



Número Médís do Titular:

□□□□□□□□ □□

Nome completo da Pessoa Segura a incluir: \_\_\_\_\_

Data de nascimento

□□ □□ □□□□

Sexo:

F  M

## Questionário Individual de saúde

Morada: \_\_\_\_\_

Código Postal: \_\_\_\_\_ Localidade: \_\_\_\_\_

IBAN: □□□□ □□□□ □□□□ □□□□□□□□□□□□ □□ Nº Contribuinte: □□□□□□□□□□

Tomador do Seguro: \_\_\_\_\_

Titular do Seguro: \_\_\_\_\_

Nº Apólice: \_\_\_\_\_ Nº 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 nº 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/<br>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 |                                       |

### 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 _____            |

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

### 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"/> Outras _____ |
| <input type="checkbox"/> Doenças das Suprarrenais(1) | <input type="checkbox"/> Diabetes Mellitus Tipo 1 | <input type="checkbox"/> Anorexia Nervosa(1)      |                                       |

### 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 _____ |
|---|---|---|---------------------------------------|

## 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 /<br>Uso de Óculos Graduados ou<br>Lentes de Contacto (Miopia,<br>Astigmatismo, Hipermetropia) | <input type="checkbox"/> Estrabismo<br><input type="checkbox"/> Catarata | <input type="checkbox"/> Doença da<br>Retina<br><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<br>do Nariz | <input type="checkbox"/> Diminuição da Acuidade Auditiva / Uso de<br>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<br>(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<br>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 Praça Príncipe Perfeito 2, 1990-278 Lisboa. Matrícula / Pessoa Coletiva 503 496 944. CRC Lisboa. Capital Social 12.000.000 Euros. Registo ASF 1131, [www.asf.com.pt](http://www.asf.com.pt)