

Açoreana IMED

Complemento Subsistemas – APEI



AÇOREANA
SEGUROS
GRUPO BANIF

Proposta N.º

Seguro Novo Seguro Novo proveniente de outra seguradora

Apólice N.º

Alteração à Apólice

N.º de Titular

É OU FOI CLIENTE DA AÇOREANA SEGUROS?

SIM NÃO

(A preencher pela Companhia)

Os dados recolhidos serão processados e armazenados informaticamente e destinam-se à utilização nas relações contratuais com a Companhia e seus Subcontratados.

As omissões, inexactidões e falsidades, quer no que respeita a dados de fornecimento obrigatório, quer facultativo, são da responsabilidade do cliente.

Os interessados podem ter acesso à informação que lhes diga directamente respeito solicitando a sua correcção, aditamento ou eliminação, mediante contacto directo ou por escrito, junto às delegações da Companhia.

TOMADOR DO SEGURO **BENEFICIÁRIO SUBSISTEMA N.º** **INDICAR SUBSISTEMA**

Nome (Nunca abreviar os dois primeiros e os dois últimos nomes)

Morada

Localidade C. Postal - Telefone Fax

Telemóvel E-mail

CC / Pass. Data Estado Civil Sexo M F Data Nasc.

Profissão / Actividade Empres. N.I. N.º Contribuinte CAE

Sou Tomador do Seguro ou Segurado/Pessoa Segura de outros contratos de seguro, relativos ao risco ora proposto? SIM NÃO Em caso afirmativo quais:

PS1 SIM NÃO PS2 SIM NÃO PS3 SIM NÃO PS4 SIM NÃO PS5 SIM NÃO

DURAÇÃO DO SEGURO

Ano e seguintes Início Hora

FORMA E LOCAL DE PAGAMENTO

Anual Semestral Trimestral Mensal (só disponível por débito em conta bancária)

Uma vez que foi convencionado o pagamento do prémio em fracções iguais ou inferiores a três meses e que nas condições particulares serão indicadas as datas de vencimento das sucessivas fracções do prémio de seguro, valor a pagar e consequências do seu não pagamento, declaro de forma expressa e irrevogável que dei o meu consentimento ao Segurador para que este fique dispensado de proceder ao envio dos respectivos avisos de pagamento de cada uma das fracções.

Morada do Tomador do Seguro Débito em conta bancária (preencher e assinar autorização de transferência bancária) Através do Mediador

Banco NIB

PESSOAS SEGURAS

(O QUESTIONÁRIO MÉDICO É DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO PARA TODAS AS PESSOAS SEGURAS)

PESSOA SEGURA 1 (PS1) **BENEFICIÁRIO SUBSISTEMA N.º** **INDICAR SUBSISTEMA**

Preencher se diferente do tomador do seguro

Nome (Nunca abreviar os dois primeiros e os dois últimos nomes)

Morada Localidade C. Postal -

Telemóvel CC / Pass. Contribuinte Profissão

E-mail

Data Nasc. Sexo M F Estado Civil Banco

Nome a constar no cartão NIB

PESSOA SEGURA 2 (PS2) **BENEFICIÁRIO SUBSISTEMA N.º** **INDICAR SUBSISTEMA**

Nome (Nunca abreviar os dois primeiros e os dois últimos nomes)

Morada Localidade C. Postal -

Telemóvel CC / Pass. Contribuinte Profissão

E-mail

Data Nasc. Sexo M F **Nome a constar no cartão**

PESSOA SEGURA 3 (PS3) **BENEFICIÁRIO SUBSISTEMA N.º** **INDICAR SUBSISTEMA**

Nome (Nunca abreviar os dois primeiros e os dois últimos nomes)

Morada Localidade C. Postal -

Telemóvel CC / Pass. Contribuinte Profissão

E-mail

Data Nasc. Sexo M F **Nome a constar no cartão**

PESSOA SEGURA 4 (PS4) **BENEFICIÁRIO SUBSISTEMA N.º** **INDICAR SUBSISTEMA**

Nome (Nunca abreviar os dois primeiros e os dois últimos nomes)

Morada Localidade C. Postal -

Telemóvel CC / Pass. Contribuinte Profissão

E-mail

Data Nasc. Sexo M F **Nome a constar no cartão**

PESSOA SEGURA 5 (PS5) **BENEFICIÁRIO SUBSISTEMA N.º** **INDICAR SUBSISTEMA**

Nome (Nunca abreviar os dois primeiros e os dois últimos nomes)

Morada Localidade C. Postal -

Telemóvel CC / Pass. Contribuinte Profissão

E-mail

Data Nasc. Sexo M F **Nome a constar no cartão**

Açoreana Seguros S.A. • Sede Social: Largo da Matriz, 45 / 52 • 9500-094 Ponta Delgada • Fax: 296 302 800

