

NÚMERO CA SAÚDE DO TITULAR

NOME COMPLETO DA PESSOA SEGURO A INCLUIR:

DATA DE NASCIMENTO

SEXO

 M F

QUESTIONÁRIO MÉDICO - INFORMAÇÃO CONFIDENCIAL

Morada:

Código Postal:

Localidade:

NIB

Nº Contribuinte:

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

Titular do Seguro:

Nº Apólice:

Nº 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 / Pacemaker

 Miocardiopatia (1)

 Varizes

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 (_____)

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

 Cífose

 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:

 Dermite de Contacto

 Dermite Seborreica

 Acne

 Dermite Atópica

 Infecção Fúngica da Pele

 Urticária / Angiodema

 Dermite de Estase / Úlcera da Perna

 Psoríase

 Outras (_____)

H - Doenças do Sistema Nervoso? SIM NÃO

Se sim, indique qual:

 Traumatismo Craniano ou Vertebro-Medular (3)

 Epilepsia (1)

 Esclerose Múltipla (1)

 Esquizofrenia (1)

 Parkinson (1)

 Demência (1)

 Doença Bipolar (1)

 Depressão

 Trombose / Acidente Vascular Cerebral

 Demência (1)

 Outras (_____)

MÉDIS - Companhia Portuguesa de Seguros de Saúde, S.A.

Sede: Av. Dr. Mário Soares (Tagus Park), Edifício 10, Piso 1, 2744-002 Porto Salvo, Pessoa coletiva n.º 503 496 944, matriculada sob esse número na Conservatória do Registo Comercial de Lisboa, com o capital social de € 12.000.000,00.

www.medis.pt

IMP.PO.05.00000038.01.09

Página 1/ 3

CRÉDITO AGRÍCOLA SEGUROS

 Companhia de Seguros de Ramos Reais, S.A.
 Rua de Campolide, 372 - 3.º Dt.º | 1070 - 040 Lisboa
 tel.: (+351) 213 806 000 (dias úteis das 8:30 h às 17:30 h) | fax: (+351) 213 806 001
www.ca-seguros.pt

 Grupo Crédito Agrícola
 Capital Social: 18.000.000 Euros | M.C.R.C. Lisboa e Pessoa Colectiva n.º 503 384 089

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

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 Suprarenais (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 Sinusite Alteração do Septo do Nariz 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 (_____)

P - Neoplasias? SIM NÃO Se sim, indique qual:
 Pulmão (1) Estômago (1) Próstata (1) Mama (1) Tireoideia (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 FAMILIARES

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

Algum 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: _____, ____ / ____ / _____