MINISTÉRIO DA INDÚSTRIA E DO COMÉRCIO

SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS

CIRCULAR SUSEP N° 018, de 21 de maio de 1968

Aprova condições mínimas para Declaração Pessoal de Saúde, relativas a seguros de vida individual.

A SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS (SUSEP), usando das atribuições que lhe foram conferidas pelo Art. 36, alínea **c**, do Decreto – lei nº 73, de 21 de novembro de 1966,

considerando o que foi proposto pelo Instituto de Resseguros do Brasil, e

considerando o que consta no processo SUSEP 3.432/68,

R E S O L V E:

1. Os formulários de Declaração Pessoal de Saúde a serem utilizados pelas Sociedades de Seguros que operam no ramo vida individual na modalidade "Sem exame médico e com declaração pessoal de saúde", deverão conter o mínimo de informações constantes no modelo que acompanha esta Circular.

2. Esta Circular entrará em vigor em 1º de julho do corrente ano, podendo ser aceita proposta de seguro com base em Declaração Pessoal de Saúde aprovada, desde que tenha sido assinada pelo proponente antes de 30 de junho do corrente ano, e que o pagamento do 1º prêmio não ocorra em data posterior a 31 de julho.

RAUL DE SOUSA SILVEIRA
Superintendente

** Este texto não substitui o publicado no DOU de 06-06-68.*

ANEXO À CIRCULAR Nº 18/68

DECLARAÇÃO PESSOAL DE SAÚDE

IDENTIFICAÇÃO PESSOAL

Nome: .....
Carteira de Identidade nº ..... Órgão expedidor ..... Estado .....
Data do nascimento: .....Estado Civil .....

DADOS BIOMÉTRICOS

Altura .....Peso.....Aumentou de peso nos últimos três anos? .....Diminuiu?..... Máximo:.....Mínimo:.....Qual o motivo da variação?.....

HISTÓRICO FAMILIAR

	VIVOS		FALECIDOS		
Grau	Idade	Estado de Saúde	Com que Idade	Causa da Morte	Quando?
Pai					
Mãe					
Irmãos					
Filhos					

Informar os eventuais casos em sua família de turbeculose, sífilis, câncer, gota, diabete, suicídio, epilepsia ou moléstia nervosa ou mental ou outra doença grave:.....
.....
.....

Convive ou conviveu com pessoas turbeculosas?.....

HÁBITOS DE VIDA

Fuma? .....Quantidade diária ..... Já foi aconselhado por médico, a deixar de fumar? .....Qual o motivo? .....
Fez uso de bebidas alcoólicas .....
Pratica esportes? .....Quais? .....

HISTÓRICO PESSOAL

Faz ou já fez uso de estimulantes, tranqüilizantes, entorpecentes, medicamentos tóxicos?.....Por que razão?.....
Quando? .....Segue ou seguiu tratamento médico? .....
Já teve pressão arterial fora do normal? .....Quando?.....
Máxima e mínima .....Já fez exames especiais, tais como: urina, sangue, raios X, eletrocardiograma? .....

** Este texto não substitui o publicado no DOU de 06-06-68.*

Submeteu-se a alguma operação cirúrgica?.....
Já esteve internado em hospital, sanatório ou casa de saúde?.....
.....(todas acompanhadas das especificações)
Quando? .....Qual o motivo?.....
De que espécie e qual o resulto?.....
.....
Consultou médico nos últimos três anos?.....Quando?.....
Qual o motivo?.....De que espécie e qual o resultado?
Indique detalhadamente as doenças sofridas desde a infância até hoje, mencionando a época em que se deram e se ficou completamente curado (bronquite, pleurite, pneumonia, escarros sanguíneos, sífilis, diabete, convulsões, reumatismo articular, cólicas renais, de fígado ou de apêndice, otite, palpitações cardíacas, vertigens, tumores, úlcera do estômago ou intestino, doença de chagas, esquistossomose, ou quaisquer outras moléstias): .....
.....
.....
Indique também quaisquer deficiências ou anomalias de seus órgãos, membros ou sentidos:.....
.....
Goza atualmente de boas condições de saúde?.....Que outras informações tem a fornecer sobre seu estado de saúde?.....
.....
Indicar os nomes e endereço dos médicos consultados: .....
Indicar os nomes e endereços das casas de saúde, sanatórios ou hospitais onde esteve internado:.....
.....

PARA SE PREENCHIDO PELAS MULHERES

Quantos filhos teve? .....Data do último parto.....
Todos os partos foram normais?.....Houve aborto ou partos prematuros?.....Quantos?.....Está grávida?.....
Há quantos meses?.....Sofre ou já sofreu de moléstia do útero, dos ovários, dos órgãos genitais externos, dos seios, hemorragias, irregularidades de menstruação?.....
Quais.....Quando?.....Já atingiu a menopausa?.....
.....

Declaro que nada omiti em relação ao meu estado de saúde, tendo prestado informações completas e verídicas.Concordo em que as declarações que prestei passem a fazer parte integrante do Contrato de Seguro a ser celebrado com a Companhia, ficando a mesma autorizada a utilizá-las, a qualquer tempo, no amparo e na defesa de seus direitos, sem que tal autorização implique em ofensa ao sigilo profissional.

Declaro, ainda, estar ciente de que o Código Civil estabelece no Artigo 1 444 que, se o segurado não tiver feito declarações verdadeiras e completas, omitindo circunstâncias que possam influir na aceitação da proposta ou na taxa do prêmio, perderá o direito ao valor do seguro e pagará o prêmio vencido.

Autorizo, também, a solicitação pela Companhia, em qualquer época, de informações sobre o meu estado de saúde, atual e passado, tanto ao médico de família quantos aos médicos em geral, que me hajam assistido, outorgando, ao mesmo tempo, aos referidos facultativos, autorização para fornecerem à Companhia, quando forem

solicitados, informações, sem quaisquer restrições, e sem que isto constitua quebra de sigilo profissional.

Declaro haver lido cuidadosamente o texto integral da presente e, em testemunho de que concordo com o que nela se contém, abaixo grafo DE PRÓPRIO PUNHO, as palavras “LIDO E APROVADO”, seguidas de minha assinatura.

Local e Data:.....

.....
(LIDO E APROVADO)

.....
(Assinatura do Proponente)

.....
(Assinatura do Agente)

** Este texto não substitui o publicado no DOU de 06-06-68.*