicita-se a realização de um exame médico e a resposta às perguntas seguintes. Os exames complementares somente serão pagos quando especialmente solicitados pela Companhia; a solicitação será feita abaixo, mediante formulário anexo ou através de carta separada.

Favor assinalar a resposta correta	Não	Sim	Comentários
<p>10. Data do exame: _____</p> <p>a) Conhece a pessoa a ser examinada? Se a tratou, qual a doença? Especifique diagnósticos, terapêutica efetuada (com a dosagem), estado atual e prognóstico.</p> <p>b) Possui relação de parentesco com o candidato?</p>	<p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p>	<p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p>	
<p>11. Existe qualquer indício desfavorável (saúde e constituição) relativo à pessoa a segurar?</p>	<p><input type="checkbox"/></p>	<p><input type="checkbox"/></p>	Especificar.
<p>12. Tem motivos para suspeitar de hábitos imoderados da pessoa a segurar?</p>	<p><input type="checkbox"/></p>	<p><input type="checkbox"/></p>	Especificar.
<p>13. Peso: Kg _____ Altura: Cm _____</p> <p>Perímetro torácico: Máximo _____ Mínimo _____</p> <p>Perímetro abdominal: _____</p>			Comentários:
<p>14. Pele: existência de pigmentação? Tumores? Cicatrizes? Nevos suspeitos?)</p>	<p><input type="checkbox"/></p>	<p><input type="checkbox"/></p>	Especificar.
<p>15. Considera anormal o Aparelho Osteoarticular - membros</p> <p>a) A coluna vertebral tem desvios?</p> <p>b) Existem alterações ósseas ou musculares?</p>	<p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p>	<p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p>	Especificar.
<p>16. Aparelho respiratório</p> <p>- rouquidão? Tosse?</p> <p>- apresenta deformação da caixa torácica?</p> <p>- a percussão e a auscultação são anormais?</p> <p>- existem sintomas que indiquem algum problema respiratório?</p>	<p><input type="checkbox"/></p>	<p><input type="checkbox"/></p>	Comentários:
<p>17. Anomalias de estado dos órgãos dos sentidos?</p>	<p><input type="checkbox"/></p>	<p><input type="checkbox"/></p>	Quais?
<p>18. Aparelho circulatório - é favor de responder:</p> <p>- pulso (amplitude, ritmo e frequência): _____</p> <p>- estado das artérias: _____</p> <p>- pressão arterial - Max. _____ Min. _____</p> <p>Obs.: se ultrapassar o limite de 140/90, favor realizar duas leituras com intervalos de 5 a 10 minutos:</p> <p>1º: Máx. _____ Min. _____</p> <p>2º: Máx. _____ Min. _____</p> <p>- Tem sinais de aterosclerose?</p> <p>- Existem sintomas de insuficiência ou de descompensação? (dispneia, cianose, edema)</p> <p>a) Coração - favor responder: Situação da ponta: _____</p> <p>Há alterações dos sons cardíacos ou ruídos anormais?</p> <p>b) O choque da ponta é anormal?</p>	<p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p>	<p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p>	Comentários:

(ESPAÇO PARA O LOGOTIPO DA SEGURADORA)

