



TOKIO MARINE
SEGURADORA

PROPOSTA DE ADESÃO AO SEGURO COMPRENSIVO HABITACIONAL
COBERTURA PARA OS RISCOS DE MORTE E DE INVALIDEZ PERMANENTE

DECLARAÇÃO PESSOAL DE SAÚDE

Estipulante FUNDAÇÃO VALE DO RIO DOCE DE SEGURIDADE SOCIAL - VALIA		CPNJ 42.271.429/0001-63
Nome do Proponente		CPF
Nome Social		Ocupação Principal ou Profissão exercida:
E-MAIL		Telefone (inclusive DDD)
Endereço		
Valor do Financiamento	Prazo do Financiamento	

INSTRUÇÕES DE PREENCHIMENTO: PREENCHER POR EXTENSO, DE FORMA LEGÍVEL COM SIM OU NÃO, INCLUSIVE AS EXPLICAÇÕES, OBTENDO ORIENTAÇÃO COM MÉDICO DE SUA LIVRE ESCOLHA, EM CASO DE DÚVIDAS QUANTO ÀS QUESTÕES A SEGUIR ABORDADAS.

1. Encontra-se aposentado por invalidez ou está afastado das atividades laborais pela Previdência Social? Se SIM, especifique a natureza ou causa da invalidez, e o ano em que passou a receber o benefício da Previdência Social:

2. Tem deficiência de órgãos, membros ou sentidos? Se SIM, especifique o grau de deficiência e redução:

3. Sofre atualmente ou sofreu nos últimos cinco anos de uma das doenças abaixo especificadas? Responder SIM ou NÃO na coluna ao lado.

Acidente Vascular Cerebral	
Câncer ou Tumores	
Colesterol	
Depressão, distúrbio bipolar, esquizofrenia, dependência de álcool ou outros distúrbios psiquiátricos. Qual/Quais?	
Diabetes	
Doenças neurológicas (Alzheimer, Esclerose Múltipla, Epilepsia, Parkinson, Transtornos Convulsivos)	
Doenças autoimunes: Qual/Quais?	
Doenças Cardíacas. Qual/Quais?	
Doenças de tireoide e outras doenças endócrinas	
Doenças Metabólicas / Obesidade	
Doenças articulares, musculares, reumáticas, entre outras: Qual/Quais?	
Doenças renais crônica. Qual/Quais? Necessário hemodiálise. Esclarecer.	

Doenças Respiratórias Asma () Bronquite () DPOC Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica () Outras doenças respiratórias. Qual/Quais?	
Hepatites virais ou outras doenças hepáticas: Qual/Quais?	
HIV ou Tem sorologia positiva/reagente para alguma infecção viral? Especifique: Qual ou quais?	
Hipertensão Arterial	
L.E.R. (Lesão por Esforço Repetitivo)	
Outras doenças do sangue: Qual/Quais?	
Retirada de Órgãos	
4. Nos últimos cinco anos, submeteu-se a tratamento clínico ou cirúrgico, que o tenha obrigado a hospitalizar-se, afastar-se de suas atividades de trabalho por período superior a quinze dias, a manter acompanhamento médico constante, realizar exames periódicos e/ou a fazer uso diário de medicamentos? Se SIM, especificar:	
ATENÇÃO: CASO VOCÊ TENHA RESPONDIDO SIM PARA AS QUESTÕES 3 OU 4, ANEXAR RELATÓRIOS MÉDICOS ATUALIZADOS, CONTENDO DIAGNÓSTICOS, ESTÁGIOS E TRATAMENTOS ADOTADOS.	
5. Fez ou faz uso de algum medicamento, suplementos e/ou anabolizantes, drogas/entorpecentes de forma rotineira? Caso positivo, esclareça quais os medicamentos e os motivos. Encaminhar laudo do médico assistente.	
6. Tabagista: SIM () NÃO () Há quanto tempo: Quantidade diária:	
7. Pratica esportes radicais regularmente: Qual/Quais	
8. Além dos questionamentos acima, considerando o interesse do risco a ser garantido, isto é, o objeto do presente contrato de seguro, há alguma outra informação relevante que deva ser informada, de acordo com as regras ordinárias de conhecimento? Se SIM, especificar:	

Proponho a Tokio Marine Brasil Seguradora S.A., por intermédio da FUNDAÇÃO VALE DO RIO DOCE DE SEGURIDADE - VALIA, a minha adesão ao presente seguro, para o que declaro haver prestado as informações acima, escritas de próprio punho, de forma verdadeira e completa, bem como de que estou ciente das consequências da prestação de declarações não verdadeiras, incompletas ou da omissão de circunstâncias que possa influir na análise e aceitação de minha inclusão ao seguro, tal como indicadas no item Informações Básicas.
Concordo com que as declarações que prestei passem a fazer parte da apólice ficando a Seguradora autorizada a utilizá-las em qualquer época, no amparo e na defesa de seus direitos, sem que tal autorização implique ofensa ao sigilo profissional.

