

SEGURO DE GRUPO  
BOLETIM INDIVIDUAL DE ADESÃO



Proposta N.º \_\_\_\_\_

Seguro Novo

Apólice N.º \_\_\_\_\_

Alteração à Apólice

É OU FOI CLIENTE DA COMPANHIA DE SEGUROS AÇOREANA?

SIM  NÃO

N.º de Titular \_\_\_\_\_  
(A preencher pela companhia)

Os dados recolhidos serão processados e armazenados informativamente e destinam-se à utilização nas relações contratuais com a Companhia e seus Subcontratados. As omissões, inexactidões e falsidades, quer no que respeita a dados de fornecimento obrigatório, quer facultativo, são da responsabilidade do cliente. Os interessados podem ter acesso à informação que lhes diga directamente respeito solicitando a sua correcção, aditamento ou eliminação, mediante contacto directo ou por escrito, junto dos escritórios da Companhia.

**TOMADOR DE SEGURO**

(Utilizar letra de imprensa e um caracter por quadrícula)

Nome \_\_\_\_\_

(Nunca abreviar os dois primeiros e os dois últimos nomes)

Contribuinte \_\_\_\_\_

**SEGURADO (PS1)**

Nome \_\_\_\_\_

(Nunca abreviar os dois primeiros e os dois últimos nomes)

Morada \_\_\_\_\_

Localidade \_\_\_\_\_ C. Postal \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Telf. \_\_\_\_\_ Fax \_\_\_\_\_

Telemóvel \_\_\_\_\_ E-mail \_\_\_\_\_

B. I. / Pass. \_\_\_\_\_ Data [D][D][M][M][A][A] Estado Civil \_\_\_\_\_ Sexo  M  F Data Nasci. [D][D][M][M][A][A]

Profissão \_\_\_\_\_ Contribuinte \_\_\_\_\_ Nome a constar no Cartão **imed** \_\_\_\_\_

Possui algum seguro de Saúde? PS1  Sim  Não PS2  Sim  Não PS3  Sim  Não PS4  Sim  Não PS5  Sim  Não se respondeu sim, indique:

Em que companhia? \_\_\_\_\_ Apólice N.º \_\_\_\_\_ Existem débitos ou prémios em dívida?  Sim  Não

**DATA INÍCIO DA ADESÃO (SUJEITA À ACEITAÇÃO DA SEGURADORA)**

Início [D][D][M][M][A][A]

**FORMA E LOCAL DE PAGAMENTO (SÓ PARA GRUPOS CONTRIBUTIVOS)**

Anual  Semestral  Trimestral  Mensal

Débito em conta bancária (Preencher e assinar autorização de transferência bancária)

Banco \_\_\_\_\_ NIB \_\_\_\_\_

**AGREGADO FAMILIAR**

(O QUESTIONÁRIO CLÍNICO É DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO POR TODAS AS PESSOAS SEGURAS)

**PESSOA SEGURA 2 (PS2)**

**PARENTESCO COM A PS1** \_\_\_\_\_

Nome \_\_\_\_\_

(Nunca abreviar os dois primeiros e os dois últimos nomes)

Morada \_\_\_\_\_ Localidade \_\_\_\_\_ C. Postal \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Telf. \_\_\_\_\_ B. I. / Pass. \_\_\_\_\_ Contribuinte \_\_\_\_\_ Profissão \_\_\_\_\_

Data Nasc. [D][D][M][M][A][A] Sexo  M  F Nome a constar no Cartão **imed** \_\_\_\_\_

Banco \_\_\_\_\_ NIB \_\_\_\_\_

**PESSOA SEGURA 3 (PS3)**

**PARENTESCO COM A PS1** \_\_\_\_\_

Nome \_\_\_\_\_

(Nunca abreviar os dois primeiros e os dois últimos nomes)

Morada \_\_\_\_\_ Localidade \_\_\_\_\_ C. Postal \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Telf. \_\_\_\_\_ B. I. / Pass. \_\_\_\_\_ Contribuinte \_\_\_\_\_ Profissão \_\_\_\_\_

Data Nasc. [D][D][M][M][A][A] Sexo  M  F Nome a constar no Cartão **imed** \_\_\_\_\_

Banco \_\_\_\_\_ NIB \_\_\_\_\_

**PESSOA SEGURA 4 (PS4)**

**PARENTESCO COM A PS1** \_\_\_\_\_

Nome \_\_\_\_\_

(Nunca abreviar os dois primeiros e os dois últimos nomes)

Morada \_\_\_\_\_ Localidade \_\_\_\_\_ C. Postal \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Telf. \_\_\_\_\_ B. I. / Pass. \_\_\_\_\_ Contribuinte \_\_\_\_\_ Profissão \_\_\_\_\_

Data Nasc. [D][D][M][M][A][A] Sexo  M  F Nome a constar no Cartão **imed** \_\_\_\_\_

Banco \_\_\_\_\_ NIB \_\_\_\_\_

**PESSOA SEGURA 5 (PS5)**

**PARENTESCO COM A PS1** \_\_\_\_\_

Nome \_\_\_\_\_

(Nunca abreviar os dois primeiros e os dois últimos nomes)

