



A aceitação do Seguro está dependente do total preenchimento deste Questionário, que deve ser anexo à Proposta de Seguro (um Questionário por cada Pessoa Segura).

- Seguro Novo (SN)
 Inclusão (IN)
 Mudança de Plano (MP)

 Nº Apólice
TOMADOR DO SEGURO Utilize letra de imprensa, um carater por quadrícula.

 Nome NIF
PESSOA SEGURA

 Nome Idade Sexo F M
INFORMAÇÕES DE SAÚDE DA PESSOA SEGURA

1 Indique se lhe foi feito algum diagnóstico ou indicado tratamento/cirurgia relacionados com alguma das doenças abaixo descritas:

1.1 Tumores

 N S Se respondeu Sim, por favor especificar:

 Benignos Malignos

1.2 Doenças Cardiovasculares

 N S Se respondeu Sim, por favor especificar:

 Hipertensão Arterial Angina de Peito Doença Valvular Doença Arterial Periférica
 Dislipidémia Enfarte do Miocárdio Arritmias ou Bloqueios Varizes Outras

1.3 Doenças Neurológicas

 N S Se respondeu Sim, por favor especificar:

 AVC Cefaleias Epilepsia Esclerose Múltipla
 Doenças Musculares Doença de Parkinson Sequelas de Traumatismos Paralisia Outras

1.4 Doenças Endocrinológicas

 N S Se respondeu Sim, por favor especificar:

 Diabetes Tiroide Supra Renal Hipófise Outras

1.5 Doenças Respiratórias

 N S Se respondeu Sim, por favor especificar:

 Asma Doença Pulmonar Obstrutiva Sarcoidose Apneia do Sono Outras

1.6 Doenças do Aparelho Digestivo

 N S Se respondeu Sim, por favor especificar:

 Hérnia do Hiato Gastrite Úlceras Doença Inflatória Intestino
 Pólipos Hemorroidas Hérnias Abdominais Outras

1.7 Doenças Hepáticas e das Vias Biliares

 N S Se respondeu Sim, por favor especificar:

 Hepatite Cirrose Cálculos Pancreatite Outras

1.8 Doenças Psiquiátricas

 N S Se respondeu Sim, por favor especificar:

 Depressão Doença Bipolar Anorexia / Bulimia Demência / Alzheimer
 Ansiedade Esquizofrenia Outras

1.9 Doenças Hematológicas

 N S Se respondeu Sim, por favor especificar:

 Anemia Linfoma Doenças de Coagulação Leucemia
 Mieloma Outras

1.10 Doenças do Aparelho Urinário

 N S Se respondeu Sim, por favor especificar:

 Rim Insuficiência Renal Bexiga Infertilidade
 Vias Urinárias Litiase Próstata Outras

1.11 Doenças Ginecológicas ou da Mama

 N S Se respondeu Sim, por favor especificar:

 Nódulos da Mama Endometriose Infertilidade Miomas
 Prolapso Uterino Outras

1.12 Doenças Reumatológicas

 N S Se respondeu Sim, por favor especificar:

 Artrite Reumatoide Espondilite Anquilosante Lupus Fibromialgia Outras

1.13 Doenças da Coluna e Articulações

 N S Se respondeu Sim, por favor especificar:

 Espondilose Cifose Osteoporose Fraturas
 Escoliose Hérnia Discal Gota Outras

1.14 Doenças da Pele

 N S Se respondeu Sim, por favor especificar:

 Dermatite Eczemas Psoríase Acne Outras

1.15 Doenças Infeciosas

 N S Se respondeu Sim, por favor especificar:

 Tuberculose HIV/Sida Sífilis Outras

1.16 Doenças dos Olhos, Ouidos e Nasofaringe

 N S Se respondeu Sim, por favor especificar:

 Miopia Cataratas Otite Vertigem
 Glaucoma Retina Baixa de Audição Sinusite Outras

