



NÚMERO MÉDIS DO TITULAR

SUCURSAL / BALCÃO

NOME COMPLETO

QUESTIONÁRIO MÉDICO – INFORMAÇÃO CONFIDENCIAL

DATA DE NASCIMENTO

SEXO

Morada

Código Postal

Localidade

NIB

Nº Contribuinte

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

Titular do Seguro

Nº Apólice

Nº Empregado

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 pretendida. Sempre que responder SIM descreva a situação o mais pormenorizadamente possível. O preenchimento incompleto deste formulário, não será aceite, originando um pedido de esclarecimento adicional que poderá atrasar consideravelmente a análise e decisão final por parte da Direcção Médica da Médias. O presente questionário faz parte integrante da Proposta de Seguro. Nos termos do artigo 429.º do Código Comercial, "toda a declaração inexacta, assim como toda a reticência de factos ou circunstâncias conhecidas pelo segurador ou quem fez o seguro, e que teriam podido influir sobre a existência ou condições do contrato tornam o seguro nulo." Se da parte de quem fez as declarações tiver havido má fé o segurador terá direito ao prémio. As declarações inexactas ou reticentes ou a omissão de factos, tornam o pedido de adesão nulo e sem qualquer efeito ou, na vigência do contrato libertam a empresa seguradora do pagamento de qualquer indemnização.

Índices Biométricos

Altura (m, cm) Peso (kg) Tensão Arterial

Questionário - Questões Gerais

SIM NÃO

Tem algum Médico Assistente que consulte regularmente? É seguido na consulta de alguma especialidade? Tem alguma doença para a qual esteja a receber tratamento? Efectuou recentemente ou vai efectuar algum exame médico? Esteve alguma vez internado? Foi alguma vez submetido a intervenção cirúrgica?

Se sim, qual?

Se sim, qual?

Se sim, qual?

Se sim, porquê?

Se sim, porquê?

Hábitos

SIM NÃO

Bebe bebidas alcoólicas? Consome medicamentos regularmente? Alguma das suas actividades implica risco de saúde?

Se sim, quantifique o consumo diário e que bebida ingere.

Se sim, quais e porquê?

Se sim, qual?

Fuma?

Nunca fumei

Se sim, indique:

Ano em que deixou de fumar _____

Quantos anos fumou _____

N.º de cigarros que fumava por dia _____

Se sim, indique:

N.º de cigarros por dia _____

Há quantos anos fuma _____

Antecedentes Pessoais

SIM NÃO

SIM NÃO

Em caso de resposta afirmativa, por favor especifique o diagnóstico, ano de aparecimento, a duração, o grau de gravidade, tratamentos, exames e cirurgias realizadas e ainda as consequências no espaço indicado na página seguinte.

Foi-lhe diagnosticada alguma doença congénita ou tem algum defeito físico?

Tem presentemente ou alguma vez lhe foi diagnosticada alguma das seguintes doenças?

A. Úlceras de estômago ou duodeno, alterações intestinais graves, hepatite B, C, D ou E B. Diabetes, doenças da tiróide, doenças de outras glândulas endócrinas C. Epilepsia, Esclerose múltipla, doença de Parkinson, AVC (Acidente Vascular Cerebral) D. Depressão, ansiedade ou qualquer outra alteração psiquiátrica E. Artrite de qualquer tipo, incluindo problemas da coluna F. Cancro ou tumores malignos (se respondeu sim preencha também o quadro Neoplasias) G. Problemas Cardíacos (se respondeu sim preencha também o quadro aparelho Cardio-Vascular) H. Qualquer tipo de doença sexualmente transmissível incluindo a SIDA I. Alguma vez lhe foi atribuída incapacidade por doença profissional ou acidente de trabalho?

Tem presentemente ou alguma vez lhe foi diagnosticada alguma das seguintes doenças?

J. Hipertensão Arterial K. Asma L. Infecções crónicas nos rins, pedras nos rins, infecções urinárias, doenças da próstata M. Doenças da boca e/ou dentes N. Qualquer alteração nos olhos ou ouvidos O. Qualquer alteração persistente na pele P. Qualquer alergia a medicamentos Q. Análises anteriores que revelaram níveis elevados de colesterol ou ácido úrico R. Qualquer outra doença / alteração não mencionada acima S. Sofre de alguma doença ou tem queixas não esclarecidas T. Está a fazer medicação ou está sob investigação de algum problema de Saúde?