Morada \_\_\_\_\_ Localidade \_\_\_\_\_ C. Postal \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Telf. \_\_\_\_\_ B. I. / Pass. \_\_\_\_\_ Contribuinte \_\_\_\_\_ Profissão \_\_\_\_\_

Data Nasc. [D][D][M][M][A][A] Sexo  M  F Nome a constar no Cartão **imed** \_\_\_\_\_

Banco \_\_\_\_\_ NIB \_\_\_\_\_

**ASSINATURAS**

\_\_\_\_\_, [D][D][M][M][A][A]

Tomador do Seguro \_\_\_\_\_ Segurado (PS 1) \_\_\_\_\_

Companhia de Seguros Açoreana S.A. • Sede Social: Largo da Matriz, 45 / 52 • Apartado 186 • 9501-922 Ponta Delgada • Tel.: 296 302 700 • Fax: 296 302 800

Serviços Centrais: Avenida Barbosa du Bocage, 85 • 1050-030 Lisboa • Tel.: 21 798 40 00 • Fax: 21 799 58 00

Pessoa Colectiva N.º 512 004 048 • Capital Social: 57.250.000 € • Matriculada na Conservatória do Registo Comercial de Ponta Delgada N.º 01530



Proposta N.º

Apólice N.º

N.º de Titular

(A preencher pela Companhia)

## Questionário Médico

Responda, por favor, às perguntas abaixo (o preenchimento é obrigatório para todas as pessoas seguras).

QUESTÕES	SEGURADO / PESSOAS SEGURAS									
	PS 1		PS 2		PS 3		PS 4		PS 5	
<b>A. SOFRE OU SOFREU DE DOENÇAS DO CORAÇÃO</b>	SIM	NÃO	SIM	NÃO	SIM	NÃO	SIM	NÃO	SIM	NÃO
1. Doenças do Músculo Cardíaco / Miocardiopatias	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Endocardites ou Pericardites	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Doenças das Coronárias: Angina de Peito ou Enfarte Agudo do Miocárdio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Doenças das Válvulas: Próteses Valvulares ou Prolapsos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>B. SOFRE OU SOFREU DE DOENÇAS DO APARELHO DIGESTIVO</b>	SIM	NÃO	SIM	NÃO	SIM	NÃO	SIM	NÃO	SIM	NÃO
1. Doenças Crónicas do Fígado: Cirrose ou Hepatite B ou Hepatite C	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Pancreatite Crónica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Úlceras Pépticas ou Hérnias ou Diverticulites	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Litíases / Cálculos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>C. SOFRE OU SOFREU DE DOENÇAS DOS RINS OU VIAS URINÁRIAS</b>	SIM	NÃO	SIM	NÃO	SIM	NÃO	SIM	NÃO	SIM	NÃO
1. Insuficiência Renal ou Diálise ou Amiloidose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Síndrome Único / Urémia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Rim Único por Nefrectomia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Tuberculose Renal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Doenças da Próstata	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Litíase Renal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>D. SOFRE OU SOFREU DE DOENÇAS DO APARELHO RESPIRATÓRIO</b>	SIM	NÃO	SIM	NÃO	SIM	NÃO	SIM	NÃO	SIM	NÃO
1. Enfisema Pulmonar Crónico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Asma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Bronquite Crónica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Tuberculose Pulmonar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Bronquiectasias / Hemóptises	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>E. SOFRE OU SOFREU DE DOENÇAS DOS VASOS OU DO SANGUE</b>	SIM	NÃO	SIM	NÃO	SIM	NÃO	SIM	NÃO	SIM	NÃO
1. Hemofilia ou Leucemia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Linfomas ou Mielomas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Arterioesclerose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Hipertensão Arterial em tratamento	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Colesterol em tratamento	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Insuficiência Venosa / Varizes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>F. SOFRE OU SOFREU DE DOENÇAS DOS OSSOS OU ARTICULAÇÕES</b>	SIM	NÃO	SIM	NÃO	SIM	NÃO	SIM	NÃO	SIM	NÃO
1. Artroses: Coxartrose ou Gonartrose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Reumatismo Articular: Artrite Úrica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Hérnias Discais da Coluna Vertebral	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Osteoporose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>G. SOFRE OU SOFREU DE DOENÇAS NEUROLÓGICAS OU MENTAIS</b>	SIM	NÃO	SIM	NÃO	SIM	NÃO	SIM	NÃO	SIM	NÃO
1. Doença de Alzheimer ou Encefalopatia Espongiforme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Doença de Parkinson	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Doenças do Neurónio Motor / Escleroses	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Acidente Vascular Cerebral	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Encefalites ou Meningites	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Epilepsia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Neuropatias Periféricas: Dor Ciática	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

# Questionário Médico (CONTINUAÇÃO)

## QUESTÕES

## SEGURADO / PESSOAS SEGURAS

Para responder às questões coloque um X na quadrícula respectiva SIM ou NÃO.

