



BOLETIM DE ADESÃO - SEGURO DE SAÚDE

NOVO ALTERAÇÃO

Tomador de Seguro N.º de Apólice

Empregado / Agregado Familiar do Empregado - Pessoa Segura 1 (PS1) - N.º de Empregado

Nome Profissão Sexo M F
 Morada Localidade Código Postal
 Data Nasc. NIF NIB
 Data de inclusão no seguro Data de admissão E-mail

Pessoa Segura 2 (PS2) - Cônjuge ou Equiparado

Nome Profissão Sexo M F
 Data Nasc. NIF NIB

Pessoa Segura 3 (PS3) - Descendente

Nome Profissão Sexo M F
 Data Nasc. NIF NIB

Pessoa Segura 4 (PS4) - Descendente

Nome Profissão Sexo M F
 Data Nasc. NIF NIB

Pessoa Segura 5 (PS5) - Descendente

Nome Profissão Sexo M F
 Data Nasc. NIF NIB

Tipo de Seguro Contratado

Reembolso Managed Care Se Managed Care, preencha o nome a inscrever no Cartão +Saúde:

| | |
|-----|----------------------|
| PS1 | <input type="text"/> |
| PS2 | <input type="text"/> |
| PS3 | <input type="text"/> |
| PS4 | <input type="text"/> |
| PS5 | <input type="text"/> |

Outros Seguros

Alguna das Pessoas tem outro Seguro de Saúde Sim Não Se sim, assinala Empregado Cônjuge Descendentes
 Seguradora N.º de Apólice

QUESTIONÁRIO MÉDICO

Responda às perguntas efectuadas para cada Pessoa Segura, assinalando com uma a resposta correcta. Se responder SIM em algumas situações preencha obrigatoriamente os quadros abaixo.

| | PS1 | PS2 | PS3 | PS4 | PS5 |
|---|---|---|---|---|---|
| 1. Peso (kg)? | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| 2. Altura (m, cm)? | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| 3. a) Foi hospitalizado? | <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não | <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não | <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não | <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não | <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não |
| b) Foi submetido a alguma intervenção cirúrgica? | <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não | <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não | <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não | <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não | <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não |
| Se respondeu afirmativamente, indique obrigatoriamente: | | | | | |
| N.º de Pessoa Segura | Hospital/Clinica e Nome dos Médicos | | | Data (MM/AA) e Dias de Internamento | |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | | | <input type="text"/> | |
| c) Qual o motivo do internamento? | | | | | |
| N.º de Pessoa Segura | Descrição | | | | |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | | | | |
| d) Qual o motivo e/ou cirurgia realizados? | | | | | |
| N.º de Pessoa Segura | Descrição | | | | |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | | | | |
| e) Encontra-se totalmente restabelecido? | <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não | <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não | <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não | <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não | <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não |
| 4. Nos últimos cinco anos: | | | | | |
| a) Teve alguma doença, alteração de saúde ou acidente? | <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não | <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não | <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não | <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não | <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não |
| b) Foi examinado por algum médico? | <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não | <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não | <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não | <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não | <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não |

c) Quem é o médico assistente?

| N.º de Pessoa Segura | Nome do Médico |
|----------------------|----------------|
| | |

d) Teve baixa por doença ou acidente com duração superior a 8 dias?

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não | <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não | <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não | <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não | <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não |
|---|---|---|---|---|

