

QUESTIONÁRIO MÉDICO - INFORMAÇÃO CONFIDENCIAL

Morada: _____

Código Postal: _____

Localidade: _____

IBAN: _____ N° Contribuinte: _____

Tomador do Seguro (Preencher no caso de Empresa/Grupo, com o respetivo nome)

Titular do Seguro:

N° Apólice: _____

N° Colaborador: _____

Data de Inclusão: _____

Grau de Parentesco: Titular Cônjuge Descendente Ascendente Outro

O DOCUMENTO É DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO

MUITO IMPORTANTE: Assegure-se que responde a todas as questões com SIM ou NÃO, marcando com uma cruz a resposta pretendida. Sempre que responder SIM descreva a situação o mais pormenorizadamente possível. O preenchimento incompleto do presente questionário determinará que o mesmo não seja aceite, e originará um pedido de esclarecimento que poderá atrasar consideravelmente a análise e decisão final pela Direção Médica do Segurador. O presente questionário faz parte integrante da Proposta de Seguro e integrará também o Contrato de Seguro que venha a ser celebrado. Por esta razão, chamamos a sua atenção para o disposto no Regime Jurídico do Contrato de Seguro, aprovado pelo Decreto-Lei n.º 72/2008, de 16 de abril, que determina, para o Tomador do Seguro ou Segurado, o dever de, antes da celebração do contrato, declarar com exatidão todas as circunstâncias que conheça e razoavelmente deva ter por significativas para a apreciação do risco pelo Segurador, mesmo aquelas cuja menção não seja solicitada em questionários fornecidos pelo Segurador. O incumprimento deste dever pode determinar, entre outras consequências, a cessação imediata do contrato de seguro, a perda do prémio eventualmente pago e a não assunção de responsabilidade do Segurador pela cobertura de sinistros e consequente pagamento de indemnizações.

ÍNDICES BIOMÉTRICOS E HÁBITOS

Altura (m, cm) _____ Peso (Kg) _____ Tensão Arterial _____ (mín.) _____ (máx.)

Bebe bebidas alcoólicas? Sim Não Se sim, indique qual o consumo diário? _____
Que bebida(s) ingere? _____

Fuma? Sim Não Se sim, indique o nº de cigarros por dia? _____
Há quantos anos fuma? _____

ANTECEDENTES PESSOAIS - Tem ou alguma vez lhe foi diagnosticada alguma das seguintes doenças?

A - Doenças do Aparelho Cardiovascular? SIM NÃO Se sim, indique qual:
 Insuficiência Cardíaca(1) Pericardite(1) Tromboflebite(1) Hipertensão Arterial(1)
 Enfarte ou Angina de Peito(1) Doenças de Válvulas(1) Endocardite(1) Outras (_____)
 Arritmias ou Bloqueios/ Miocardiopatia(1) Varizes
Pacemaker

B - Doenças do Aparelho Respiratório? SIM NÃO Se sim, indique qual:
 Insuficiência Respiratória(1) Bronquite Crónica(1) Bronquiectasias(1) Pneumotórax(1)
 Doenças Alérgicas Respiratórias Enfisema(1) Fibrose Pulmonar(1) Outras (_____)
 Asma(1) Tuberculose Pulmonar(1) Pleuresia(1)

C - Doenças do Tubo Digestivo? SIM NÃO Se sim, indique qual:
 Doença do Esófago(1) Úlcera Gastro-Duodenal Doença de Crohn(1) Hérnia Inguinal
 Hérnia do Hiato Diverticulose do Cólon Colite Ulcerosa(1) Hemorragia Digestiva(1)
 Gastrite Crónica Polipos Intestinais(1) Hemorroidas Outras (_____)

ANTECEDENTES PESSOAIS - Tem ou alguma vez lhe foi diagnosticada alguma das seguintes doenças?**D - Doenças do Fígado, Vias Biliares e Pâncreas?** SIM NÃO Se sim, indique qual:

-
- Doença Crónica do Fígado ou Cirrose(1)
-
- Pancreatite(1)
-
- Outras (_____)
-
-
- Hepatite B, C, D ou E(1)
-
- Cálculos Biliares

