

QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO DE RISCO

DADOS GERAIS

EMPRESA	CNPJ
CORRETOR	SUSEP

QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO DE RISCO

- O grupo segurável representa: 100% do FGTS, 100% do plano anterior, 100% do contrato social?
- O grupo em referência tem plano de saúde?
☐ Não ☐ Sim. Qual? Há quanto tempo?
- Qual a data de aniversário do contrato atual?
- Qual o % do último reajuste aplicado no contrato?
- Qual o valor da última fatura?
- Qual a sinistralidade dos últimos 12 meses do plano atual? (anexar relatórios)
- Forma de custeio do plano:
☐ Não Contributário ☐ Contributário. Quais os percentuais de contribuição? Empresa (%) _____ Funcionário (%) _____
- Existem afastados?
☐ Não ☐ Sim. Quantos e quais os códigos CID (Classificação Internacional de Doenças)? _____
- Existem portadores de doenças crônicas, internados e/ou em home care?

NO QUADRO ABAIXO, IDENTIFIQUE A QUANTIDADE DE PESSOAS COM CASOS CRÔNICOS.				
CASOS CRÔNICOS	QUANTIDADE DE PESSOAS			
	HOME CARE	INTERNADO (S)	AFASTADO (S) NÃO INTERNADOS	NÃO AFASTADO (S)
CÂNCER (NEOPLASIA MALIGNA, LINFOMA) QUIMIOTERAPIA				
CIRROSE HEPÁTICA				
DIABETES GRAVE (PROBLEMA RENAL, CARDÍACO, VASCULAR)				
DOENÇAS CARDÍACAS GRAVES (PROBLEMAS CORONARIANOS, VALVARES, INSUFICIÊNCIA, ARRITMIAS)				
DOENÇAS NEUROLÓGICAS GRAVES (MIASTENIA, ESCLEROSE MÚLTIPLA, OUTROS)				
DOENÇAS PULMONARES GRAVES (ENFISEMA, ASMA, ETC)				
ESCOLIOSE				
HEPATITE B OU C				
HÉRNIA DE DISCO EM TRATAMENTO FISIOTERÁPICO				
HÉRNIA DE DISCO QUE NECESSITARÁ CIRURGIA				
HIV - SORO POSITIVO				
INSUFICIÊNCIA RENAL				
OBESIDADE SEVERA				
PROBLEMAS ORTOPÉDICOS: NO JOELHO, OMBRO OU QUADRIL QUE NECESSITARÃO DE CIRURGIA (PRÓTESES, LIGAMENTOS, ETC)				
RETOCOLITE, DOENÇA DE CROHN				
REUMATISMOS GRAVES (PSORÍASE, ARTRITE REUMATÓIDE, LÚPUS, ESPONDILITE ANQUILOSANTE, ETC)				
OUTROS (ESPECIFIQUE)				

• Enviar Questionário de Avaliação de Risco (500071971) e Relatórios Médicos para as vidas com idade superior a 59 anos, afastados, aposentados, demitidos, agregados e portadores de casos crônicos ou em tratamento médico.

• Enviar relatório atualizado de sinistralidade e valores de contratação do plano atual/anterior, para análise da Seguradora.

IMPORTANTE: CASO NÃO TENHA SIDO APRESENTADO RELATÓRIO DE SINISTRALIDADE ATUALIZADO REFERENTE AOS ÚLTIMOS 12 MESES DE VIGÊNCIA NO MOMENTO DA COTAÇÃO, ANEXAR AOS DOCUMENTOS NECESSÁRIOS A CONTRATAÇÃO, RESERVANDO-SE A PORTO SEGURO SAÚDE O DIREITO DE READEQUAR OS VALORES APRESENTADOS, SOLICITAR MAIS ESCLARECIMENTOS E/OU RECUSAR O RISCO COM BASE NAS ANÁLISES.

DECLARAÇÃO

DECLARO QUE ESTOU CIENTE E DE ACORDO, (conforme art. 766 do Código Civil) SOB PENA DE PERDA DE DIREITO À COBERTURA, ALTERAÇÕES NOS CUSTOS E/OU CANCELAMENTO DO SEGURO, QUE: ESTE QUESTIONÁRIO FAZ PARTE INTEGRANTE DO ESTUDO ACIMA MENCIONADO. TOMEI CONHECIMENTO PRÉVIO DAS CONDIÇÕES GERAIS DO CONTRATO DO SAÚDE. A COBERTURA DO SEGURO INICIA-SE SOMENTE APÓS ANÁLISE E ACEITAÇÃO DO RISCO.

TODOS OS SEGURADOS DEVERÃO COMPROVAR VÍNCULO DE ELEGIBILIDADE COM A ESTIPULANTE.

A PORTO SEGURO SAÚDE SE RESERVA O DIREITO DE AUDITAR E/OU SOLICITAR ESCLARECIMENTOS SOBRE AS INFORMAÇÕES PRESTADAS NESTE QUESTIONÁRIO.

LOCAL E DATA

ASSINATURA DO RESPONSÁVEL PELA
EMPRESA PROPONENTE

ASSINATURA DO CORRETOR