

**Atenção: Preencher uma proposta para cada proponente, se for o caso.**

Estipulante Banco do Brasil S. A	CNPJ 00.000.000/0001-91	
<b>Dados do Proponente</b>		
Nome	CPF	Data de Nascimento
E-mail	Profissão ou Atividade	

**Se Aposentado, informe o motivo:**

**Se empresário, funcionário público ou comerciante, informe o ramo de atividade:**

**Declaração Pessoal de Saúde**

Cada mutuário deve prestar as declarações abaixo, de próprio punho. Em caso de dúvidas sobre alguma questão abordada nesta declaração, busque orientações de um médico de sua escolha.

**1. Encontra-se em plena atividade de trabalho?**

Sim | | Não | | Especifique o motivo (aposentadoria tempo serviço, desemprego, estudante, etc.):

**2. Tem qualquer deficiência de órgãos, membros ou sentidos?**

Sim | | Não | | Especifique o grau de deficiência e redução:

**3. Sofre atualmente ou sofreu acidente que o tenha obrigado a hospitalizar-se para tratamento clínico ou cirúrgico, ou afastar-se de suas atividades?**

Sim | | Não | | Especifique:

**4. Fez ou faz uso de algum medicamento de forma rotineira?**

Sim | | Não | | Esclareça os medicamentos e os motivos:

**5. Tem outro(s) seguro(s) de vida e/ou acidentes pessoais pendentes ou em vigor nesta data?**

Sim | | Não | | Indique a(s) seguradora (s):

**6. É ou foi portador(a) de hipertensão, infarto do miocárdio ou outras doenças cardiovasculares?**

Sim | | Não | | Especifique moléstia ou lesão, inclusive datas e tratamentos realizados:

**7. É ou foi portador(a) de doenças relacionadas a tumores ou câncer?**

Sim | | Não | | Especifique moléstia ou lesão, inclusive datas e tratamentos realizados:

**8. É ou foi portador(a) de reumatismo, problema de coluna, musculares, articulares, ossos, ou lesão produzida pelo trabalho (doença profissional)?**

Sim | | Não | | Especifique moléstia ou lesão, inclusive datas e tratamentos realizados:

**BB Seguro Imobiliário**  
**Ficha complementar a proposta de seguro Compreensivo Habitacional**  
**Declaração Pessoal de Saúde – DPS**

**Atenção: Preencher uma proposta para cada proponente, se for o caso.**

Estipulante Banco do Brasil S. A	CNPJ 00.000.000/0001-91
-------------------------------------	----------------------------

**Dados do Proponente**

Nome	CPF	Data de Nascimento
------	-----	--------------------

**9. É ou foi portador(a)(a) de asma, bronquite, enfisema ou outras doenças pulmonares?**

Sim | | Não | | Especifique moléstia ou lesão, inclusive datas e tratamentos realizados:

**10. É ou foi portador(a)(a) de doenças de rim, bexiga, próstata, alterações de trato urinário, órgãos sexuais?**

Sim | | Não | | Especifique moléstia ou lesão, inclusive datas e tratamentos realizados:

**11. É ou foi portador(a)(a) de úlcera duodenal, gastrite, icterícia, doenças do fígado, hepatite, doenças da vesícula ou outras do aparelho digestivo?**

Sim | | Não | | Especifique moléstia ou lesão, inclusive datas e tratamentos realizados:

**12. É ou foi portador(a)(a) de hemorragias, anemia, hemofilia, leucemia ou outras doenças do sangue?**

Sim | | Não | | Especifique moléstia ou lesão, inclusive datas e tratamentos realizados:

**13. É ou foi portador(a)(a) de doenças neurológicas ou psiquiátricas (vertigens, desmaios, convulsão, dores de cabeça, dificuldade de fala, paralisia ou derrame cerebral, doenças ou alterações mentais ou dos nervos)?**

Sim | | Não | | Especifique moléstia ou lesão, inclusive datas e tratamentos realizados:

**14. É ou foi portador(a) de diabetes, doenças da tireóide ou outras doenças endócrinas?**

Sim | | Não | | Especifique moléstia ou lesão, inclusive datas e tratamentos realizados:

**15. É ou foi portador(a) de doenças sexualmente transmissíveis ou outras doenças infecto contagiosas?**

Sim | | Não | | Especifique moléstia ou lesão, inclusive datas e tratamentos realizados:

**16. É ou foi portador(a) de doenças ou distúrbio não mencionados acima?**

Sim | | Não | | Especifique moléstia ou lesão, inclusive datas e tratamentos realizados:

17. Informe o nome do seu médico habitual e telefone para contato

**Declaração Pessoal de Saúde - Complementar**

Cada mutuário deve prestar as declarações abaixo, de próprio punho. Em caso de dúvidas sobre alguma questão abordada nesta declaração, busque orientações de um médico de sua escolha.