PS1

PS2

PS3

PS4

PS5

5. Sofre ou sofreu de:

- a) APARELHO RESPIRATÓRIO (alergias, asma, bronquite, tuberculose, ou outras)
- b) APARELHO DIGESTIVO (gastrite, úlceras hepáticas B ou C, colite ou outras)
- c) APARELHO URINÁRIO (infecções, cálculos ou outras)
- d) APARELHO GENITAL FEMININO E MAMA (miomas, quistos, nódulos, displasia ou outras)
- e) APARELHO GENITAL MASCULINO (fimose, próstata ou outras)
- f) OSSOS E ARTICULAÇÕES (hérnia discal, reumatismo, gota, dor ciática ou outras)
- g) DOENÇAS ENDÓCRINAS, METABÓLICAS OU DO SANGUE (tiróide, bócio, obesidade, anemia ou outras)
- h) DIABETES, HIPERTENSÃO
- i) DOENÇAS NEUROLÓGICAS OU MENTAIS (epilepsia, depressões ou outras)
- j) DOENÇAS DA PELE (sinais com alterações, eczema, quistos ou outras)
- k) VARIZES (má circulação, derrames e flebites)
- l) HÉRNIAS, HEMORRÓIDAS OU FÍSTULAS
- m) CORAÇÃO E APARELHO CIRCULATÓRIO (enfarte, angina de peito ou outras doenças do coração ou vasos sanguíneos)
- n) OLHOS (miopia superior a 4 dioptrias, estrabismo ou outras)
- o) OUVIDOS, NARIZ E GARGANTA (otites, sinusite, amigdalites frequentes, desvio do septo nasal ou outras)
- p) DOENÇAS DO FORO ONCOLÓGICO
- q) DEFICIÊNCIA FÍSICA OU DOENÇA CONGÉNITA
- r) OUTRAS DOENÇAS

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não | <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não | <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não | <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não | <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não |
| <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não | <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não | <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não | <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não | <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não |
| <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não | <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não | <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não | <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não | <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não |
| <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não | <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não | <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não | <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não | <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não |
| <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não | <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não | <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não | <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não | <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não |
| <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não | <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não | <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não | <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não | <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não |
| <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não | <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não | <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não | <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não | <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não |
| <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não | <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não | <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não | <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não | <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não |
| <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não | <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não | <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não | <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não | <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não |
| <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não | <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não | <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não | <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não | <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não |
| <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não | <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não | <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não | <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não | <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não |
| <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não | <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não | <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não | <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não | <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não |
| <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não | <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não | <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não | <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não | <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não |
| <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não | <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não | <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não | <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não | <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não |
| <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não | <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não | <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não | <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não | <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não |
| <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não | <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não | <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não | <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não | <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não |
| <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não | <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não | <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não | <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não | <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não |
| <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não | <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não | <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não | <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não | <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não |
| <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não | <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não | <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não | <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não | <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não |

Se respondeu afirmativamente indique obrigatoriamente:

| N.º de Pessoa Segura | Diagnóstico MM/AA e Consultas MM/AA | Nome do Médico e Especialidade |
|----------------------|-------------------------------------|--------------------------------|
| | | |

6. Qual a doença e quais os tratamentos realizados?

| N.º de Pessoa Segura | Doença | Tratamentos |
|----------------------|--------|-------------|
| | | |

a) Qual o seu estado actual de saúde?

| N.º de Pessoa Segura | Descrição |
|----------------------|-----------|
| | |

b) Tem conhecimento de qualquer alteração do estado de saúde para a qual possa necessitar de tratamento médico e/ou cirúrgico, ou esteja sob vigilância médica?

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não | <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não | <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não | <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não | <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não |
|---|---|---|---|---|

7. Outras Informações

| N.º de Pessoa Segura | Descrição |
|----------------------|-----------|
| | |

Declaração - O Tomador de Seguro/Pessoa Segura declara aceitar as Condições Gerais, Especiais e Particulares, se as houver, da Apólice e garante a exactidão das declarações prestadas na presente Proposta, sob pena da nulidade do contrato.

Os dados recebidos destinam-se a serem processados e armazenados informaticamente e destinam-se à utilização nas relações contratuais com a Companhia.

As omissões, inexactidões e falsidades, quer no que respeita a dados de fornecimento obrigatório, que facultativo, são da responsabilidade do Tomador de Seguro/Pessoa Segura.

Os interessados podem ter acesso à informação que lhes diga directamente respeito, solicitando, por escrito, a sua correcção, aditamento ou eliminação mediante contacto directo ou por escrito, junto das dependências da Companhia.

O Tomador de Seguro/Pessoa Segura autoriza a Companhia 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.

O Tomador de Seguro/Pessoa Segura autoriza a consulta dos dados pessoais disponibilizados, sob regime de absoluta confidencialidade, às Empresas do Grupo.

Local e Data _____ de _____ de 20____

(Assinatura da PS1, Empregado)

(Assinatura do Proponente/Tomador de Seguro)