Serviços Centrais: Av. Duque d'Ávila, n.º 171 • 1069-031 Lisboa • Fax: 213 554 021 • Tel.: 707 201 248 • Site: www.acoreanaseguros.pt • E-mail: acoreana@acoreana.pt

Pessoa Colectiva N.º 512 004 048 • Capital Social: 135.570.000€ • Matriculada na Conservatória do Registo Comercial de Ponta Delgada

ÂMBITO DO PLANO DE SEGURO

PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO

Reembolso Reembolso e Rede AdvanceCare Reembolso e Rede Advancecare (Sem Complemento)

PLANO DE SEGURO - COBERTURAS - CAPITALS - COMPARTICIPAÇÕES

COBERTURAS	BASE	TOP	COMPARTICIPAÇÃO	
			REEMBOLSO	DENTRO/FORA DA REDE ADVANCECARE
Hospitalização	15.000 €	30.000 €	90%	90%/50%
Parto (sub-limite)	1.000 €	1.000 €	90%	90%/50%
Assistência Médica Ambulatória*	1.000 €	2.000 €	90%	85%/50%
Estomatologia	250 €	250 €	80%	60%/50%
Próteses e Ortóteses	1.000 €	1.500 €	80%	60%/50%
Ortóteses Oculares	100 €	150 €		
Assistência às Pessoas	✓	✓	—	—
Rede de Bem Estar	✓	✓	—	—

* Aplica-se uma franquia anual de 60€ por Pessoa Segura dentro da Rede Advancecare no âmbito Reembolso e Rede Advancecare (Sem Complemento).

PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO: NOVO SEGURO PROVENIENTE DE OUTRO SEGURADOR

Motivo da Nova Subscrição _____

Anterior Segurador _____ Nº de Apólice _____

DECLARAÇÃO DO TOMADOR DO SEGURO

Declaro que me foram transmitidas nos termos legais todas as informações pré-contratuais necessárias e prestados todos os devidos esclarecimentos sobre o contrato de seguro proposto e bem assim sobre as condições gerais e especiais aplicáveis.

Declaro que tomei conhecimento que estou obrigado a responder com exactidão e veracidade a todas as questões colocadas nesta proposta e a declarar todas as circunstâncias ou factos que conheça e que sejam significativos para a avaliação do risco proposto, mesmo que não tenham sido solicitados expressamente no questionário, devendo-o fazer no campo assinalado para o efeito ou em declaração anexa à presente proposta, sob pena de me serem aplicáveis as consequências previstas nas Condições Gerais da Apólice.

O contrato de seguro individual em que o tomador seja uma pessoa singular só se considera aceite em caso de silêncio do Segurador, decorridos 14 dias contados da recepção da proposta ou da recepção de todos os documentos ou informações adicionais/complementares solicitados pelo Segurador. Para o efeito, a proposta só se considera recebida pelo segurador no momento em que for entregue na Sede, nos Serviços Centrais ou numa das Sucursais do Segurador, pessoalmente, por correio registado ou através de fax. **Antes de decorrido o referido prazo o seguro não está aceite.**

De acordo com o previsto na legislação em vigor, designadamente nos artigos 59º e 61º do Dec. Lei nº 72/2008 de 16 de Abril, o prémio ou fracção inicial é devido na data de celebração do contrato ou na data estabelecida nas condições particulares, ficando a eficácia do contrato dependente do pagamento efectivo do prémio ou fracção inicial.

A falta de pagamento de prémio ou fracção, de acerto, de parte do prémio de montante variável ou de prémio adicional fundado num agravamento superveniente do risco, na data indicada no aviso ou no documento contratual referido no número anterior, determina a não renovação ou a resolução automática e imediata do contrato na data em que o pagamento seja devido não produzindo quaisquer efeitos e não assumindo a AÇOREANA SEGUROS, S.A. nenhuma responsabilidade em caso de ocorrência de sinistro.

Quando o pagamento do prémio ou fracção for efectuado por meio de cheque ou débito em conta, a cobertura dos riscos fica subordinada à boa cobrança do cheque ou à não anulação posterior do débito por ordem do tomador.