**BB Seguro Imobiliário**  
**Ficha complementar a proposta de seguro Compreensivo Habitacional**  
**Declaração Pessoal de Saúde – DPS**

**Atenção: Preencher uma proposta para cada proponente, se for o caso.**

Estipulante Banco do Brasil S. A	CNPJ 00.000.000/0001-91
-------------------------------------	----------------------------

**Dados do Proponente**

Nome	CPF	Data de Nascimento
------	-----	--------------------

**18. Informe seu peso atual:**

**19. Informe sua altura:**

**20. Informe sua pressão arterial atual:**

**21. Atividade profissional anterior:**

**22. Esteve ou está afastado de suas atividades profissionais por motivo de doença?**

Sim | | Não | | Especifique:

**23. Sofre ou sofreu de alguma doença ou distúrbio relacionada com cistos ou doenças de pele?**

Sim | | Não | | Informar os detalhes incluindo datas, tratamentos realizados com nome e endereço dos médicos:

**24. Sofre ou sofreu de alguma doença ou distúrbio relacionada com alterações dos olhos, ouvidos, nariz ou garganta?**

Sim | | Não | | Informar os detalhes incluindo datas, tratamentos realizados com nome e endereço dos médicos:

**25. Sofre ou sofreu de alguma doença ou distúrbio relacionada com alterações de menstruação, perda sangüínea, gravidez, alteração dos órgãos reprodutores ou dos seios?**

Sim | | Não | | Informar os detalhes incluindo datas, tratamentos realizados com nome e endereço dos médicos:

**26. Sofre ou sofreu de outras doenças ou distúrbios não relacionadas acima?**

Sim | | Não | | Quais? Especifique:

**27. Fez exames para detecção de AIDS?**

Sim | | Não | | Informar datas e resultados:

**28. Foi submetido(a) a exame de cateterismo, ecocardiograma, teste ergométrico, tomografia computadorizada, ressonância magnética, endoscopia e ultra-sonografias em geral?**

Sim | | Não | | Especifique:

**29. 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).**

**30. Já foi submetido a tratamentos radioterápicos, transfusão de sangue ou outro tratamento por período prolongado?**

Sim | | Não | | Especifique:

**BB Seguro Imobiliário**  
**Ficha complementar a proposta de seguro Compreensivo Habitacional**  
**Declaração Pessoal de Saúde – DPS**

**Atenção: Preencher uma proposta para cada proponente, se for o caso.**

Estipulante Banco do Brasil S. A	CNPJ 00.000.000/0001-91
-------------------------------------	----------------------------

**Dados do Proponente**

Nome	CPF	Data de Nascimento
------	-----	--------------------

**31. Tem alguma deficiência de Visão (de acordo com laudo oftalmologista de até 01 ano)?**

31.1. No olho direito? Sim | | Não | |

31.2. Informe o Grau

31.3. No olho esquerdo? Sim | | Não | |

31.4. Informe o Grau

**32. Tem alguma deficiência de Audição (de acordo com laudo áudio-métrico de até 01 ano)?**

32.1 No ouvido direito? Sim | | Não | |

32.2. Informe o percentual de Redução:

32.3. No ouvido esquerdo? Sim | | Não | |

32.4. Informe o percentual de Redução:

**33. Tem outra deficiência de órgãos, membros ou sentidos, ou defeitos físicos em membros ou órgãos não mencionados acima?**

Sim | | Não | | Especifique:

**34. Foi submetido(a) a tratamento fisioterápico?**

Sim | | Não | | Especifique:

**35. É portador(a) de alguma doença profissional?**

Sim | | Não | | Especifique:

**36. Pratica esportes ou faz exercícios regularmente?**

Sim | | Não | | Especifique o tipo e frequência:

**37. É tripulante de aeronaves ou exerce atividade a bordo, pratica esportes radicais e perigosos, participa de competição esportiva em caráter amador ou profissional?**

Sim | | Não | | Especifique:

**38. Sofre ou sofreu ameaças de seqüestro, morte, violência ou acidente?**

Sim | | Não | | Especifique o tipo de ocorrência, mencionando as lesões porventura produzidas e se delas resultou algum tipo de limitação:

**39. É ou foi fumante?**

Sim | | Não | | Especifique a quantidade e informe há quanto tempo:

**BB Seguro Imobiliário**  
**Ficha complementar a proposta de seguro Compreensivo Habitacional**  
**Declaração Pessoal de Saúde – DPS**

**Atenção: Preencher uma proposta para cada proponente, se for o caso.**

Estipulante Banco do Brasil S. A	CNPJ 00.000.000/0001-91
-------------------------------------	----------------------------

**Dados do Proponente**

Nome	CPF	Data de Nascimento
------	-----	--------------------

**40. Fez ou faz uso de bebidas alcoólicas?**

Sim | | Não | | Especifique a frequência e a quantidade:

**41. Fez ou faz uso de tóxicos?**

Sim | | Não | | Especifique:

**42. Teve alguma alteração de peso nos últimos 24 meses?**

Sim | | Não | | Especifique a perda ou o ganho:

**43. Qual a data, motivo e tratamento prescrito na sua última consulta médica?**

**44. Teve alguma proposta de seguro de Vida, Acidentes Pessoais ou Saúde cuja aceitação foi recusada?**

Sim | | Não | | Informe a Seguradora, esclarecendo o motivo e a data:

**45. Histórico Familiar: Seu PAI é vivo? Sim | | Não |**

45.1. Informe a idade de seu Pai:

45.2. Informe a idade e causa de morte de se Pai:

**46. Histórico Familiar: Sua MÃE é viva? Sim | | Não |**

46.1. Informe a idade de sua Mãe:

46.2. Informe a idade e causa de morte de sua Mãe:

**Ficha Financeira**

As informações abaixo estão sendo dadas por mim com a finalidade exclusiva de estabelecer conexão entre o valor do seguro que estou propondo e minha situação financeira patrimonial, na data do preenchimento e assinatura deste formulário.

**47. Informe os tipos de ativos financeiros e seus respectivos valores que possui (caixa, depósitos bancários, fundos de investimento, poupança, etc)**

**48. Possui ativos imobiliários? - Relacionar:**

**49. Está sendo submetido a algum processo judicial ou a alguma execução de sentença transitada em julgado?**

Sim | | Não | | Especifique natureza do processo e valor:

**50. Possui empréstimos a vencer em Bancos ou Financeiras?**

Sim | | Não | | Relacionar instituição, valores e datas dos vencimentos:



**BB Seguro Imobiliário**  
**Ficha complementar a proposta de seguro Compreensivo Habitacional**  
**Declaração Pessoal de Saúde – DPS**

**Atenção: Preencher uma proposta para cada proponente, se for o caso.**

Estipulante Banco do Brasil S. A	CNPJ 00.000.000/0001-91	
<b>Dados do Proponente</b>		
Nome	CPF	Data de Nascimento

**Declarações e Autorizações**

Declaro que as informações acima foram escritas de meu próprio punho e por elas assumo a total e integral responsabilidade, estando ciente que, estas informações, estão sujeitas ao artigo 766 do Código Civil - "se o segurado, por si ou por seu representante fizer declarações inexatas ou omitir circunstâncias que possam influir na aceitação da proposta ou na taxa do prêmio, perderá a garantia, além de ficar obrigado ao prêmio vencido".

Autorizo qualquer profissional de medicina nomeado pela Cia de Seguros Aliança do Brasil a obter de mim ou de meu (s) médico(s), por intermédio de contatos telefônicos ou pessoais, qualquer informação sobre minha saúde com objetivo de favorecer a avaliação técnica relacionada à análise de aceitação de inclusão de minha proposta de financiamento no Seguro Habitacional e a análise e liquidação de sinistro.

A minha assinatura abaixo confirma que concordo com todos os termos desta Declaração Pessoal de Saúde.

Local e data

Assinatura do proponente



Companhia de Seguros Aliança do Brasil – Rua Manoel da Nóbrega, 1280 – 8º andar – Ibirapuera – CEP: 04001-004 – São Paulo/SP – CNPJ: 28.196.889/0001-43 – Central de Atendimento aos Clientes: 0800.729.9000 – www.aliancadobrasil.com.br  
- Nome do Corretor/Código SUSEP: BB Corretora de Seguros e Administradora de Bens S.A. / 028907.1.006719-9 – Código da Seguradora: 0678 – Processo SUSEP: 15414.004462/2007-96.

Mod. 0.70.474-9 - Mar/08 - SISBB 08065 - mfm