2. Em caso de resposta afirmativa a qualquer uma das questões anteriores, especifique por favor os seguintes elementos:

- 2.1 Qual a doença, ou doenças, e a(s) respetiva(s) data(s) de diagnóstico
- 2.2 Quais os tratamentos realizados, em ambulatório ou internamento, e as respetivas datas
- Estado Clínico Atual
- 2.3 Foi submetido(a) a alguma intervenção cirúrgica? N S
- Em caso afirmativo especifique qual, em que ano foi realizada e se lhe foi colocada alguma prótese ou outro material cirúrgico
- 2.4 Qual o estado clínico atual
- 2.5 Faz algum tipo de tratamento médico ou medicação com regularidade? N S
- Em caso afirmativo especifique qual
3. Foi vítima de algum acidente de trabalho, viação, desportivo ou outro? N S
- Quais as respetivas consequências?
4. Fuma? N S Quantidade? Bebe bebidas alcoólicas? N S Tipo de bebida? Quantidade?
5. Se do sexo feminino, tem conhecimento de que está grávida? N S
- Em caso afirmativo, qual a data prevista do parto?
6. Tem ou teve algum seguro de saúde? N S Em que Companhia?
- O seguro foi aceite com exclusões ou restrições, ou foi-lhe aplicado algum agravamento no prémio?
- Em caso de transferência deve anexar cópia das Condições Contratuais onde refira a existência ou não de restrições de aceitação (exclusões).

ÍNDICES BIOMÉTRICOS DA PESSOA SEGURA

Altura m Peso Kg Tensão arterial (só para maiores de 16 anos) mín máx

MÉDICO(S) ASSISTENTE(S) DA PESSOA SEGURA

Nome Especialidade Telm.

Morada Consultório Tel. Consultório

Nome Especialidade Telm.

Morada Consultório Tel. Consultório

OBSERVAÇÕES

DADOS PESSOAIS E DECLARAÇÕES

DADOS PESSOAIS

Os dados pessoais constantes neste documento serão processados e armazenados informaticamente pelo Segurador e destinam-se ao seu uso exclusivo, no âmbito das relações pré-contratuais ou decorrentes do contrato celebrado com o seu Cliente, incluindo as suas renovações. Os dados serão conservados de forma a permitir a identificação dos titulares até que tenham cessado definitivamente essas relações.

O titular terá livre acesso aos seus dados pessoais, com uma periodicidade não inferior a um ano a contar da recolha ou primeiro acesso, desde que o solicite por escrito, podendo proceder à sua retificação.

Os dados recolhidos em virtude da celebração, execução ou cessação do contrato poderão ser fornecidos às autoridades judiciais ou administrativas, desde que em cumprimento de obrigação legal a cargo do Segurador, e bem assim, sem prejuízo dos deveres e limites previstos em matéria de proteção de dados pessoais e de concorrência, e sempre sujeito ao dever de sigilo, aos prestadores de serviços do Segurador, designadamente os seus resseguradores e peritos, e ainda às entidades, nomeadamente de tipo associativo, como seja a Associação Portuguesa de Seguradores, que enquadrem ou realizem, licitamente, ações de compilação de dados, ações de prevenção e combate à fraude, estudos de mercado ou estudos estatísticos ou técnico-atuariais.

DECLARAÇÕES

Declaro que tomei conhecimento de que está excluída das garantias qualquer doença ou incapacidade física conhecida pré-existente à data de realização do contrato. Autorizo irrevogavelmente o Médico designado pelo Segurador a solicitar a qualquer outro Médico ou profissional de saúde as informações e documentos, nomeadamente relatórios clínicos, relatórios de internamento e resultados de exames auxiliares de diagnóstico, relativos à minha saúde que julgue necessários para analisar o risco agora proposto ou para determinar a origem, causas, evolução e consequências de qualquer sinistro que seja participado ao Segurador por mim ou pelos meus herdeiros.

Autorizo, igualmente, de modo irrevogável, os referidos Médicos e profissionais de saúde a prestarem ao Médico designado pelo Segurador as informações e documentos por este solicitado no âmbito da autorização que agora lhe conferi.

Assinatura da Pessoa Segura (ou representante no caso de menores de 18 anos)

Data