No caso de responder SIM, indique quais na alínea respectiva colocando um X.

	PS 1	PS 2	PS 3	PS 4	PS 5
<b>H. SOFRE OU SOFREU DE DOENÇAS METABÓLICAS OU ENDÓCRINAS</b>	SIM NÃO	SIM NÃO	SIM NÃO	SIM NÃO	SIM NÃO
1. Diabetes ou Obesidade	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Doenças das Suprarenais / Doença de Cushing	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Doença da Tiróideia / Bócio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	PS 1	PS 2	PS 3	PS 4	PS 5
<b>I. SOFRE OU SOFREU DE DOENÇAS IMUNOLÓGICAS OU INFECCIOSAS OU DA PELE</b>	SIM NÃO	SIM NÃO	SIM NÃO	SIM NÃO	SIM NÃO
1. Muscoviscidose ou Miopatia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. SIDA - Síndrome de Imunodeficiência Adquirida	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Lúpus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Fibrose Quística	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Psoríases ou Urticária Inespecífica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	PS 1	PS 2	PS 3	PS 4	PS 5
<b>J. SOFRE OU SOFREU DE DOENÇAS DOS ÓRGÃOS DOS SENTIDOS</b>	SIM NÃO	SIM NÃO	SIM NÃO	SIM NÃO	SIM NÃO
1. Visão	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
a) Glaucoma e Descolamentos da Retina	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Cataratas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Audição	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
a) Diminuição da acuidade auditiva	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Otites Crónicas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Otoesclerose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

<b>L. CANCRO OU OUTROS TUMORES MALIGNOS</b>	SIM NÃO	SIM NÃO	SIM NÃO	SIM NÃO	SIM NÃO
---	---------	---------	---------	---------	---------

<b>M. OUTRAS DOENÇAS (Caso não constem nos grupos anteriores)</b>	SIM NÃO	SIM NÃO	SIM NÃO	SIM NÃO	SIM NÃO
---	---------	---------	---------	---------	---------

*Se respondeu SIM indique obrigatoriamente:*

PS	Diagnóstico / Doença	(Mês / Ano)	Consultas	(Mês / Ano)
<input type="checkbox"/>	Nome do Médico <input type="text"/> Especialidade <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/>	Nome do Médico <input type="text"/> Especialidade <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/>	Nome do Médico <input type="text"/> Especialidade <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/>	Nome do Médico <input type="text"/> Especialidade <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/>	Nome do Médico <input type="text"/> Especialidade <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

<b>N. PESO E ALTURA</b>
-------------------------

1. Peso (em quilogramas)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
2. Altura (em centímetros)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

<b>DECLARAÇÃO DO SEGURADO E DAS PESSOAS SEGURAS</b>
---

Autorizo expressamente os médicos e outros prestadores de cuidados de saúde que possuam elementos reportados à minha situação clínica, a que possam fornecer todos esses elementos clínicos aos serviços clínicos da Seguradora, sem que tal consubstancie qualquer quebra da respectiva confidencialidade, bem assim como a prestação de todas e quaisquer informações relacionadas com os serviços médicos e de saúde que me tenham sido prestados. Autorizo também o tratamento automatizado de todos esses elementos clínicos bem como dos constantes do Questionário Médico, sem prejuízo de os poder consultar e corrigir a todo o tempo.

A Seguradora poderá transmitir os dados pessoais de identificação reportados ao tomador do seguro e a cada uma das pessoas seguras bem como do respectivo contrato, a entidades subcontratadas para assegurarem especificamente o serviço de assistência.

Autorizo expressamente a Seguradora a transmitir, sob regime de absoluta confidencialidade, à entidade subcontratada para efeitos de Gestão de Sinistros de contratos de seguro de doença, também designada Administradora do plano de saúde, todos os dados e elementos recolhidos, inclusive sobre o meu estado de saúde e respectivos elementos clínicos. Autorizo também, para os fins específicos deste contrato, a interconexão de dados entre os ficheiros da Seguradora e os do referido Administrador do plano de saúde.

Declaro que tomei conhecimento e aceito integralmente as Condições Gerais, Especiais e Particulares que serão aplicáveis ao seguro de Saúde, caso a Seguradora aceite a presente proposta e respectivo questionário clínico.

Declaro ter respondido com verdade e exactidão aos quesitos deste questionário. Fui informado de que falsas declarações, omissão, inexactidão ou reticência de factos que possam influir sobre a existência ou condições deste contrato, tornam o seguro nulo.

<b>ASSINATURAS DO SEGURADO E DAS PESSOAS SEGURAS</b>
--

Segurado (PS 1) \_\_\_\_\_,

PS 2 \_\_\_\_\_ PS 3 \_\_\_\_\_

PS 4 \_\_\_\_\_ PS 5 \_\_\_\_\_

**OBSERVAÇÕES: TRATANDO-SE DE AGREGADO FAMILIAR QUE INTEGRE MENORES, A ASSINATURA DEVE SER A DO SEU REPRESENTANTE LEGAL.**