c)	Há sopro cardíaco? Em caso afirmativo: sistólico?, diastólico?, intensidade? Ponto máximo?, propagação?, o sopro é orgânico?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Comentários
19.	Existem sintomas de algum problema do aparelho digestivo (alterações na boca, língua, laringe, dentes)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Comentários
a)	Inspeção do abdómen (sofre de hérnias, cicatrizes, rede venosa colateral, etc.?)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Especifique por favor
b)	O exame clínico, a palpação e a percussão do abdómen revelaram algo anormal (estômago, fígado, vesícula biliar, aorta, baço, intestinos) ? Existem massas tumorais, pontos dolorosos, etc.?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
20.	Sistema nervoso - reflexos anormais (pupilares, abdominais, Babinski, etc.)?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
a)	Sinais de paresia ou paralisia?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
b)	Existem razões para suspeitar problemas psíquicos ou neurológicos?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
As perguntas 21 e 22 só deverão ser realizadas por um especialista se houver informações positivas:			
21.	Para pessoas do sexo masculino : existem indícios de algum problema dos órgãos genitais (testículos, próstata, etc.)?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
22.	Para pessoas do sexo feminino : útero e anexos anormais?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Quais?
a)	Sinais de gravidez?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	De quantos meses?
b)	Sofre de alguma doença ginecológica ou da mama?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
23.	Os gânglios linfáticos estão aumentados de volume?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Especifique por favor
24.	A glândula da tiróide está aumentada de volume ou modificada?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Especifique por favor
25.	Há sinais de alcoolismo, abuso de tabaco ou consumo de drogas?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Especifique por favor
26.	Há outras afecções?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Quais?
27.	Há outros fatores de riscos?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Quais?
28.	As atividades e o estilo de vida do candidato são prejudiciais à saúde dele?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
29.	Apreciação final :		Comentários:

Importante: solicitamos que não seja feito nenhum comentário com o candidato que possa prejudicar a decisão do segurador.

Declaro ter examinado e questionado o candidato ao seguro, além de ter respondido com toda a boa-fé às perguntas precedentes.

Nome do Médico examinador: _____
Especialidade: _____
CRM: _____

Assinatura do examinador _____

Data: _____ Local: _____

(ESPAÇO PARA O LOGOTIPO DA SEGURADORA)

Relatório Confidencial do Proponente

Para ser preenchido pelo proponente. **Todas as informações contidas neste documento são confidenciais.**

Nome(s) _____ Sobrenome(s): _____
Data de nascimento: _____ Endereço: _____
Profissão: _____ Ocupação: _____
CPF: _____ R.G.: _____ EMISSOR: _____

Finalidade do seguro

Indique o motivo exato do seguro: _____

Capital Segurado

Como foi calculada a importância segurada? (favor indicar o cálculo exato) _____

Beneficiários: _____

Quantos filhos dependem de você? _____

Rendimentos sujeitos ao imposto de renda dos últimos 4 anos (caso seja possível, anexar as 4 últimas declarações de imposto):

Rendimento	2001	2002	2003	2004
Bruto	R\$	R\$	R\$	R\$
Líquido	R\$	R\$	R\$	R\$

Seguros já em vigor / Outras propostas

Tem algum seguro de Vida, Invalidez ou Acidentes Pessoais em vigor? Não [] Sim []

Foram adquiridos outros seguros (Vida, Invalidez, Acidentes Pessoais) ou existe a intenção de solicitá-los?
Não [] Sim []

Em caso afirmativo, favor detalhar (seguradora, capitais, duração, coberturas): _____

Meio de transporte

Que meio de transporte utiliza habitualmente? _____

Utiliza avião particular, helicóptero, moto, lancha ou outro meio diferente do automóvel? Não [] Sim []

Em caso afirmativo, favor detalhar: _____

Esportes / Atividade profissional

Pratica esportes perigosos (risco de vôo, mergulho, motociclismo, automobilismo, espeleologia, montanhismo, motonáutica, navegação a vela, etc.) ou sua atividade profissional oferece perigo ou risco para a saúde? (contato com produtos tóxicos, explosivos, radiação, estadia no exterior, militar, manipulação de carga ou maquinaria pesada, etc.)? Não [] Sim []

Em caso afirmativo, favor detalhar: _____

(ESPAÇO PARA O LOGOTIPO DA SEGURADORA)

Acidentes / Violência

Você ou a sua família já sofreu alguma tentativa de seqüestro, roubo ou qualquer outra ação violenta?

Não [] Sim []

Em caso afirmativo, favor detalhar: _____

Sofreu algum acidente com lesões físicas? Não [] Sim []

Em caso afirmativo, favor detalhar: _____

Declaro que respondi às perguntas deste questionário com toda consciência, de forma correta e completa
Sou responsável pela exatidão das minhas declarações, ainda que não as tenha preenchido sozinho/a.

Local e data _____

Assinatura _____