

## DECLARAÇÃO PESSOAL DE SAÚDE E ATIVIDADE

Responda todas as perguntas abaixo, escolhendo entre as opções disponíveis, acrescentando explicações quando necessário.

### 1 Favor informar o Tipo do seu Diabetes Mellitus:

Tipo 1     Tipo 2

### 2 Favor informar o seu Peso:

Kg

### 3 Favor informar a sua altura:

metros

 **IMC**  
(calculado pela Seguradora)

### 4 Por favor, responda de acordo com os resultados dos últimos exames que realizou (inferior a 180 dias):

4.1 O último resultado de Glicose (Glicemia) de jejum foi de até 150mg/dl ?

Sim     Não     Data do exame     Não me lembro

4.2 O último resultado de Glico-hemoglobina ou Hemoglobina Glicada foi de até 7,5% ?

Sim     Não     Data do exame     Não me lembro

4.3 O último resultado de Colesterol Total foi de até 320mg/dl ?

Sim     Não     Data do exame     Não me lembro

4.4 O último resultado de Triglicérides foi de até 220mg/dl ?

Sim     Não     Data do exame     Não me lembro

4.5 O último resultado de TGO/TGP foi de até 80 U/L ?

Sim     Não     Data do exame     Não me lembro

4.6 O último resultado de Creatinina foi de até 1,7 mg/dl ?

Sim     Não     Data do exame     Não me lembro

4.7 O último resultado da Ureia foi de até 90 mg/dl ?

Sim     Não     Data do exame     Não me lembro

### 5 Com relação ao DIABETES MELLITUS, sofre ou sofreu nos últimos três anos dos seguintes problemas?

5.1 Visual - Retinopatia Diabética?

Sim     Não

5.2 Coração - Foi submetido a cateterismo cardíaco e/ou angioplastia?

Sim     Não

5.3 Amputou algum dedo ou membro? Se sim, qual foi o motivo?

Sim     Não

### 6 Como você é tratado atualmente do seu Diabetes Mellitus ?

Favor informar **Medicações, Doses e outras medidas terapêuticas.**

### 7 Além do Diabetes Mellitus é ou foi portador de doença que o obrigue a consultar médicos, fazer exames, tomar medicamento, ser internado e/ou operado?

Sim     Não

**Caso positivo, informar se já apresentou resultado(s) alterado(s) desse(s) exame(s), esclarecendo-os.**

53. LOCAL E DATA

54. ASSINATURA DO PROPONENTE

O registro deste plano na Susep não implica, por parte da Autarquia, incentivo ou recomendação a sua comercialização. A aceitação do seguro estará sujeita a análise do risco. Este seguro é por prazo determinado, tendo a Seguradora a faculdade de não renová-lo na data de vencimento, sem devolução dos prêmios pagos, nos termos da apólice. O Segurado poderá consultar a situação cadastral de seu corretor de seguros, no site [www.susep.gov.br](http://www.susep.gov.br), por meio do número de seu registro na Susep, nome completo, CNPJ ou CPF. Em atendimento à Lei 12.741/12 informamos que incidem as alíquotas de 0,65% de PIS/Pasep e de 4% de COFINS sobre os prêmios de seguros, deduzidos do estabelecido em legislação específica. Todos os valores de prêmios estão expressos em Reais, com o IOF atual incluso ( 0,38% ).



American Life Companhia de Seguros

CNPJ 67.865.360 / 0001-27

Av. Angélica, 2626 – Higienópolis – CEP: 01228-200  
São Paulo / SP - Tel: - 11-3017-0022 – FAX: 11-3017-0020  
www.alseg.com.br Ouvidoria: 0800-770-1102 ouvidor@alseg.com.br SAC: 0800-755-5985



