

Declaração Pessoal de Saúde – PASI

Sub Estipulante (Razão Social da empresa):	CNPJ:	
Nome do sócio / titular:	CPF:	Data de Nascimento:
Data de início das atividades na empresa:	Início de Vigência do seguro:	Sexo: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Feminino

DECLARAÇÃO PESSOAL DE SAÚDE

Questões: (respostas deverão ser de próprio punho e em caso de resposta afirmativa é obrigatório complementar a resposta no quadro especificado abaixo)	Respostas	
	SIM	NÃO
1- Encontra-se atualmente em plena atividade de trabalho e boas condições de saúde? Em caso negativo indique o motivo.		
2- Tem qualquer deficiência de órgãos, membros ou sentidos, ou recebeu alguma indenização securitária por invalidez? Especifique o motivo, inclusive o grau da deficiência.		
3 - Sofre ou sofreu alguma moléstia que tenha obrigado a consultar médicos, hospitalizar-se, submeter-se a exames (inclusive biópsia) intervenções cirúrgicas, radioterapia, quimioterapia, qualquer outro tratamento por período prolongado ou afastar-se de suas atividades normais de trabalho? Quando? Indique as moléstias, quais os tratamentos e resultados.		
4 – Sofreu algum acidente pessoal nos últimos 24 meses? Em caso afirmativo informar o tipo de ocorrência, a data do ocorrido e se houveram sequelas.		
5- Possui alguma proposta de seguro de vida, acidentes pessoais ou saúde pendente de aceitação ou recusada por qualquer seguradora? Em caso afirmativo, indique o fato ocorrido, a data e a seguradora.		

QUADRO DE COMPLEMENTO DE RESPOSTAS – caso necessário utilize o verso

Nr da questão	Complemento

DECLARAÇÃO E DISPOSIÇÕES FINAIS

Declaro para os devidos fins e efeitos, que as informações prestadas são verdadeiras e completas, estando ciente que concordo com o art. 766 do Novo Código Civil, se tiver omitido algo ou prestado informação inexata que possam influir na aceitação do seguro ou no valor do prêmio do seguro, perderei o direito a indenização em caso de sinistro e pagarei os prêmios vencidos. Declaro ainda ser de meu conhecimento todas as condições da Apólice de Seguro relativa a esta proposta de adesão. Concordo que as declarações que prestei passem a fazer parte do contrato de seguro celebrado entre o SUB-ESTIPULANTE e PASI, e desde já autorizo o PASI a utilizar as informações contidas nesta DECLARAÇÃO DE SAÚDE, em qualquer época e na defesa de seus direitos, sem implicação em ofensa ao sigilo profissional.

Estou ciente que, caso ocorra algum sinistro decorrente das causas especificadas acima nas respostas "sim", as coberturas vinculadas estarão automaticamente excluídas da indenização.

INFORMAÇÃO DE INDICAÇÃO DE BENEFICIÁRIOS

Indico abaixo o(s) nome(s) do(s) beneficiário(s) legal(is) que terá(ão) direito a receber a indenização referente ao seguro PASI (estipulante PASI Serviços e Benefícios S.A.) que posso, caso ocorra evento com cobertura prevista na apólice, segundo as condições estabelecidas no convênio:

	Nome completo do(s) beneficiário(s)	Data Nascimento	Parentesco	% de Participação
1				
2				
3				
4				
5				

Obs.: Caso necessário inclusão de mais beneficiários ou em caso de posterior alteração, solicite à Central PASI formulário específico.

Local:	Data:	Assinatura do Proponente:
--------	-------	---------------------------