



Número Médís do Titular:

□□□□□□□□ □□

Nome completo da Pessoa Segura a incluir: _____

Data de nascimento

□□ □□ □□□□

Sexo:

F M

Questionário Individual de saúde

Morada: _____

Código Postal: _____ Localidade: _____

IBAN: □□□□ □□□□ □□□□ □□□□□□□□□□□□ □□ N.º Contribuinte: □□□□□□□□□□

Tomador do Seguro: _____

Titular do Seguro: _____

N.º Apólice: _____ N.º 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 (cm)

Peso (kg)

Tensão arterial

máx min

Bebidas alcoólicas? Sim Não

Se sim, indique qual o consumo diário

Que bebida(s) ingere? _____

Fuma? Sim Não

Se sim, indique qual o n.º 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:

- | | | | |
|---|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Insuficiência Cardíaca (1) | <input type="checkbox"/> Pericardite (1) | <input type="checkbox"/> Tromboflebite (1) | <input type="checkbox"/> Hipertensão Arterial (1) |
| <input type="checkbox"/> Enfarte ou Angina de Peito (1) | <input type="checkbox"/> Doenças de Válvulas (1) | <input type="checkbox"/> Endocardite (1) | <input type="checkbox"/> Outras _____ |
| <input type="checkbox"/> Arritmias ou Bloqueios/
Pacemaker | <input type="checkbox"/> Miocardiopatia (1) | <input type="checkbox"/> Varizes | |

B - Doenças do Aparelho Respiratório?

Sim Não

Se sim, indique qual:

- | | | | |
|--|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Insuficiência Respiratória (1) | <input type="checkbox"/> Bronquite Crónica (1) | <input type="checkbox"/> Bronquiectasias (1) | <input type="checkbox"/> Pneumotórax (1) |
| <input type="checkbox"/> Doenças Alérgicas Respiratórias | <input type="checkbox"/> Enfisema (1) | <input type="checkbox"/> Fibrose Pulmonar (1) | <input type="checkbox"/> Outras _____ |
| <input type="checkbox"/> Asma (1) | <input type="checkbox"/> Tuberculose Pulmonar (1) | <input type="checkbox"/> Pleuresia (1) | |

C - Doenças do Tubo Digestivo?

Sim Não

Se sim, indique qual:

- | | | | |
|--|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Doença do Esófago (1) | <input type="checkbox"/> Úlcera Gastro-Duodenal | <input type="checkbox"/> Doença de Crohn (1) | <input type="checkbox"/> Hérnia Inguinal |
| <input type="checkbox"/> Hérnia do Hiato | <input type="checkbox"/> Diverticulose do Cólon | <input type="checkbox"/> Colite Ulcerosa (1) | <input type="checkbox"/> Hemorragia Digestiva (1) |
| <input type="checkbox"/> Gastrite Crónica | <input type="checkbox"/> Pólipos Intestinais (1) | <input type="checkbox"/> Hemorroidas | <input type="checkbox"/> Outras _____ |

D - Doenças do Fígado, Vias Biliares e Pâncreas?

Sim Não

Se sim, indique qual:

- | | | |
|--|--|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Doença Crónica do Fígado ou Cirrose (1) | <input type="checkbox"/> Pancreatite (1) | <input type="checkbox"/> Outras _____ |
| <input type="checkbox"/> Hepatite B, C, D ou E (1) | <input type="checkbox"/> Cálculos Biliares | |

E - Doenças do Aparelho Genito-Urinário?

Sim Não

Se sim, indique qual:

- | | | |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Insuficiência Renal (1) | <input type="checkbox"/> Nefrite Crónica (1) | <input type="checkbox"/> Doença da Próstata (1) |
| <input type="checkbox"/> Hemodiálise | <input type="checkbox"/> Litíase Renal | <input type="checkbox"/> Infertilidade Masculina |
| <input type="checkbox"/> Transplantação Renal | <input type="checkbox"/> Doenças das Vias Urinárias (1) | <input type="checkbox"/> Outras _____ |

Antecedentes Pessoais - Tem ou alguma vez lhe foi diagnosticada alguma das seguintes doenças?

F - Doenças do Osso, Sistema Músculo-Esquelético e Tecido Conjuntivo?