PROPOSTA DE SEGURO

SEGURO DE VIDA - DIET Nº

DADOS CADASTRAIS

1. NOME DO ESTIPULANTE		2. ATIVIDADE ECONOMICA		3. CNPJ	
4. ENDEREÇO		5. NÚMERO		7. TELEFONE ( DDD )	
8. CIDADE		9. ESTADO		10. CEP	
11. NOME DO PROPONENTE				12. CPF	
13. DATA DE NASC. (dd/mm/aaaa)		14. ALTURA		15. PESO	
16. I.M.C.		17. SEXO		18. PROFISSÃO / ATIVIDADE	
19. ENDEREÇO DO PROPONENTE				20. NÚMERO	
23. CIDADE				24. ESTADO	
				25. CEP	

CAPITAL SEGURO - CUSTO MENSAL INICIAL - VIGENCIA

26. CAPITAL SEGURO DA GARANTIA DE MORTE NATURAL OU ACIDENTAL

27. PRÊMIO MENSAL INICIAL

R\$

R\$

A vigência deste seguro será anual, com início a contar das 24:00 horas da data do primeiro pagamento, mediante protocolo desta proposta e desde que aceite o risco. A American Life Companhia de Seguros emitirá documento de cobrança ou débito, conforme o caso. O prêmio mensal inicial será ajustado de acordo com idade alcançada a cada aniversário do Certificado Individual.

BENEFICIÁRIOS

28. NOME	29. DATA DE NASCIMENTO	30. PARENTESCO	31. % PARTICIP.

FORMAS DE PAGAMENTO

32. OPÇÃO DE COBRANÇA		33. FREQUÊNCIA DE PAGAMENTO			34. DIA VENCIMENTO
1 - Débito em Conta	2 - Boleto Bancário	<input type="radio"/> MENSAL	<input type="radio"/> BIMESTRAL	<input type="radio"/> TRIMESTRAL	<input type="radio"/> SEMESTRAL
35. BANCOS					
<input type="radio"/> BANCO DO BRASIL	<input type="radio"/> BRADESCO	<input type="radio"/> CAIXA ECONÔMICA FEDERAL	<input type="radio"/> HSBC	<input type="radio"/> ITAÚ	<input type="radio"/> SANTANDER

36. BANCO	37. AGÊNCIA (Nome e Número)	38. NÚMERO DA CONTA

DECLARAÇÃO

Declaro ter conhecimento que a contratação desse seguro só é possível e está vinculada à total veracidade das declarações desta proposta, e das informações dos resultados dos exames realizados com menos de 6 (seis) meses da presente data e aqui prestadas. Declaro que tenho pleno conhecimento de que se houver inexatidão, ou divergência nas informações prestadas e os reais resultados dos exames, ou a omissão de circunstâncias que possam influir na aceitação deste seguro, haverá perda do direito à garantia contratada, conforme previsão dos arts. 422, 765 e 766 do Código Civil. Autorizo, desde já, quaisquer médicos, hospitais, laboratórios e entidades médicas que tenham me assistido ou efetuado exames, a quem dispenso da obrigatoriedade de sigilo profissional, a prestar informações completas sobre consultas, tratamentos, exames, procedimentos ou diagnósticos sobre minha pessoa. Declaro ainda ter conhecimento das condições contratuais deste seguro, as quais li e entendi, e com as quais concordo totalmente.

39. LOCAL E DATA		40. ASSINATURA DO PROPONENTE	
41. CÓDIGO SUSEP DO CORRETOR		42. NOME DO CORRETOR	
43. LOCAL E DATA		44. ASSINATURA DO CORRETOR	
45. CÓDIGO DO ANGARIADOR		46. NOME DO ANGARIADOR	

RECIBO

Como garantia de pagamento da primeira parcela das coberturas especificadas nesta Proposta de Adesão, condicionada à aceitação do seguro, recebemos do Proponente o cheque nominativo à American Life Companhia de Seguros, abaixo identificado.

47. BANCO (Nome)	48. AGÊNCIA	49. NÚMERO DA CONTA	50. NÚMERO DO CHEQUE	51. VALOR DO CHEQUE
				R\$