

Produto Saúde / Alteração de Dados Cadastrais



SAÚDE

1 - IDENTIFICAÇÃO DO CLIENTE

CÓDIGO	NOME DO ESTIPULANTE	CÓDIGO	NOME DO SUBESTIPULANTE
--------	---------------------	--------	------------------------

2 - IDENTIFICAÇÃO DO SEGURADO

Nº DA CARTEIRA DE IDENTIFICAÇÃO	NOME DO SEGURADO	PLANO ATUAL
---------------------------------	------------------	-------------

3 - NOVOS DADOS CADASTRAIS DO TITULAR (PREENCHER SOMENTE O QUE DEVE SER ALTERADO)

NOME DO SUBESTIPULANTE		CÓDIGO SUBESTIPULANTE	CENTRO DE CUSTO	LOTAÇÃO	
ESTADO CIVIL <input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Viúvo <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Outros			PLANO	DATA DE EXCLUSÃO	
Nº DO BANCO	NOME DO BANCO	Nº AGÊNCIA	DV	Nº CONTA CORRENTE	DV
DOCUMENTO DE IDENTIDADE TIPO	Nº	ORG. EXP.	DATA EXPEDIÇÃO	NOME DA MÃE	

4 - NOVOS DADOS CADASTRAIS DOS DEPENDENTES (PREENCHER DECLARAÇÃO DE SAÚDE DO VERSO, SOMENTE NO CASO DE INCLUSÃO DE DEPENDENTES)

1	NOME				NOME DA MÃE		<input type="checkbox"/> INCLUSÃO <input type="checkbox"/> EXCLUSÃO <input type="checkbox"/> ALTERAÇÃO
	SEXO	ESTADO CIVIL	PARENTESCO	DATA NASCIMENTO	CPF	<input type="checkbox"/> PRÓPRIO <input type="checkbox"/> TERCEIRO	
2	NOME				NOME DA MÃE		<input type="checkbox"/> INCLUSÃO <input type="checkbox"/> EXCLUSÃO <input type="checkbox"/> ALTERAÇÃO
	SEXO	ESTADO CIVIL	PARENTESCO	DATA NASCIMENTO	CPF	<input type="checkbox"/> PRÓPRIO <input type="checkbox"/> TERCEIRO	
3	NOME				NOME DA MÃE		<input type="checkbox"/> INCLUSÃO <input type="checkbox"/> EXCLUSÃO <input type="checkbox"/> ALTERAÇÃO
	SEXO	ESTADO CIVIL	PARENTESCO	DATA NASCIMENTO	CPF	<input type="checkbox"/> PRÓPRIO <input type="checkbox"/> TERCEIRO	

DECLARAÇÃO DE SAÚDE

Resposta "S" - SIM ou "N" - NÃO para as seguintes perguntas no quadro abaixo

- 1 - Encontra-se atualmente em plena atividade de trabalho? Em caso negativo especifique o motivo.
- 2 - É portador de alguma moléstia que o obrigue a consultar médico ou fazer exames periódicos? Esclareça.
- 3 - Já foi submetido a tratamento médico em regime hospitalar? Quais foram os diagnósticos e períodos de internações?
- 4 - Já foi submetido a alguma intervenção cirúrgica nos últimos 12 meses (inclusive biópsia)? Quais?(anexar exame anátomo-patológico)
- 5 - Já foi submetido a tratamento com radioterapia ou outros tratamentos em períodos prolongados? Cite-os.
- 6 - Tem alguma deficiência de órgãos (visão ou audição) ou defeitos físicos em membros ou órgãos?
- 7 - Já fez exames para detecção de AIDS? Informar datas e resultados dos exames.
- 8 - Responder somente segurados do sexo feminino: É gestante ou tem conhecimento da possibilidade de estar grávida? Em caso positivo mencionar o mês da gestação.

SEQ.	PERGUNTAS								DESCRIÇÃO
	1	2	3	4	5	6	7	8	
1									
2									
3									

Autorizo a(s) alteração(ões) dos dados cadastrais relacionados e declaro que nada omito em relação ao estado de saúde do(s) meu(s) dependente(s) incluído(s).

Local e Data

Assinatura do Segurado

Autorizo a(s) alteração(ões) dos dados cadastrais do segurado.

Local e Data

Assinatura do Estipulante ou Subestipulante