E - Doenças do Aparelho Genito-Urinário? SIM NÃO Se sim, indique qual:

-
- Insuficiência Renal(1)
-
- Nefrite Crónica(1)
-
- Doença da Próstata(1)
-
-
- Hemodiálise
-
- Litíase Renal
-
- Infertilidade Masculina
-
-
- Transplantação Renal
-
- Doenças das Vias Urinárias(1)
-
- Outras (_____)

F - Doenças do Osso, Sistema Músculo-Esquelético e Tecido Conjuntivo? SIM NÃO Se sim, indique qual:

-
- Polimiosite (Dermatomiosite)(1)
-
- Espondilose
-
- Cifose
-
- Ciática
-
-
- Espondilite Anquilosante(1)
-
- Hérnia de Disco
-
- Ombro Doloroso(1)
-
- Artrite Reumatoide(1)
-
-
- Esclerose Sistémica (Esclerodermia)(1)
-
- Escoliose
-
- Lombalgia
-
- Fraturas(2)
-
-
- Lúpus Eritematoso Disseminado(1)
-
- Artrose
-
- Osteoporose
-
- Outras (_____)

G - Doenças de Pele? SIM NÃO Se sim, indique qual:

-
- Dermatite de Contacto
-
- Dermatite Seborreica
-
- Acne
-
-
- Dermatite Atópica
-
- Infecção Fúngica da Pele
-
- Urticária / Angiodema
-
-
- Dermatite de Estase / Úlcera da Perna
-
- Psoríase
-
- Outras (_____)

H - Doenças do Sistema Nervoso? SIM NÃO Se sim, indique qual:

-
- Traumatismo Craniano ou Vertebro-Medular(3)
-
- Esclerose Múltipla(1)
-
- Esquizofrenia(1)
-
-
- Parkinson(1)
-
- Epilepsia(1)
-
- Doença Bipolar(1)
-
- Depressão
-
-
- Trombose / Acidente Vascular Cerebral
-
- Demência(1)
-
- Outras (_____)

I - Doenças de Sangue? SIM NÃO Se sim, indique qual:

-
- Anemia(1)
-
- Leucemia (Aguda / Crónica)(1)
-
- Mieloma Múltiplo(1)
-
- Hemofilia(1)
-
-
- Linfoma (Hodgkin/ Não Hodgkin)(1)
-
- Mielodisplasia(1)
-
- Púrpura(1)
-
- Outras (_____)

J - Doenças Endocrinológicas? SIM NÃO Se sim, indique qual:

-
- Doença da Tireoideia(1)
-
- Tumor da Hipófise(1)
-
- Diabetes Mellitus Tipo 2
-
- Outras (_____)
-
-
- Doenças das Suprarrenais(1)
-
- Diabetes Mellitus Tipo 1
-
- Anorexia Nervosa(1)

K - Doenças do Metabolismo? SIM NÃO Se sim, indique qual:

-
- Elevação do Colesterol
-
- Elevação dos Triglicéridos
-
- Elevação do Ácido Úrico (Gota)
-
- Outras (_____)

L - Doenças dos Olhos? SIM NÃO Se sim, indique qual:

-
- Diminuição da Acuidade Visual/ Uso de Óculos Graduados ou Lentes de Contacto (Miopia, Astigmatismo, Hipermetropia)
-
- Glaucoma
-
- Estrabismo
-
-
- Catarata
-
- Doença da Retina
-
-
- Outras (_____)

M - Doenças dos Ouvidos, Nariz e Garganta? SIM NÃO Se sim, indique qual:

-
- Diminuição da Acuidade Auditiva/ Uso de Próteses Auditivas
-
- Amigdalites e Adenóides de Repetição
-
- Vertigens
-
-
- Otite de Repetição ou Crónica
-
- Alteração do Septo do Nariz
-
- Sinusite
-
- Outras (_____)

N - Doenças do Aparelho Ginecológico? SIM NÃO Se sim, indique qual:

-
- Nódulos Benignos da Mama
-
- Tumor Uterino (Benigno)(1)
-
- Endometriose
-
- Outras (_____)
-
-
- Tumor Anexial (Benigno)(1)
-
- Prolapso Uterino
-
- Infertilidade Feminina

