

DECLARAÇÃO PESSOAL DE ATIVIDADE E SAÚDE

Esta Declaração Pessoal de Saúde é parte integrante da proposta nº

Matrícula

Nome Completo do Proponente

CPF

1. Encontra-se com algum problema de saúde ou faz uso de algum medicamento atualmente? Em caso afirmativo, informar qual.	
2. Sofre ou já sofreu de doenças do coração, insuficiência cardíaca, hipertensão arterial, problemas circulatórios ou cardiovasculares? Em caso afirmativo, informar quais.	
3. Sofre de doenças do sangue ou de diabetes? Em caso afirmativo, informar quais.	
4. Sofre de deficiência de órgãos, membros ou sentidos? Em caso afirmativo, informar quais.	
5. Foi submetido a alguma intervenção cirúrgica, inclusive biópsia ou punção, ou esteve internado(a) em regime hospitalar para tratamento médico nos últimos 5 (cinco) anos? Em caso afirmativo, especificar.	
6. Sofre ou já sofreu de doenças do pulmão, enfisema, doenças do fígado, doenças do aparelho digestivo ou doenças renais? Em caso afirmativo, informar quais.	
7. Sofre ou já sofreu de tumores ou câncer ou já foi submetido(a) a tratamento com radioterapia, quimioterapia ou outros tratamentos auxiliares? Em caso afirmativo, especificar.	
8. É portador(a) do vírus HIV?	
9. Encontra-se afastado(a) da atividade de trabalho por motivo de doença ou aposentadoria por invalidez?	
10. É fumante? Em caso afirmativo, informar a quantidade média de cigarros por dia.	
11. Indique seu peso e altura:	_____ Kg e _____ m
12. Pratica paraquedismo, motociclismo, boxe, asa delta, rodeio, alpinismo, voo livre, automobilismo, mergulho ou exerce atividade, em caráter profissional ou amador, a bordo de aeronaves, que não sejam de linhas regulares? Em caso afirmativo, especificar.	

Declaro que as informações prestadas acima são verdadeiras e estou ciente que os eventos ocorridos em consequência de doenças pré-existentes à contratação do seguro e que não tenham sido declaradas nesta DPS não estarão cobertos, nos termos das condições gerais do(s) plano(s) contratado(s) e de acordo com o que prevê o artigo 766 do Código Civil.

Local e Data

Assinatura do Proponente

Assinatura e Identidade do Responsável (quando necessário)

Proponentes entre 0 e 16 anos deverão ser representados pelos pais tutores ou curadores. Caso o proponente seja maior de 16 anos e menor de 18 anos a assinatura deverá ser em conjunto com seu representante legal.

Central de Relacionamento Mongeral Aegon • 4003 3355, Capitais e Regiões Metropolitanas
0800 881 3355, todas as localidades • www.mongeralaegon.com.br
Mongeral Aegon Seguros e Previdência S.A. • Caixa Postal: 40950 - CEP: 20270-970

DECLARAÇÃO PESSOAL DE ATIVIDADE E SAÚDE

Esta Declaração Pessoal de Saúde é parte integrante da proposta nº

Matrícula

Nome Completo do Proponente

CPF

1. Encontra-se com algum problema de saúde ou faz uso de algum medicamento atualmente? Em caso afirmativo, informar qual.	
2. Sofre ou já sofreu de doenças do coração, insuficiência cardíaca, hipertensão arterial, problemas circulatórios ou cardiovasculares? Em caso afirmativo, informar quais.	
3. Sofre de doenças do sangue ou de diabetes? Em caso afirmativo, informar quais.	
4. Sofre de deficiência de órgãos, membros ou sentidos? Em caso afirmativo, informar quais.	
5. Foi submetido a alguma intervenção cirúrgica, inclusive biópsia ou punção, ou esteve internado(a) em regime hospitalar para tratamento médico nos últimos 5 (cinco) anos? Em caso afirmativo, especificar.	
6. Sofre ou já sofreu de doenças do pulmão, enfisema, doenças do fígado, doenças do aparelho digestivo ou doenças renais? Em caso afirmativo, informar quais.	
7. Sofre ou já sofreu de tumores ou câncer ou já foi submetido(a) a tratamento com radioterapia, quimioterapia ou outros tratamentos auxiliares? Em caso afirmativo, especificar.	
8. É portador(a) do vírus HIV?	
9. Encontra-se afastado(a) da atividade de trabalho por motivo de doença ou aposentadoria por invalidez?	
10. É fumante? Em caso afirmativo, informar a quantidade média de cigarros por dia.	
11. Indique seu peso e altura:	_____ Kg e _____ m
12. Pratica paraquedismo, motociclismo, boxe, asa delta, rodeio, alpinismo, voo livre, automobilismo, mergulho ou exerce atividade, em caráter profissional ou amador, a bordo de aeronaves, que não sejam de linhas regulares? Em caso afirmativo, especificar.	

Declaro que as informações prestadas acima são verdadeiras e estou ciente que os eventos ocorridos em consequência de doenças pré-existentes à contratação do seguro e que não tenham sido declaradas nesta DPS não estarão cobertos, nos termos das condições gerais do(s) plano(s) contratado(s) e de acordo com o que prevê o artigo 766 do Código Civil.

Local e Data

Assinatura do Proponente

Assinatura e Identidade do Responsável (quando necessário)

Proponentes entre 0 e 16 anos deverão ser representados pelos pais tutores ou curadores. Caso o proponente seja maior de 16 anos e menor de 18 anos a assinatura deverá ser em conjunto com seu representante legal.

Central de Relacionamento Mongeral Aegon • 4003 3355, Capitais e Regiões Metropolitanas
0800 881 3355, todas as localidades • www.mongeralaegon.com.br
Mongeral Aegon Seguros e Previdência S.A. • Caixa Postal: 40950 - CEP: 20270-970