



Número Médis do Titular:

Nome completo da Pessoa Segura a incluir: _____

Data de nascimento

Sexo:

F M

Questionário Individual de saúde

Morada: _____

Código Postal: _____ Localidade: _____

IBAN: N° Contribuinte:

Tomador do Seguro: _____

Titular do Seguro: _____

N° Apólice: _____ N° 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 n° de cigarros por dia? _____ Há quantos anos fuma? _____

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

A - Doenças do Aparelho Cardiovascular? Sim Não Se sim, indique qual:

- | | | | |
|--|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Insuficiência Cardíaca ⁽¹⁾ | <input type="checkbox"/> Pericardite ⁽¹⁾ | <input type="checkbox"/> Tromboflebite ⁽¹⁾ | <input type="checkbox"/> Hipertensão Arterial ⁽¹⁾ |
| <input type="checkbox"/> Enfarte ou Angina de Peito ⁽¹⁾ | <input type="checkbox"/> Doenças de Válvulas ⁽¹⁾ | <input type="checkbox"/> Endocardite ⁽¹⁾ | <input type="checkbox"/> Outras _____ |
| <input type="checkbox"/> Arritmias ou Bloqueios/Pacemaker | <input type="checkbox"/> Miocardiopatia ⁽¹⁾ | <input type="checkbox"/> Varizes | |

B - Doenças do Aparelho Respiratório? Sim Não Se sim, indique qual:

- | | | | |
|--|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Insuficiência Respiratória ⁽¹⁾ | <input type="checkbox"/> Bronquite Crónica ⁽¹⁾ | <input type="checkbox"/> Bronquiectasias ⁽¹⁾ | <input type="checkbox"/> Pneumotórax ⁽¹⁾ |
| <input type="checkbox"/> Doenças Alérgicas Respiratórias | <input type="checkbox"/> Enfisema ⁽¹⁾ | <input type="checkbox"/> Fibrose Pulmonar ⁽¹⁾ | <input type="checkbox"/> Outras _____ |
| <input type="checkbox"/> Asma ⁽¹⁾ | <input type="checkbox"/> Tuberculose Pulmonar ⁽¹⁾ | <input type="checkbox"/> Pleuresia ⁽¹⁾ | |

C - Doenças do Tubo Digestivo? Sim Não Se sim, indique qual:

- | | | | |
|---|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Doença do Esófago ⁽¹⁾ | <input type="checkbox"/> Úlcera Gastro-Duodenal | <input type="checkbox"/> Doença de Crohn ⁽¹⁾ | <input type="checkbox"/> Hérnia Inguinal |
| <input type="checkbox"/> Hérnia do Hiato | <input type="checkbox"/> Diverticulose do Cólon | <input type="checkbox"/> Colite Ulcerosa ⁽¹⁾ | <input type="checkbox"/> Hemorragia Digestiva ⁽¹⁾ |
| <input type="checkbox"/> Gastrite Crónica | <input type="checkbox"/> Pólipos Intestinais ⁽¹⁾ | <input type="checkbox"/> Hemorroidas | <input type="checkbox"/> Outras _____ |

D - Doenças do Fígado, Vias Biliares e Pâncreas? Sim Não Se sim, indique qual:

- | | | | |
|---|---|---------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Doença Crónica do Fígado ou Cirrose ⁽¹⁾ | <input type="checkbox"/> Pancreatite ⁽¹⁾ | <input type="checkbox"/> Outras _____ | |
| <input type="checkbox"/> Hepatite B, C, D ou E ⁽¹⁾ | <input type="checkbox"/> Cálculos Biliares | | |

Antecedentes Pessoais - Tem ou alguma vez lhe foi diagnosticada alguma das seguintes doenças?**E - Doenças do Aparelho Genito-Urinário?**Sim Não

Se sim, indique qual:

- | | | |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Insuficiência Renal ⁽¹⁾ | <input type="checkbox"/> Nefrite Crónica ⁽¹⁾ | <input type="checkbox"/> Doença da Próstata ⁽¹⁾ |
| <input type="checkbox"/> Hemodiálise | <input type="checkbox"/> Litíase Renal | <input type="checkbox"/> Infertilidade Masculina |
| <input type="checkbox"/> Transplantação Renal | <input type="checkbox"/> Doenças das Vias Urinárias ⁽¹⁾ | <input type="checkbox"/> Outras _____ |

