



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-004/2005		DATA: 15/03/2005
RAMO: ACIPE-001/2005	MODALIDADE : _____	VIGÊNCIA : 01/04/2005
REF.: NERR - RESSEGURO DIFERENCIADO DE ACIDENTES PESSOAIS		
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 DITEC-007/2002-ACIPE-001/02-VIDAG-002/02-VIDAI-002/02, de 17/09/2002.		

Relativamente às operações de resseguro diferenciado de **Acidentes Pessoais** 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 ACIDENTES PESSOAIS

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 Seguradora em cada risco isolado.

CIRCULAR PRESI-004/2005
ACIPE-001/2005

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.

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 no início da vigência do resseguro;

b) Para análise do risco poderá ser exigida a apresentação de proposta/ cartão-proposta, devidamente preenchido e assinado, ou quaisquer outras exigências, como a Declaração Pessoal de Saúde:

b.1) A proposta/cartão-proposta deve ressaltar o grau de invalidez preexistente, quando for o caso, para efeito de limitar a responsabilidade da Seguradora/Ressegurador.

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 apresentem 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 deste IRB, 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 e com mais de 50 anos de idade, do Antígeno Prostático Específico, para análise e pronunciamento deste IRB.

d) Informar a este IRB-Brasil Re 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) Garantias de DMH e DIT;
- b) Seguros com majoração do capital para perda de determinado membro ou função na cobertura de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente;
- c) Coberturas de resseguro por outros planos;
- d) Planos especiais aprovados pela SUSEP.

1.7 - Coberturas

1.7.1 - Garantias básicas:

Morte Acidental - MA

Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente - IP

1.7.2 - Garantias Adicionais:

- a) Despesas Médico Hospitalares - DMH
- b) Diárias de Incapacidade Temporária - DIT
- c) Cláusulas Suplementares, nos seguros coletivos:
 - c.1) Inclusão automática quando o seguro abranger exclusivamente e compulsoriamente **todos os cônjuges e/ou filhos** dos componentes principais considerados dependentes pela legislação do imposto de renda.

- c.2) Inclusão facultativa de cônjuge, filhos, os pais, os irmãos e demais dependentes considerados como tal pela legislação do imposto de renda e/ou previdência social, desde que não sejam seguráveis como componentes principais.
- c.3) Não é extensiva aos componentes dependentes a garantia adicional de Diárias de Incapacidade Temporária - DIT

1.8 - Taxação - (taxas puras anuais mínimas)

1.8.1 - Garantias Básicas:

- Morte Acidental - MA0,08% a.a.(1)
- Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente - IP....0,05% a.a.(1)

1.8.2 - Garantias Adicionais:

- Despesas Médico Hospitalares - DMH3,00% a.a.(1)
 - Diárias de Incapacidade Temporária - DIT0,70% a.a.(2)
- (1) % sobre o capital Segurado da garantia; e
(2) % sobre o produto do nº de diárias seguradas por seu valor unitário.

Cláusulas Suplementares, nos seguros coletivos:

Para cálculo dos prêmios com a **inclusão de forma automática** dos componentes dependentes, e desde que não se conheça o número exato de cônjuges e filhos, devem ser adicionados os seguintes percentuais às taxas anuais puras mínimas acima, aplicados aos capitais segurados dos componentes dependentes:

- 60% quando o grupo abranger apenas os cônjuges ou apenas os filhos; e
- 120% quando o grupo abranger os cônjuges e os filhos.

Para o cálculo dos prêmios com inclusão facultativa de componentes dependentes deverá ser adotado o mesmo critério de taxação utilizado para os componentes principais.

1.9 - Comissão de Resseguro

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

1.10 - Participação 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 apuração dos resultados os conceitos de Receita e Despesa, conforme a seguir:

a) Receitas:

a.1) Os prêmios 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 prêmios de resseguro de acordo com o item das "Receitas" com a finalidade de cobrir gastos internos de administração 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:

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

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-Brasil Re 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 individuais ou coletivas, 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 e CPF do segurado ou nome e CNPJ do Estipulante, 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 Pagamento de Prêmios de Resseguro

- a) Parcelado ou mensal: o primeiro pagamento deverá ser efetuado em até 10 (dez) dias corridos, a partir do recebimento do prêmio de seguro, limitado a 70 (setenta) dias do início da vigência do risco, e os demais a cada 30 (trinta) dias.
- b) A vista: o pagamento deverá ser efetuado em até 10 (dez) dias corridos, a partir do recebimento do prêmio de seguro, limitado a 40 (quarenta) dias do início da vigência do risco.

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 fica 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 indicação do estágio do processo de regulação, para “constituição da reserva” ou para “pagamento da recuperação de resseguro”, tornando-se indispensável, nesta última hipótese, a apresentação da Certidão de Óbito ou 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.

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 Ressegurador.

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"/> <input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>	
<p>11. Existe qualquer indício desfavorável (saúde e constituição) relativo à pessoa a segurar?</p>	<p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>	Especificar.
<p>12. Tem motivos para suspeitar de hábitos imoderados da pessoa a segurar?</p>	<p><input type="checkbox"/> <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"/> <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"/> <input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/> <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"/> <input type="checkbox"/></p>	Comentários:
<p>17. Anomalias de estado dos órgãos dos sentidos?</p>	<p><input type="checkbox"/> <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"/> <input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>	<p>Comentários:</p> <p>Comentários</p>

(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 tireóide 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 _____