APENAS PARA O SEXO FEMININO

U. Alterações mamárias V. Alterações ginecológicas

ATENÇÃO PREENCHER EM MAIÚSCULAS COM CANETA DE COR PRETA

Questionário (continuação)

Informação adicional - caso tenha respondido afirmativamente a alguma questão do quadro anterior, por favor especifique o diagnóstico, o ano de aparecimento, a duração, o grau de gravidade, tratamentos, exames e cirurgias realizadas e ainda as consequências.

Antecedentes Familiares

Algum dos seus pais ou irmãos já faleceu?

	SIM	NÃO	IDADE	CAUSA
Mãe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____
Pai	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____
Irmã(o)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____

Algum dos seus familiares sofre de doença grave e/ou crónica? Em caso afirmativo dê pormenores _____

Neoplasias (Se respondeu "SIM" à alínea F do quadro de "Antecedentes Pessoais", queira por favor especificar a localização do tumor.)

Pulmão	<input type="checkbox"/>	Estômago	<input type="checkbox"/>	Próstata	<input type="checkbox"/>	Cérebro	<input type="checkbox"/>
Mama	<input type="checkbox"/>	Tiróide	<input type="checkbox"/>	Útero	<input type="checkbox"/>	Lucemia	<input type="checkbox"/>
Colón	<input type="checkbox"/>	Rim	<input type="checkbox"/>	Pele	<input type="checkbox"/>	Outras (especifique)	<input type="checkbox"/>

Indique a localização exacta do tumor, bem como os tratamentos realizados ou em realização. _____

Doenças do aparelho cardio-vascular (Se respondeu "SIM" à alínea G do quadro de "Antecedentes Pessoais", queira por favor especificar.)

Insuficiência Cardíaca	<input type="checkbox"/>	Pacemaker	<input type="checkbox"/>	Pericardite	<input type="checkbox"/>	Tromboflebite	<input type="checkbox"/>
Enfarte ou Angina de Peito	<input type="checkbox"/>	Doenças de válvulas	<input type="checkbox"/>	Endocardite	<input type="checkbox"/>	Outras (especifique)	<input type="checkbox"/>
Arritmias ou bloqueios	<input type="checkbox"/>	Miocardiopatia	<input type="checkbox"/>	Varizes	<input type="checkbox"/>		

Indique a medicação e quaisquer tratamentos realizados ou a realizar. _____

Protecção de Dados Pessoais

- Os dados pessoais constantes deste impresso são passíveis de tratamento automatizado, com vista ao estabelecimento de relações comerciais personalizadas entre o Cliente e o Grupo BCP e ao cumprimento de obrigações legais.
- É assegurado pela Seguradora o direito, nos termos legais, ao acesso, correcção, aditamento ou supressão de dados pessoais pertinentes ao Cliente.
- A omissão, inexactidão ou a falsidade de quaisquer menções a preencher neste impresso é da exclusiva responsabilidade do Cliente.
- Autorizo a Seguradora a proceder à recolha de dados pessoais complementares junto de organismos públicos, empresas especializadas e outras unidades económicas, tendo em vista a confirmação ou complemento dos elementos recolhidos, necessários à gestão da relação contratual.
- Autorizo os médicos e outros prestadores de cuidados de saúde a que recorra, no âmbito deste contrato, a fornecer aos serviços clínicos da Seguradora, sem quebra da respectiva confidencialidade, quaisquer informações relacionadas com os serviços prestados e abrangidos pelo segredo profissional, bem como o tratamento automatizado desses dados e dos constantes do Questionário Clínico, com a finalidade exclusiva de estatística, análise e tarificação de riscos, sem prejuízo de os poder consultar e corrigir a todo o momento.

Declaração

Declaro ter respondido de forma completa e com toda a verdade às perguntas formuladas neste Questionário Clínico, sob pena de nulidade do contrato. Declaro ter tomado conhecimento das condições referidas neste questionário sob o título de "Protecção de Dados Pessoais" e para as quais dou o meu acordo. Desta forma valido todas as declarações constantes deste Questionário Clínico.

Local e Data _____, ____/____/____

Assinatura _____

O Questionário só é válido depois de devidamente assinado