F - Doenças do Osso, Sistema Músculo-Esquelético e Tecido Conjuntivo?Sim Não

Se sim, indique qual:

- | | | | |
|---|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Polimiosite (Dermatomiosite) ⁽¹⁾ | <input type="checkbox"/> Espondilose | <input type="checkbox"/> Cifose | <input type="checkbox"/> Ciática |
| <input type="checkbox"/> Espondilite Anquilosante ⁽¹⁾ | <input type="checkbox"/> Hérnia de Disco | <input type="checkbox"/> Ombro Doloroso ⁽¹⁾ | <input type="checkbox"/> Artite Reumatóide ⁽¹⁾ |
| <input type="checkbox"/> Esclerose Sistémica (Esclerodermia) ⁽¹⁾ | <input type="checkbox"/> Escoliose | <input type="checkbox"/> Lombalgia | <input type="checkbox"/> Fraturas ⁽²⁾ |
| <input type="checkbox"/> Lúpus Eritematoso Disseminado ⁽¹⁾ | <input type="checkbox"/> Artrose | <input type="checkbox"/> Osteoporose | <input type="checkbox"/> Outras _____ |

G - Doenças de Pele?Sim Não

Se sim, indique qual:

- | | | |
|--|---|--|
| <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 / Angiodema |
| <input type="checkbox"/> Dermatite de Estase / Úlcera da Perna | <input type="checkbox"/> Psoríase | <input type="checkbox"/> Outras _____ |

H - Doenças do Sistema Nervoso?Sim Não

Se sim, indique qual:

- | | | | |
|--|--|--|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Depressão | <input type="checkbox"/> Esclerose Múltipla ⁽¹⁾ | <input type="checkbox"/> Esquizofrenia ⁽¹⁾ | <input type="checkbox"/> Outras _____ |
| <input type="checkbox"/> Parkinson ⁽¹⁾ | <input type="checkbox"/> Epilepsia ⁽¹⁾ | <input type="checkbox"/> Doença Bipolar ⁽¹⁾ | |
| <input type="checkbox"/> Trombose / Acidente Vascular Cerebral | <input type="checkbox"/> Demência ⁽¹⁾ | <input type="checkbox"/> Traumatismo Craniano ou Vertebro-Medular ⁽³⁾ | |

I - Doenças do Sangue?Sim Não

Se sim, indique qual:

- | | | | |
|---|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Anemia ⁽¹⁾ | <input type="checkbox"/> Leucemia (Aguda / Crónica) ⁽¹⁾ | <input type="checkbox"/> Mieloma Múltiplo ⁽¹⁾ | <input type="checkbox"/> Hemofilia ⁽¹⁾ |
| <input type="checkbox"/> Linfoma (Hodgkin / Não-Hodgkin) ⁽¹⁾ | <input type="checkbox"/> Mielodisplasia ⁽¹⁾ | <input type="checkbox"/> Púrpura ⁽¹⁾ | <input type="checkbox"/> Outras _____ |

J - Doenças Endocrinológicas?Sim Não

Se sim, indique qual:

- | | | | |
|---|---|--|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Doença da Tireoideia ⁽¹⁾ | <input type="checkbox"/> Tumor da Hipófise ⁽¹⁾ | <input type="checkbox"/> Diabetes Mellitus Tipo 2 | |
| <input type="checkbox"/> Doenças das Suprarenais ⁽¹⁾ | <input type="checkbox"/> Diabetes Mellitus Tipo 1 | <input type="checkbox"/> Anorexia Nervosa ⁽¹⁾ | <input type="checkbox"/> Outras _____ |

K - Doenças do Metabolismo?Sim Não

Se sim, indique qual:

- | | | | |
|---|---|---|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Elevação do Ácido Úrico (Gota) | <input type="checkbox"/> Elevação dos Triglicéridos | <input type="checkbox"/> Elevação do Colesterol | <input type="checkbox"/> Outras _____ |
|---|---|---|---------------------------------------|

L - Doenças dos Olhos?Sim Não

Se sim, indique qual:

- | | | | |
|--|-------------------------------------|---|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Diminuição da Acuidade Visual / Uso de Óculos Graduados ou Lentes de Contacto (Miopia, Astigmatismo, Hipermetropia) | <input type="checkbox"/> Estrabismo | <input type="checkbox"/> Doença da Retina | |
| | <input type="checkbox"/> Catarata | <input type="checkbox"/> Glaucoma | <input type="checkbox"/> Outras _____ |

M - Doenças dos Ouvidos, Nariz e Garganta?Sim Não

Se sim, indique qual:

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Otite de Repetição ou Crónica | <input type="checkbox"/> Sinusite | <input type="checkbox"/> Amigdalites e Adenóides de Repetição |
| <input type="checkbox"/> Vertigens | <input type="checkbox"/> Alteração do Septo do Nariz | <input type="checkbox"/> Diminuição da Acuidade Auditiva / Uso de Próteses Auditivas |
| | | <input type="checkbox"/> Outras _____ |

N - Doenças do Aparelho Ginecológico?Sim Não

Se sim, indique qual:

- | | | | |
|---|---|---|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Nódulos Benignos da Mama | <input type="checkbox"/> Tumor Uterino (Benigno) ⁽¹⁾ | <input type="checkbox"/> Endometriose | |
| <input type="checkbox"/> Tumor Anexial (Benigno) ⁽¹⁾ | <input type="checkbox"/> Prolapso Uterino | <input type="checkbox"/> Infertilidade Feminina | <input type="checkbox"/> Outras _____ |

O - Doenças Infeciosas?Sim Não

Se sim, indique qual:

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Portador do HIV ou Sida ⁽¹⁾ | <input type="checkbox"/> Sífilis ⁽¹⁾ |
| <input type="checkbox"/> Tuberculose Ganglionar, Renal ou de outro Órgão ⁽¹⁾ | <input type="checkbox"/> Outras _____ |

P - Neoplasias?Sim Não

Se sim, indique qual:

- | | | | |
|--|--|--|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Pulmão ⁽¹⁾ | <input type="checkbox"/> Estômago ⁽¹⁾ | <input type="checkbox"/> Rim ⁽¹⁾ | |
| <input type="checkbox"/> Útero ⁽¹⁾ | <input type="checkbox"/> Cólon ⁽¹⁾ | <input type="checkbox"/> Mama ⁽¹⁾ | |
| <input type="checkbox"/> Tireoideia | <input type="checkbox"/> Próstata ⁽¹⁾ | <input type="checkbox"/> Pele ⁽¹⁾ | <input type="checkbox"/> Outras _____ |

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

Q - Doenças Congénitas?

Sim Não

Se sim, indique qual:

Cardíaca

Renal

Pulmonar

Digestiva

Neurológica

Outras _____

Se assinalou alguma doença neste ponto, indique qual: _____

Esclarecimentos / Elementos adicionais

1. Nos pontos "A, B, C, D, E, F, H, I, J, N, O e P", para as doenças assinaladas com (1), indique:

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

Descreva a situação: _____

2. Se assinalou a opção "Fraturas", no ponto "F", indique:

Localização da fratura _____ Tratamentos realizados: _____

Se apresenta sequelas: _____

3. Se assinalou a opção "Traumatismo Craniano ou Vertebro-Medular", no ponto "H", indique:

Se apresenta sequelas neurológicas: _____

Se assinalou "Outras", indique: Quais: _____ Ano de aparecimento: _____ Duração _____

Exames e tratamentos realizados: _____

Descreva a situação: _____

Antecedentes Familiares

Algun dos seus Pais ou Irmãos já faleceu? Sim Não

Se sim indique qual: Pai Mãe Irmão Idades: _____

Especifique as causas: _____

Algun dos seus Familiares sofre de Doença Grave e/ou Crónica? Sim Não

Se sim, indique qual: _____

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 quando 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

Médis - Companhia Portuguesa de Seguros de Saúde, S.A. Sede: Av. Dr. Mário Soares (Tagus Park), Edifício 10, Piso 1, 2744-002 Porto Salvo.

Pessoa coletiva n.º 503 496 944, matriculada sob esse número na Conservatória do Registo Comercial de Lisboa, com o capital social de €

12.000.000,00. www.medis.pt