

Proposta de Inclusão

- Titular
 Dependente(s)



AGF Saúde

Nº Cartão AGF Saúde

DADOS DO SEGURADO

Estipulante:				Nº da Apólice: 980				
Subestipulante:				Nº do Subestipulante:				
Nome do Funcionário:				CPF:				
RG:	Orgão Exp.:			Data da Exp.:	/	/		
Passaporte ou Carteira Civil, se estrangeiro:	Orgão Exp.:			Data da Exp.:	/	/		
PIS/PASEP:	Data de Nasc.:	/	/	Idade:			Estado Civil:	Sexo: <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M
Nome da Mãe:								
Endereço:				Bairro:				
Cidade:	UF:	CEP:	-	E-mail:				
Tel. Res.: ()		Tel. Com.: ()		Fax: ()				
Admissão: / /	Cargo:			Departamento:				
Centro de Custo:				Matrícula Funcional:				
Banco:	Nº:	Agência:		Nº:		Dígito:		
Nº da Conta Corrente:	Dígito:	Início do Seguro:	/	/	Plano:			

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

- Ao preencher a Declaração Pessoal de Saúde, o proponente tem a opção de ser orientado, sem ônus financeiro, por um médico indicado pela AGF Saúde ou por um de sua livre escolha, caso em que as despesas com os honorários serão de sua própria responsabilidade.
- A Declaração Pessoal de Saúde tem por objetivo registrar a existência de doenças e lesões preexistentes - aquelas que o proponente tenha conhecimento no momento da assinatura da Proposta Individual de Inclusão - em relação a si próprio ou a qualquer de seus dependentes.
- Havendo a declaração de doença ou lesão preexistente, poderão ser oferecidas duas opções:
 - 3.1. Cobertura Parcial Temporária** - É aquela que admite num prazo de até 24 meses, contado a partir da data de inclusão do segurado na apólice e sem redução dos prêmios mensais, a suspensão da cobertura de eventos cirúrgicos, leitos de alta tecnologia e procedimentos de alta complexidade, relacionados às doenças e lesões preexistentes.
 - 3.2. Agravado** - É o acréscimo no valor da contraprestação pecuniária do plano, oferecido ao proponente como alternativa à adoção da Cobertura Parcial Temporária para doenças ou lesões preexistentes.
- Nenhuma cobertura poderá ser negada ao proponente para doenças ou lesões preexistentes não declaradas, até que a operadora apresente as provas concretas junto à ANS de que o proponente omitiu a doença ou lesão no preenchimento desta Declaração. Até decisão da ANS não haverá suspensão do contrato nem do atendimento.
- A omissão de informação sobre a existência de doença ou lesão preexistente da qual o consumidor saiba ser portador no momento do preenchimento desta Declaração, desde que comprovada junto à ANS, pode acarretar a suspensão ou o cancelamento do contrato. Nesse caso, o proponente será responsável pelo pagamento das despesas realizadas com o tratamento da doença ou lesão omitida, a partir da data em que tiver recebido comunicado ou notificação da operadora alegando a existência de doença ou lesão preexistente não declarada.
- Caso o dependente não possua CPF, deixar o campo em branco.

DADOS DOS DEPENDENTES

Nomes	Parentesco	Data de Nascimento	Idade	Sexo	Data de Início do Seguro
Cônjuge		/ /			/ /
CPF:	Nome da Mãe:				
Dependente 1		/ /			/ /
CPF:	Nome da Mãe:				
Dependente 2		/ /			/ /
CPF:	Nome da Mãe:				
Dependente 3		/ /			/ /
CPF:	Nome da Mãe:				
Dependente 4		/ /			/ /
CPF:	Nome da Mãe:				
Dependente 5		/ /			/ /
CPF:	Nome da Mãe:				
Dependente 6		/ /			/ /
CPF:	Nome da Mãe:				

USO DA SEGURADORA

Observações	Data	Visto
1.	/ /	
2.		
3.		
4.		
5.		
6.		

Declaração de Saúde

DECLARAÇÃO DE SAÚDE - SEGURADO E DEPENDENTES

Responda de próprio punho, no quadro abaixo, **S** – Sim ou **N** – Não, em relação a você e a seus dependentes.

1. Informar no campo Usuário o peso e a altura de cada segurado.
2. Encontra-se atualmente em plena atividade de trabalho e perfeitas condições de saúde? Se negativa, especifique o motivo no campo Descrição.
3. Sofre ou sofreu alguma doença que o levou a procurar médico, inclusive para consultas de acompanhamento de doenças do coração, diabetes, pressão alta, obesidade, colesterol elevado, câncer, doenças renais, doenças de coluna, problemas pulmonares, etc? Se afirmativa, especifique no campo Descrição a doença e o tipo de tratamento ou acompanhamento realizado.
4. Já esteve internado por motivo de doença, cirurgia, parto ou problemas durante a gestação? Se afirmativa, especifique no campo Descrição, o motivo da internação, a data aproximada (mês/ano), o número de dias de permanência no hospital. Em caso de cirurgia, enviar cópia do exame anátomo patológico.
5. Já foi submetido a alguns destes tratamentos/procedimentos específicos: radioterapia, quimioterapia, hemodiálise, cateterismo cardíaco, transplantes, colocação de marca-passo, colocação de prótese, angioplastia, arteriografia, câmara hiperbárica, tratamento de desintoxicação para dependência química, tratamentos por problemas relacionados à gestação, parto ou para infertilidade, correção de má formação congênita, tratamentos psiquiátricos, biópsias, tratamento para infarto, derrame cerebral (AVC)? Se afirmativa, anexar cópia do exame anátomo patológico e relatório médico informando detalhes sobre o tratamento realizado.
6. Encontra-se atualmente em investigação de alguma doença, programando alguma cirurgia, tratamento específico, inclusive fertilização in vitro ou acompanhamento pré-natal? Se afirmativa, detalhe a resposta no campo Descrição.
7. É portador de alguma deficiência física, redução funcional de parte ou órgão do corpo decorrente de acidente, doença ou parto? Se afirmativa, especifique no campo Descrição.
8. Aponte a(s) doença(s) de seu conhecimento relacionada(s) com o uso de medicamento(s) para si ou seu(s) dependente(s).
9. É fumante? Em caso de ter deixado o hábito de fumar, informar o tempo no campo Descrição.

Comentários e Informações Adicionais que ache importante colocar referente às questões formuladas para você e seus dependentes:

Usuário	Perguntas									Descrição:
	2	3	4	5	6	7	8	9		
1										
Funcionário										
Peso: _____										
Altura: _____										
Cônjuge										
Peso: _____										
Altura: _____										
Dependente 1										
Peso: _____										
Altura: _____										
Dependente 2										
Peso: _____										
Altura: _____										
Dependente 3										
Peso: _____										
Altura: _____										
Dependente 4										
Peso: _____										
Altura: _____										
Dependente 5										
Peso: _____										
Altura: _____										
Dependente 6										
Peso: _____										
Altura: _____										

O proponente responsável pelas informações dispensou a orientação médica no preenchimento da Declaração Pessoal de Saúde?

Sim Não

No caso de responder NÃO na questão acima, o proponente deverá solicitar o preenchimento de próprio punho das informações abaixo ao médico responsável pela orientação

Nome do Médico:

CRM N°:

UF:

Assinatura do Médico:

Neste ato outorgo ao Contratante o poder de agir em meu nome, no cumprimento ou alteração das cláusulas do contrato, devendo as comunicações referentes ao Plano, ora contratado, ser a este encaminhadas.

Local e Data

Assinatura do Funcionário