



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

### B - Doenças do Aparelho Respiratório?

Sim  Não

Se sim, indique qual:

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

### C - Doenças do Tubo Digestivo?

Sim  Não

Se sim, indique qual:

- |   |   |   |  |
|---|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Doença do Esófago <sup>(1)</sup> | <input type="checkbox"/> Úlcera Gastro-Duodenal             | <input type="checkbox"/> Doença de Crohn <sup>(1)</sup> | <input type="checkbox"/> Hérnia Inguinal                     |
| <input type="checkbox"/> Hérnia do Hiato                  | <input type="checkbox"/> Diverticulose do Cólon             | <input type="checkbox"/> Colite Ulcerosa <sup>(1)</sup> | <input type="checkbox"/> Hemorragia Digestiva <sup>(1)</sup> |
| <input type="checkbox"/> Gastrite Crónica                 | <input type="checkbox"/> Pólipos Intestinais <sup>(1)</sup> | <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 <sup>(1)</sup> | <input type="checkbox"/> Pancreatite <sup>(1)</sup> | <input type="checkbox"/> Outras _____ |
| <input type="checkbox"/> Hepatite B, C, D ou E <sup>(1)</sup>               | <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 <sup>(1)</sup> | <input type="checkbox"/> Nefrite Crónica <sup>(1)</sup>            | <input type="checkbox"/> Doença da Próstata <sup>(1)</sup> |
| <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 <sup>(1)</sup> | <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) <sup>(1)</sup>        | <input type="checkbox"/> Espondilose     | <input type="checkbox"/> Cifose                        | <input type="checkbox"/> Ciática                           |
| <input type="checkbox"/> Espondilite Anquilosante <sup>(1)</sup>            | <input type="checkbox"/> Hérnia de Disco | <input type="checkbox"/> Ombro Doloroso <sup>(1)</sup> | <input type="checkbox"/> Artrite Reumatóide <sup>(1)</sup> |
| <input type="checkbox"/> Esclerose Sistémica (Esclerodermia) <sup>(1)</sup> | <input type="checkbox"/> Escoliose       | <input type="checkbox"/> Lombalgia                     | <input type="checkbox"/> Fraturas <sup>(2)</sup>           |
| <input type="checkbox"/> Lúpus Eritematoso Disseminado <sup>(1)</sup>       | <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"/> Dermite de Contacto                 | <input type="checkbox"/> Dermite Seborreica       | <input type="checkbox"/> Acne                   |
| <input type="checkbox"/> Dermite Atópica                     | <input type="checkbox"/> Infecção Fúngica da Pele | <input type="checkbox"/> Urticária / Angioedema |
| <input type="checkbox"/> Dermite 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 <sup>(1)</sup> | <input type="checkbox"/> Esquizofrenia <sup>(1)</sup>                            | <input type="checkbox"/> Outras _____ |
| <input type="checkbox"/> Parkinson <sup>(1)</sup>              | <input type="checkbox"/> Epilepsia <sup>(1)</sup>          | <input type="checkbox"/> Doença Bipolar <sup>(1)</sup>                           |                                       |
| <input type="checkbox"/> Trombose / Acidente Vascular Cerebral | <input type="checkbox"/> Demência <sup>(1)</sup>           | <input type="checkbox"/> Traumatismo Craniano ou Vertebro-Medular <sup>(3)</sup> |                                       |

**I - Doenças do Sangue?**Sim  Não 

Se sim, indique qual:

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

**J - Doenças Endocrinológicas?**Sim  Não 

Se sim, indique qual:

- |   |   |  |                                       |
|---|---|--|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Doença da Tireoideia <sup>(1)</sup>    | <input type="checkbox"/> Tumor da Hipófise <sup>(1)</sup> | <input type="checkbox"/> Diabetes Mellitus Tipo 2        |                                       |
| <input type="checkbox"/> Doenças das Suprarenais <sup>(1)</sup> | <input type="checkbox"/> Diabetes Mellitus Tipo 1         | <input type="checkbox"/> Anorexia Nervosa <sup>(1)</sup> | <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) <sup>(1)</sup> | <input type="checkbox"/> Endometriose           |                                       |
| <input type="checkbox"/> Tumor Anexial (Benigno) <sup>(1)</sup> | <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 <sup>(1)</sup>                         | <input type="checkbox"/> Sífilis      |
| <input type="checkbox"/> Tuberculose Ganglionar, Renal ou de outro Órgão <sup>(1)</sup> | <input type="checkbox"/> Outras _____ |

**P - Neoplasias?**Sim  Não 

Se sim, indique qual:

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

Alguns dos seus Pais ou Irmãos já faleceu?  Sim  Não

Se sim indique qual:  Pai  Mãe  Irmão Idades: \_\_\_\_\_

Especifique as causas: \_\_\_\_\_

Alguns 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 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

**Banco Comercial Português, S.A.**, sociedade aberta, com sede na Praça D. João I, 28, no Porto, com o capital social de \_\_\_\_\_ Euros, matriculado na Conservatória do Registo Comercial do Porto, com o número único de matrícula e de pessoa coletiva 501525882. Agente de Seguros registado com o n.º 419527602, junto da Autoridade de Supervisão de Seguros e Fundos de Pensões - Data da Inscrição: 21/01/2019. Autorização para mediação de seguros dos Ramos Vida e Não Vida. Informações e outros detalhes do registo podem ser verificados em [www.asf.com.pt](http://www.asf.com.pt). O Mediador não está autorizado a celebrar contratos de seguro em nome do Segurador nem a receber prémios de seguro para serem entregues ao Segurador. O Mediador não assume a cobertura dos riscos inerentes ao contrato de seguro, que são integralmente assumidos pelo Segurador.

**Segurador: Ocidental – Companhia Portuguesa de Seguros, S.A.** Sede: Av. Dr. Máio Soares (Tagus Park), Edifício 10, Piso 1, 2744-002 Porto Salvo. Pessoa coletiva n.º 50 836 918, matriculada sob esse número na Conservatória do Registo Comercial de Lisboa, com o capital social de € 12.500.000,00.

**Médis:** marca exclusiva e registada dos produtos geridos pela Médis – Companhia Portuguesa de Seguros de Saúde, SA, segurador, ressegurador e gestor do sistema integrado de prestação de cuidados de saúde subjacente aos seguros titulados por Apólices por si emitidas ou por outros seguradores sob sua autorização. Entidade legalmente autorizada para o exercício da atividade seguradora nos Ramos Não Vida.