



NÚMERO MÉDICO 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 segurado 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 ou teve algum problema de saúde? Se SIM, qual?
- Tem ou teve baixa por motivo de doença, nos últimos anos? Se SIM, porque doença?
- Esteve alguma vez internado? Se SIM, porque motivo?
- Foi alguma vez submetido a uma intervenção cirúrgica? Se SIM, porque motivo?
- A sua capacidade de trabalho está ou esteve reduzida? Se SIM, porquê?
- Recebe ou recebeu por razões de saúde uma renda/pensão? Se SIM, porque razão de saúde?

Hábitos

SIM NÃO

- 1 - Fuma? Se SIM, indique: Nº de cigarros por dia Há quantos anos fuma
- 2 - Bebe bebidas alcoólicas? Se SIM, quantifique o consumo por dia:
- 3 - Consome medicamentos regularmente? Se SIM, quais e porquê.
- 4 - Consome drogas por motivos não medicinais? Se SIM, quais as drogas e qual o consumo diário.
- 5 - Faz alguma dieta? Se SIM, qual e porque motivo.

Doenças, Distúrbios ou Problemas de Saúde

SIM NÃO

Sofre, ou alguma vez sofreu de alguma doença, distúrbio ou problema abaixo descrito? Em caso de resposta afirmativa, **por favor especifique o diagnóstico, o ano de aparecimento, a duração, o grau de gravidade, tratamentos, exames e cirurgias realizadas e ainda as consequências.**

- 1 - Doenças do Aparelho Cardio-Vascular (assinale com uma cruz) Se SIM, indique:
- Insuficiência Cardíaca Doença de Válvulas Hipertensão Arterial
- Enfarte ou Angina de Peito Miocardiopatia Varizes
- Arritmias ou Bloqueios Pericardite Tromboflebite
- Pacemaker Endocardite Outras
- 2 - Doenças do Aparelho Respiratório (assinale com uma cruz) Se SIM, indique:
- Insuficiência Respiratória Enfisema Pleuresia
- Doenças Alérgicas Respiratórias Tuberculose Pulmonar Pneumotórax
- Asma Bronquiectasias Outras
- Bronquite Crónica Fibrose Pulmonar
- 3 - Doenças do Tubo Digestivo (assinale com uma cruz) Se SIM, indique:
- Doença do Esófago Diverticulose do Cólon Hemorróidas
- Hérnia do Hiato Polipos Intestinais Hérnia Inguinal
- Gastrite Crónica Doença de Crohn Hemorragia Digestiva
- Úlcera Gastro-Duodenal Colite Ulcerosa Outras
- 4 - Doenças do Fígado, Vias Biliares e Pâncreas (assinale com uma cruz) Se SIM, indique:
- Doença Crónica do Fígado ou Cirrose Cálculos Biliares
- Hepatite Viral B ou C Pancreatite Outras
- 5 - Doenças do Aparelho Genito-Urinário (assinale com uma cruz) Se SIM, indique:
- Insuficiência Renal Nefrite Crónica Doença da Próstata
- Hemodiálise Litiase Renal Infertilidade Masculina
- Transplantação Renal Doença das Vias Urinárias Outras

ATENÇÃO PREENCHER EM MAIÚSCULAS COM CANETA DE COR PRETA

Questionário (continuação)