Sim Não

Se sim, indique qual:

- | | | | |
|---|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Polimiosite (Dermatomiosite)(1) | <input type="checkbox"/> Espondilose | <input type="checkbox"/> Cifose | <input type="checkbox"/> Ciática |
| <input type="checkbox"/> Espondilite Anquilosante(1) | <input type="checkbox"/> Hérnia de Disco | <input type="checkbox"/> Ombro Doloroso(1) | <input type="checkbox"/> Artite Reumatóide(1) |
| <input type="checkbox"/> Esclerose Sistémica (Esclerodermia)(1) | <input type="checkbox"/> Escoliose | <input type="checkbox"/> Lombalgia | <input type="checkbox"/> Fraturas(2) |
| <input type="checkbox"/> Lúpus Eritematoso Disseminado(1) | <input type="checkbox"/> Artrose | <input type="checkbox"/> Osteoporose | <input type="checkbox"/> Outras _____ |

G - Doenças de Pele?

Sim Não

Se sim, indique qual:

- | | | | |
|--|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Dermatite de Contacto | <input type="checkbox"/> Dermatite Seborreica | <input type="checkbox"/> Acne | |
| <input type="checkbox"/> Dermatite Atópica | <input type="checkbox"/> Infecção Fúngica da Pele | <input type="checkbox"/> Urticária / Angiodema | |
| <input type="checkbox"/> Dermatite de Estase / Úlcera da Perna | <input type="checkbox"/> Psoríase | <input type="checkbox"/> Outras _____ | |

H - Doenças do Sistema Nervoso? Sim Não

Se sim, indique qual:

- | | | | |
|--|--|--|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Depressão | <input type="checkbox"/> Esclerose Múltipla(1) | <input type="checkbox"/> Esquizofrenia(1) | <input type="checkbox"/> Outras _____ |
| <input type="checkbox"/> Parkinson(1) | <input type="checkbox"/> Epilepsia(1) | <input type="checkbox"/> Doença Bipolar(1) | |
| <input type="checkbox"/> Trombose / Acidente Vascular Cerebral | <input type="checkbox"/> Demência(1) | <input type="checkbox"/> Traumatismo Craniano ou Vertebro-Medular(3) | |

I - Doenças do Sangue?

Sim Não

Se sim, indique qual:

- | | | | |
|---|--|--|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Anemia(1) | <input type="checkbox"/> Leucemia (Aguda / Crónica)(1) | <input type="checkbox"/> Mieloma Múltiplo(1) | <input type="checkbox"/> Hemofilia(1) |
| <input type="checkbox"/> Linfoma (Hodgkin / Não-Hodgkin)(1) | <input type="checkbox"/> Mielodisplasia(1) | <input type="checkbox"/> Púrpura(1) | <input type="checkbox"/> Outras _____ |

J - Doenças Endocrinológicas?

Sim Não

Se sim, indique qual:

- | | | | |
|--|---|---|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Doença da Tireoideia(1) | <input type="checkbox"/> Tumor da Hipófise(1) | <input type="checkbox"/> Diabetes Mellitus Tipo 2 | <input type="checkbox"/> Outras _____ |
| <input type="checkbox"/> Doenças das Suprarrenais(1) | <input type="checkbox"/> Diabetes Mellitus Tipo 1 | <input type="checkbox"/> Anorexia Nervosa(1) | |

K - Doenças do Metabolismo?

Sim Não

Se sim, indique qual:

- | | | | |
|---|---|---|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Elevação do Ácido Úrico (Gota) | <input type="checkbox"/> Elevação dos Triglicéridos | <input type="checkbox"/> Elevação do Colesterol | <input type="checkbox"/> Outras _____ |
|---|---|---|---------------------------------------|

Antecedentes Pessoais - Tem ou alguma vez lhe foi diagnosticada alguma das seguintes doenças?

