



Número Médias do Titular:

□□□□□□□□ □□

Nome completo da Pessoa Segura a incluir: _____

Data de nascimento

□□ □□
□□ □□

Sexo:

F ☐ M ☐

Questionário Individual de saúde

Morada: _____

Código Postal: _____ Localidade: _____

IBAN: □□□□□□□□ □□□□ □□□□□□□□□□ □□ Nº Contribuinte: □□□□□□□□

Tomador do Seguro: _____

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 (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 nº de cigarros por dia		
		Há quantos anos fuma?		

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

Sim ● Não ● Se sim, indique qual:

- ☐ Hipertensão Arterial Cardíaca (1) ☐ Doença Valvular Cardíaca ☐ Enfarte do Miocárdio/Angina do Peito
☐ Miocardiopatia

Sim ● Não ●

- ☐ Asma/Bronquite Crónica/Enfisema Pulmonar

Sim ● Não ● Se sim, indique qual:

- ☐ Litíase biliar ☐ Cirrose hepática ☐ Colite ulcerosa/Doença de Crohn
☐ Hepatite B ou C

Sim ● Não ● Se sim, indique qual:

- ☐ Insuficiência Renal Crónica ☐ Litíase do aparelho urinário

Sim ● Não ● Se sim, indique qual:

- ☐ Hérnia discal ☐ Doença articular do joelho ou anca (1)

Sim ● Não ● Se sim, indique qual:

- ☐ Elevação colesterol (1) ☐ Diabetes Mellitus ☐ Hipertiroidismo/Hipotiroidismo

Sim ● Não ● Se sim, indique qual:

- ☐ Doença oncológica ☐ Epilepsia
☐ Acidente Vascular Cerebral (trombose, embolia)

**Antecedentes Pessoais - Tem ou alguma vez lhe foi diagnosticada alguma das seguintes doenças?
(Continuação)**

Outras _____

Esclarecimentos / Elementos adicionais

1. Para as doenças assinaladas com (1), indique:

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

Descreva a situação: _____

2. Se assinalou “Outras”, indique:

Quais: _____ Ano de aparecimento: _____

Duração _____ Exames e tratamentos realizados: _____

Descreva a situação: _____

Declarações, Data e Assinaturas

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 3.000.000.000,00 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

Médís: marca exclusiva e registada dos produtos geridos pela Médís – 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.