**COHAB/SC**

COMPANHIA DE HABITAÇÃO DO ESTADO DE SANTA CATARINA

**EXCELSIOR
SEGUROS**
DESDE 1943**ANEXO VI****PROPOSTA DE ADESÃO AO SEGURO EXCELSIOR HABITAÇÃO (SH/AM)****DADOS DO ESTIPULANTE**

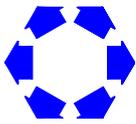
Razão Social Companhia de Habitação do Estado de Santa Catarina – COHAB/SC		CNPJ: 83.883.710-0001/34	
Endereço Rua Fulvio Aducci Nº 767		Complemento	
Bairro Estreito	Cidade Florianópolis	UF SC	CEP 88075-001

DADOS DO SEGURADO

Nome		CPF	
Endereço		Complemento	
Bairro	Cidade	UF	CEP
Data de Nascimento	Sexo	Estado Civil	Ocupação
Empresa			Data de Admissão

DECLARAÇÃO PESSOAL DE SAÚDE E ATIVIDADES (o Proponente deverá responder de próprio punho)

1 – Encontra-se atualmente em plena atividade de trabalho? Em caso negativo ou aposentado especifique o motivo.
2 – Tem ou teve alguma das doenças descritas a seguir? Diabetes; tumores de qualquer natureza (benignos ou malignos); pressão alta; acidente vascular cerebral, doenças do coração; doenças relacionadas ao sangue, pulmões, rins, bexiga, próstata, órgãos reprodutores, fígado, vesícula biliar, estômago, intestinos, cérebro, sistema nervoso, tireóide, pele, músculos, ossos, articulações ou coluna vertebral. Especifique as moléstias e datas. Caso seja portador de alguma outra doença não mencionada, cite-as.
3 – Foi submetido a tratamento em regime médico/hospitalar ou intervenção cirúrgica, que o tenha obrigado a se afastar de suas atividades profissionais? Quais diagnósticos e períodos de internação e os dados do médico que o acompanhou?
4 – Realizou alguma biópsia ou exame para diagnóstico de alguma doença infecto-contagiosa ou qualquer outra que possa vir a afetar sua saúde? Especifique o tipo de exame, data da realização e o resultado.
5 – Está sob observação, controle ou tratamento médico? Especifique o tipo de tratamento, médico e remédios, caso haja.
6 – Tem conhecimento sobre alguma intervenção cirúrgica ou hospitalização a que terá que se submeter nos próximos 12 meses? Especifique o tipo de cirurgia e motivo.
7 – Tem alguma deficiência de órgão ou sentido, redução de visão, audição ou defeito físico em membros ou órgãos? Cite-os, anexando atestado médico.
8 – Já solicitou, recebeu ou recebe pensão ou benefícios em função de acidente, doença ou invalidez?
9 – Sofre de alguma lesão decorrente de acidente? Indique o grau de lesão, membro ou órgão afetado.
10 – Pratica com regularidade algum esporte em nível de competição (amador ou profissional), ou algum outro esporte considerado de risco? Esclareça e especifique o tipo de esporte praticado.
11 – Teve alguma proposta de seguro de vida ou acidentes pessoais recusada por seguradora? Cite a seguradora.



COHAB/SC

COMPANHIA DE HABITAÇÃO DO ESTADO DE SANTA CATARINA

**EXCELSIOR
SEGUROS**
DESDE 1943

COMPLEMENTO DA DECLARAÇÃO PESSOAL DE SAÚDE E ATIVIDADES

AUTORIZAÇÃO PARA INCLUSÃO

Pelo presente, autorizo a inclusão do meu nome, na apólice de Seguro EXCELSIOR HABITAÇÃO (SH/AM), contratado pelo Estipulante acima mencionado, a quem concedo o direito de agir em meu nome, no cumprimento ou alteração de todas as cláusulas das Condições Gerais e Especiais da(s) referida(s) apólice(s), devendo todas as comunicações ou avisos inerentes ao(s) contrato(s) serem encaminhados diretamente ao aludido Estipulante que, para tal fim, fica investido dos poderes de representação ora outorgados. Entretanto, fica ressalvado que os poderes da representação ora outorgados não lhe darão o direito de cancelar o(s) seguro(s) aqui proposto(s) no decorrer de sua vigência e nem a reduzir meu capital segurado, sem meu expresso consentimento, enquanto o pagamento do prêmio correr sob minha responsabilidade estando ciente de contudo de que a Apólice poderá deixar de ser renovada em seu aniversário por decisão do Estipulante ou da Seguradora.

Declaro que nada omiti em relação ao meu estado de saúde, tendo prestado informações completas e verídicas. Concordo em que as declarações que presto passem a fazer parte integrante do(s) contrato(s) de seguro(s) a ser(em) celebrado(s) com a Seguradora, ficando a mesma autorizada a utilizá-las em qualquer época no amparo e na defesa de seus direitos, sem que tal autorização implique ofensa no sigilo profissional.

Declaro para os devidos fins e efeitos, que as informações aqui prestadas são verdadeiras e completas, estando ciente que de acordo com o Art. 766 do Código Civil Brasileiro, em caso de omissão de fatos que possam influir na aceitação da proposta ou na taxa de prêmio, perderei o direito às coberturas securitárias previstas na apólice de seguro EXCELSIOR HABITAÇÃO (SH/AM).

Local e Data _____, ___/___/___	Assinatura do Proponente
--	--------------------------