L - Doenças dos Olhos? Sim Não

Se sim, indique qual:

- | | | | |
|---|--|---|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Diminuição da Acuidade Visual /
Uso de Óculos Graduados ou
Lentes de Contacto (Miopia,
Astigmatismo, Hipermetropia) | <input type="checkbox"/> Estrabismo
<input type="checkbox"/> Catarata | <input type="checkbox"/> Doença da
Retina
<input type="checkbox"/> Glaucoma | <input type="checkbox"/> Outras _____ |
|---|--|---|---------------------------------------|

M - Doenças dos Ouvidos, Nariz e Garganta? Sim Não

Se sim, indique qual:

- | | | | |
|--|---|---|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Otite de Repetição ou Crónica | <input type="checkbox"/> Sinusite | <input type="checkbox"/> Amigdalites e Adenóides de Repetição | |
| <input type="checkbox"/> Vertigens | <input type="checkbox"/> Alteração do Septo
do Nariz | <input type="checkbox"/> Diminuição da Acuidade Auditiva / Uso de
Próteses Auditivas | <input type="checkbox"/> Outras _____ |

N - Doenças do Aparelho Ginecológico? Sim Não

Se sim, indique qual:

- | | | | |
|---|--|---|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Nódulos Benignos da Mama | <input type="checkbox"/> Tumor Uterino
(Benigno)(1) | <input type="checkbox"/> Endometriose | <input type="checkbox"/> Outras _____ |
| <input type="checkbox"/> Tumor Anexial (Benigno)(1) | <input type="checkbox"/> Prolapso Uterino | <input type="checkbox"/> Infertilidade Feminina | |

O - Doenças Infeciosas? Sim Não

Se sim, indique qual:

- | | |
|--|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Portador do HIV ou Sida(1) | <input type="checkbox"/> Sífilis |
| <input type="checkbox"/> Tuberculose Ganglionar, Renal ou de
outro Órgão(1) | <input type="checkbox"/> Outras _____ |

P - Neoplasias? Sim Não

Se sim, indique qual:

- | | | | |
|-------------------------------------|--------------------------------------|----------------------------------|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Pulmão(1) | <input type="checkbox"/> Estômago(1) | <input type="checkbox"/> Rim(1) | <input type="checkbox"/> Outras _____ |
| <input type="checkbox"/> Útero(1) | <input type="checkbox"/> Cólon(1) | <input type="checkbox"/> Mama(1) | |
| <input type="checkbox"/> Tireoideia | <input type="checkbox"/> Próstata(1) | <input type="checkbox"/> Pele(1) | |

Q - Doenças Congénitas? Sim Não

Se sim, indique qual:

- | | | | |
|--------------------------------------|---------------------------------------|-----------------------------------|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Cardíaca | <input type="checkbox"/> Renal | <input type="checkbox"/> Pulmonar | <input type="checkbox"/> Digestiva |
| <input type="checkbox"/> Neurológica | <input type="checkbox"/> Outras _____ | | |

Se assinalou alguma doença neste ponto, indique qual: _____

Antecedentes Pessoais - Tem ou alguma vez lhe foi diagnosticada alguma das seguintes doenças?

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", Quais: _____ Ano de aparecimento: _____ Duração _____
indique:

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 Idades: _____

Especifique as causas: _____

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

Se sim, indique qual: _____

Autorização da recolha de dados pessoais:

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 do 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.

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 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.

_____, ____/____/____
Local e data

Pessoa Segura

Mediador de Seguros: Banco Comercial Português, S.A. - Sede: Praça D. João I, n.º 28, 4000-295 Porto - Capital Social de _____ Euros - N.º único de matrícula e de Pessoa Coletiva 501525882. Agente de Seguros registado com o n.º 419527602, junto da Autoridade de Supervisão de Seguros e Fundos de Pensões - Data da Inscrição: 21/01/2019. Autorização para mediação de seguros dos Ramos Vida e Não Vida. Informações e outros detalhes do registo podem ser verificados em www.asf.com.pt. O Mediador não está autorizado a celebrar contratos de seguro em nome do Segurador nem a receber prémios de seguro para serem entregues ao Segurador. O Mediador não assume a cobertura dos riscos inerentes ao contrato de seguro, que são integralmente assumidos pelo Segurador.

Segurador: Ageas Portugal – Companhia de Seguros, S.A. sede Praça Príncipe Perfeito 2, 1990-278 Lisboa. Matrícula / Pessoa Coletiva 503454109. CRC Porto. Capital Social 7.500.000 Euros. Registo ASF 1129, www.asf.com.pt

Médicis: marca exclusiva e registada dos produtos geridos pela Médicis – Companhia Portuguesa de Seguros de Saúde, SA, segurador, ressegurador e gestor do sistema integrado de prestação de cuidados de saúde subjacente aos seguros titulados por Apólices por si emitidas ou por outros seguradores sob sua autorização. Entidade legalmente autorizada para o exercício da atividade seguradora nos Ramos Não Vida.