

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

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"/> Catarata | <input type="checkbox"/> Doença da
Retina
<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"/> Outras _____ |
| <input type="checkbox"/> Tumor Anexial (Benigno)(1) | <input type="checkbox"/> Prolapso Uterino | <input type="checkbox"/> Infertilidade Feminina | |

O - Doenças Infeciosas? Sim Não

Se sim, indique qual:

- | | |
|--|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Portador do HIV ou Sida(1) | <input type="checkbox"/> Sífilis |
| <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"/> Outras _____ |
| <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) | |

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", Quais: _____ Ano de aparecimento: _____ Duração _____
indique:

Exames e tratamentos realizados: _____

Descreva a situação: _____

Antecedentes Familiares

Algum dos seus Pais ou Irmãos já faleceu? Sim Não

Se sim indique qual: Pai Mãe Irmão Idades: _____

Especifique as causas: _____

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

Se sim, indique qual: _____

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 aquando 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.