Doenças, Distúrbios ou Problemas de Saúde	SIM NÃO	
6 - Doenças do Osso, Sistema Musculo-Esquelético e Tecido Conjuntivo (assinale com uma cruz) <input type="checkbox"/> Escoliose/Cifose <input type="checkbox"/> Esclerose Sistémica (Esclerodermia) <input type="checkbox"/> Osteoporose <input type="checkbox"/> Ombro Doloroso <input type="checkbox"/> Polimiosite (Dermatomiosite) <input type="checkbox"/> Fracturas <input type="checkbox"/> Lombalgia/Ciática <input type="checkbox"/> Espondilite Anquilosante <input type="checkbox"/> Artrose/Espondilose <input type="checkbox"/> Artrite Reumatóide <input type="checkbox"/> Outras <input type="checkbox"/> Hérnia de Disco <input type="checkbox"/> Lupus Eritematoso Disseminado	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Se SIM, indique:
7 - Doenças de Pele (assinale com uma cruz) <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/Angioedema <input type="checkbox"/> Dermatite de Estase/Úlcera da Perna <input type="checkbox"/> Psoríase <input type="checkbox"/> Outras	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Se SIM, indique:
8 - Doenças do Sistema Nervoso (assinale com uma cruz) <input type="checkbox"/> Traumatismo Craniano ou Vertebro-medular <input type="checkbox"/> Trombose/Acidente vascular cerebral <input type="checkbox"/> Demência <input type="checkbox"/> Depressão <input type="checkbox"/> Parkinson <input type="checkbox"/> Esclerose Múltipla <input type="checkbox"/> Doença Bipolar <input type="checkbox"/> Outras <input type="checkbox"/> Epilepsia	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Se SIM, indique:
9 - Doenças de Sangue (assinale com uma cruz) <input type="checkbox"/> Anemia <input type="checkbox"/> Linfoma (Hodgkin/Não Hodgkin) <input type="checkbox"/> Hemofilia <input type="checkbox"/> Mielodisplasia <input type="checkbox"/> Mieloma Múltiplo <input type="checkbox"/> Outras <input type="checkbox"/> Leucemia (Aguda/Crónica) <input type="checkbox"/> Púrpura	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Se SIM, indique:
10 - Doenças Endocrinológicas (assinale com uma cruz) <input type="checkbox"/> Doença da Tireoideia <input type="checkbox"/> Tumor da Hipófise <input type="checkbox"/> Anorexia Nervosa <input type="checkbox"/> Doença das Suprarenais <input type="checkbox"/> Diabetes Mellitus (Tipos 1/2) <input type="checkbox"/> Outras	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Se SIM, indique:
11 - Doenças do Metabolismo (assinale com uma cruz) <input type="checkbox"/> Elevação do Colesterol <input type="checkbox"/> Elevação do Ácido Úrico (Gota) <input type="checkbox"/> Elevação dos Triglicéridos <input type="checkbox"/> Outras	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Se SIM, indique:
12 - Doenças dos Olhos (assinale com uma cruz) <input type="checkbox"/> Diminuição da Acuidade Visual <input type="checkbox"/> Estrabismo <input type="checkbox"/> Glaucoma <input type="checkbox"/> Miopia, Astigmatismo, Hipermetropia <input type="checkbox"/> Catarata <input type="checkbox"/> Doença da Retina <input type="checkbox"/> Uso de Óculos Graduados ou Lentes de Contacto <input type="checkbox"/> Outras	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Se SIM, indique:
13 - Doenças dos Ouvidos, Nariz e Garganta (assinale com uma cruz) <input type="checkbox"/> Diminuição da Acuidade Auditiva <input type="checkbox"/> Vertigens <input type="checkbox"/> Alteração do Septo do Nariz <input type="checkbox"/> Uso de Próteses Auditivas <input type="checkbox"/> Sinusite <input type="checkbox"/> Outras <input type="checkbox"/> Otite de repetição ou crónica <input type="checkbox"/> Amigdalites e Adenóides de Repetição	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Se SIM, indique:
14 - Doenças do Aparelho Ginecológico (assinale com uma cruz) <input type="checkbox"/> Nódulos da Mama <input type="checkbox"/> Prolapso Uterino <input type="checkbox"/> Outras <input type="checkbox"/> Tumor Anexial (Benigno) <input type="checkbox"/> Endometriose <input type="checkbox"/> Tumor Uterino (Benigno) <input type="checkbox"/> Infertilidade Feminina	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Se SIM, indique:
15 - Doenças dos Dentes e Cavidade Oral (assinale com uma cruz) <input type="checkbox"/> Cáries (Tratadas ou não) <input type="checkbox"/> Inflamação das Gengivas e da Língua <input type="checkbox"/> Uso de Prótese e Aparelhos <input type="checkbox"/> Outras	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Se SIM, indique:
16 - Doenças Infecciosas (assinale com uma cruz) <input type="checkbox"/> Portador do HIV ou SIDA <input type="checkbox"/> Sífilis <input type="checkbox"/> Tuberculose Ganglionar, Renal ou de Outro Órgão <input type="checkbox"/> Outras	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Se SIM, indique:
17 - Neoplasias (assinale com uma cruz) <input type="checkbox"/> Pulmão <input type="checkbox"/> Estômago <input type="checkbox"/> Próstata <input type="checkbox"/> Outras <input type="checkbox"/> Mama <input type="checkbox"/> Tireoideia <input type="checkbox"/> Útero <input type="checkbox"/> Cólon <input type="checkbox"/> Rim <input type="checkbox"/> Pele	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Se SIM, indique:
18 - Doenças Congénitas (assinale com uma cruz) <input type="checkbox"/> Cardíaca <input type="checkbox"/> Pulmonar <input type="checkbox"/> Neurológica <input type="checkbox"/> Renal <input type="checkbox"/> Digestiva <input type="checkbox"/> Outras	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Se SIM, indique:
19 - Gravidez (assinale com uma cruz) Está grávida (tempo de gravidez, complicações, tipo de parto esperado - normal ou cesariana)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Descreva o mais pormenorizadamente possível
Já esteve grávida (número de filhos, teve algum problema durante a gravidez, parto ou puerpério como Gravidez Ectópica, Hipertensão Arterial, Diabetes, Gémeos, Cesariana)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Descreva o mais pormenorizadamente possível

ATENÇÃO PREENCHER EM MAIÚSCULAS COM CANETA DE COR PRETA

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