

Número da apólice: \_\_\_\_\_

Eu \_\_\_\_\_ declaro que,

Nome completo do segurado

a partir da data da minha solicitação da minha apólice de seguro de vida Olé:

## Informação médica:

1. Fui diagnosticado, recebi tratamento, recebi orientação médica, apresentei sintomas de desordem físico ou mental. **SIM**  **NÃO**

Se você respondeu **SIM** à questão anterior, indique o diagnóstico, tratamento clínico ou cirúrgico e seus resultados, datas, estado atual, nome, endereço e telefone dos médicos e hospitais onde foi atendido.

Data (mm/dd/aa)	Diagnóstico	Tratamento	Condição atual	Nome e telefone do médico

## Informações não médicas:

2. Mudei de profissão ou tenho outra ocupação adicional. **SIM**  **NÃO**

3. Participo de atividades ou esportes perigosos. **SIM**  **NÃO**

4. Tenho planos de viajar nos próximos 12 meses para países onde fontes oficiais emitiram alertas de viagem. **SIM**  **NÃO**

5. Mudei o meu país de residência ou pretendo fazê-lo. **SIM**  **NÃO**

Se você respondeu **SIM** a qualquer uma das perguntas de informações não médicas, explique sua nova ocupação, atividades ou esportes dos quais participa e seus planos de viajar ou residir no exterior.

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Finalmente, confirmo que todas as respostas ao questionário na minha solicitude original estão completas e verdadeiras. **SIM**  **NÃO**

Se você responder **NÃO**, forneça detalhes. \_\_\_\_\_

Declaro que as respostas acima são verdadeiras, tanto quanto é do meu conhecimento e convicção, e que não omiti qualquer informação que pudesse influenciar a avaliação ou aceitação da cobertura do seguro.

Aceito que este questionário complementar faça parte das minhas declarações ao Olé e que a não divulgação de qualquer fato relevante de meu conhecimento poderá invalidar o contrato.

\_\_\_\_\_

Assinatura do Segurado

Data: dd/mm/aa

\_\_\_\_\_

Nome e assinatura do titular da apólice (se diferir do segurado)

Data: dd/mm/aa