Declaro estar ciente de que está excluída da cobertura securitária, observadas as condições contratuais que regem o presente seguro, qualquer indenização por lesões decorrentes de acidentes ocorridos, ou de doenças contraídas, em data anterior a minha adesão a este contrato.

Autorizo, ainda, a qualquer profissional de medicina designado pela Tokio Marine Brasil Seguradora S.A., a obter de mim ou de meus médicos, por intermédio de contatos telefônicos ou pessoais, quaisquer informações sobre meu estado de saúde, com objetivo de favorecer a avaliação técnica relacionada à análise para fins de aceitação de minha adesão ao seguro.

Para finalizar, declaro que obtive conhecimento das condições contratuais que regem o presente seguro, através da FUNDAÇÃO VALE DO RIO DOCE DE SEGURIDADE SOCIAL - VALIA, ou pelo site www.tokiomarine.com.br, estando ciente de que o valor do prêmio de seguro, caso aceita minha adesão à apólice, será debitado juntamente com a prestação mensal de financiamento do imóvel, até a liquidação total do saldo devedor.

INFORMAÇÕES ADICIONAIS:

Este questionário integrará a apólice de Seguro e será utilizado pela Tokio Marine Seguradora S.A. como base para a análise do risco e definição dos Termos e Condições.

Ao preenchê-lo, o segurado assume o dever legal de declarar todas as informações relevantes que saiba ou que razoavelmente deva saber sobre o interesse e o risco a serem garantidos, conforme os princípios de boa-fé e diligência.

O descumprimento dessa obrigação pode acarretar impactos relevantes na validade e extensão da cobertura, conforme previsto na Lei nº 15.040, de 9 de dezembro de 2024.

Art. 44. O potencial segurado ou estipulante é obrigado a fornecer as informações necessárias à aceitação da proposta e à fixação da taxa para cálculo do valor do prêmio, de acordo com o questionário que lhe submeta a seguradora.

§ 1º O descumprimento doloso do dever de informar previsto no caput deste artigo importará em perda da garantia, sem prejuízo da dívida de prêmio e da obrigação de ressarcir as despesas efetuadas pela seguradora.

§ 2º O descumprimento culposo do dever de informar previsto no caput deste artigo implicará a redução da garantia proporcionalmente à diferença entre o prêmio pago e o que seria devido caso prestadas as informações posteriormente reveladas.

§ 3º Se, diante dos fatos não revelados, a garantia for tecnicamente impossível, ou se tais fatos corresponderem a um tipo de interesse ou risco que não seja normalmente subscrito pela seguradora, o contrato será extinto, sem prejuízo da obrigação de ressarcir as despesas efetuadas pela seguradora

PROTEÇÃO DE DADOS

1. A Tokio Marine Seguradora S/A declara que, para o desempenho das atividades objeto do presente contrato e o cumprimento de obrigações regulatórias da SUSEP - Superintendência de Seguros Privados e legais, conforme a lei nº 13.709/2018 - Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais (LGPD), realizará as tarefas relativas ao tratamento dos dados pessoais do cliente, de seus dependentes e beneficiários indicados, por si só ou por outras empresas que atuem com vistas a dar estrito cumprimento à análise da proposta e, se aceita, do contrato de seguro, no que se refere às informações relacionadas aos dados coletados na proposta, pelo prazo de duração deste contrato e pelos prazos legais e regulatórios estabelecidos, contados do término do contrato.
2. Seus dados pessoais podem ser utilizados em qualquer hipótese em que houver legítimo interesse da Tokio Marine Seguradora S/A e demais empresas necessárias à execução do contrato, sempre respeitando a finalidade quanto ao uso.
3. Havendo qualquer alteração não prevista no tratamento dos dados pessoais coletados, a Tokio Marine Seguradora S/A informará ao cliente.
4. Seus dados pessoais são compartilhados apenas quando estritamente necessário, com a mais absoluta segurança, obedecendo com rigor a legislação aplicável.
5. Para obter mais detalhes sobre como utilizamos seus dados pessoais, sobre os parceiros envolvidos e para exercer os direitos listados na LGPD o cliente pode acessar nossa Política de Privacidade, através do site: <https://www.tokiomarine.com.br/politica-de-privacidade/>

Local e Data

Assinatura do Proponente