O - Doenças Infeciosas? SIM NÃO Se sim, indique qual:

-
- Portador do HIV ou Sida(1)
-
- Sífilis (1)
-
-
- Tuberculose Ganglionar, Renal ou de outro Órgão(1)
-
- Outras (_____)

ANTECEDENTES PESSOAIS - Tem ou alguma vez lhe foi diagnosticada alguma das seguintes doenças?**P - Neoplasias?** SIM NÃO Se sim, indique qual: Pulmão(1) Estômago(1) Próstata(1) Mama(1) Tiroideia(1)
 Útero(1) Cólon(1) Rim(1) Pele(1) Outras (_____)**Q - Doenças Congénitas?** SIM NÃO Se sim, indique qual: Cardíaca Renal Pulmonar Digestiva Neurológica
 Outras (_____)

Se assinalou alguma doença neste ponto, indique qual: _____

Descreva a situação clínica: _____

Esclarecimentos / Elementos adicionais**(1) Nos pontos "A, B, C, D, E, F, H, I, J, N, O e P", para as doenças assinaladas com (1), indique:**

Ano de aparecimento: _____ Duração: _____ Exames e tratamentos realizados: _____

Descreva a situação: _____

(2) Se assinalou a opção "Fraturas", no ponto "F", indique:

Localização da fratura: _____ Tratamentos realizados: _____

Se apresenta sequelas: _____

(3) Se assinalou a opção "Traumatismo Craniano ou Vertebro-Medular", no ponto "H", indique:

Se apresenta sequelas neurológicas: _____

Se assinalou "Outras", indique:

Quais: _____ Ano de aparecimento: _____ Duração: _____

Exames e tratamentos realizados: _____

Descreva a situação: _____

ANTECEDENTES FAMILIARESAlguns dos seus Pais ou Irmãos já faleceu? Sim Não Se sim, indique qual: Pai Mãe Irmão(ã) Idade(s) _____

Especifique as causas: _____

Alguns dos seus Familiares sofre de Doença Grave e/ou Crónica? Sim Não

Se sim, indique qual: _____

DATA E ASSINATURA_____/_____/_____
(Local e Data)_____
(Pessoa Segura)

DECLARAÇÕES, DATA E ASSINATURAS

AUTORIZAÇÃO DO TRATAMENTO DE DADOS PESSOAIS

Autorizo o tratamento pelo Segurador dos dados pessoais fornecidos, bem como da informação recolhida junto de outras entidades, com vista à gestão da relação contratual, sem prejuízo de os poder consultar, retificar ou suprimir mediante comunicação escrita dirigida ao Segurador, o qual é o responsável pelo seu tratamento.

Autorizo os médicos e outros prestadores de cuidados de saúde a que recorra no âmbito do contrato de seguro, a fornecer aos serviços clínicos do Segurador e a deles receber quaisquer informações relacionadas com os serviços prestados e abrangidos pelo segredo profissional, bem como o seu tratamento.

Autorizo a gravação das chamadas telefónicas realizadas no âmbito do contrato de seguro, para efeitos de gestão da relação contratual.

Autorizo ainda que a informação respeitante ao extrato de benefícios, contendo informação relativa ao prestador, data da realização do ato médico e valor das despesas realizadas, seja prestada ao Tomador do Seguro.

(Pessoa Segura)

AUTORIZAÇÃO DA RECOLHA DE DADOS PESSOAIS RELATIVOS À SAÚDE

Autorizo o Segurador a proceder à recolha de dados pessoais relativos ao meu estado de saúde junto de médicos ou outros profissionais de saúde e de organismos públicos ou privados tais como hospitais, clínicas, consultórios, centros de saúde, institutos de medicina legal, mesmo depois do meu falecimento, tendo em vista a confirmação ou complemento da informação prestada aquando ou após a subscrição ou adesão ao presente seguro, com as finalidades de avaliação do risco de subscrição do seguro ou de gestão da relação contratual subsequente, designadamente para efeito de determinação da origem, causa e evolução de eventual doença e compreendo a essencialidade desta autorização para a celebração e funcionamento do presente contrato de seguro.

(Pessoa Segura)

Local e Data: _____, ____ / ____ / _____