Autorizo a Companhia a proceder à recolha adicional de dados pessoais complementares junto de Organismos Públicos, empresas especializadas e outras entidades económicas, tendo em vista a confirmação ou complemento dos elementos recolhidos, necessários à gestão contratual, e facultar o acesso ou transmitir os dados pessoais referentes ao tomador do seguro/pessoa segura, a pessoas, singulares ou colectivas, de direito público ou privado, com quem colabore ou subcontrate para efeitos da gestão da apólice, gestão de sinistros ou prestação de outros serviços ou ainda a realização de estudos estatísticos, inquéritos de mercado e/ou na viabilização da execução dos contratos, constituição do ficheiro nacional de matrículas ou do ficheiro de sinistros e fraudes automóveis e/ou bases de dados de contratos ou de sinistros, nestes se incluindo a Associação Portuguesa de Seguradores, bem como resseguradores ou entidades relacionadas com as referidas actividades, sempre sem prejuízo dos deveres e limites previstos nas leis de protecção de dados e da concorrência.

Autorizo igualmente a consulta dos dados pessoais disponibilizados, sobre regime de absoluta confidencialidade, às empresas que integram o Grupo, desde que compatível com a finalidade de recolha dos mesmos.

ENTREGA DA APÓLICE E COMUNICAÇÕES EM SUPORTE ELECTRÓNICO

Declaro que autorizo que a entrega da apólice de seguro (correspondente ao conjunto das Condições Gerais, Especiais e Particulares aplicáveis ao contrato) seja efectuada por meio de suporte electrónico duradouro, através do envio para o seguinte endereço electrónico: _____@_____ assim como através do acesso que me é facultado à página da Internet do Segurador com o endereço www.acoreanaseguros.pt, através da utilização como "password" do número da apólice, cuja introdução permitirá igualmente o acesso automático às Condições Gerais e Especiais aplicáveis ao contrato, as quais estarão disponíveis na referida página durante a vigência do contrato de seguro.

Mais declaro que concordo e aceito que todas as comunicações ou notificações do Segurador, ao abrigo do presente contrato de seguro, me sejam preferencialmente dirigidas para o endereço electrónico acima indicado.

A presente autorização não prejudica que, por opção do Segurador, as mesmas comunicações ou notificações possam também ser validamente efectuadas para a morada constante na presente proposta de seguro.

Data _____ Assinatura do Tomador do Seguro _____

O Tomador do Seguro _____, [A][A][A][A] - [M][M] - [D][D]

INTERVENÇÃO COMERCIAL NAS TRANSFERÊNCIAS

Declaro que o Seguro de Saúde que se pretende transferir foi por mim confirmado e encontra-se enquadrável enquanto transferência de risco.

Assinatura _____ Data [A][A][A][A] - [M][M] - [D][D] Hora [H][H][M][M]

INTERVENÇÃO COMERCIAL

Mediador / Produtor N.º _____ Nome _____

Cobrador N.º _____ Nome _____

Banco _____ Balcão _____ Produtor _____ Interveniente _____

DOCUMENTOS ANEXOS À PROPOSTA

Cópia das Condições Particulares da anterior apólice ou última acta adicional (onde conste a data início do contrato, plano de cobertura e capitais, nome das pessoas seguras e a data de adesão no seguro).

Cópia do último recibo pago

Esta Proposta foi conferida em: _____ - _____ - _____ **A PREENCHER PELOS SERVIÇOS DA DELEGAÇÃO**

Assinatura _____ Nº de Colaborador _____

Açoreana Seguros S.A. • Sede Social: Largo da Matriz, 45 / 52 • 9500-094 Ponta Delgada • Fax: 296 302 800

Serviços Centrais: Av. Duque d'Ávila, n.º 171 • 1069-031 Lisboa • Fax: 213 554 021 • Tel.: 707 201 248 • Site: www.acoreanaseguros.pt • E-mail: acoreana@acoreana.pt

Pessoa Colectiva N.º 512 004 048 • Capital Social: 135.570.000€ • Matriculada na Conservatória do Registo Comercial de Ponta Delgada

A consulta destas informações não dispensa a leitura das informações pré-contratuais/condições Gerais e Especiais da Apólice que prevalecem para todos os efeitos legais e Contratuais.

COBERTURAS	BASE	TOP	COMPARTICIPAÇÃO		PERÍODOS DE CARÊNCIA*
			REEMBOLSO	DENTRO/FORA DA REDE ADVANCECARE	
Hospitalização ¹	15.000 €	30.000 €	90%	90%/50%	90 dias
Parto (sub-limite) ¹	1.000 €	1.000 €	90%	90%/50%	365 dias
Assistência Médica Ambulatória ²	1.000 €	2.000 €	90%	85%/50%	90 dias
Estomatologia	250 €	250 €	80%	60%/50%	90 dias
Próteses e Ortóteses	1.000 €	1.500 €	80%	60%/50%	90 dias
Ortóteses Oculares	100 €	150 €			
Assistência às Pessoas	✓	✓	—	—	—
Rede de Bem Estar	✓	✓	—	—	—

¹ Valor K Máximo fora da rede 6,73€ ² Aplica-se uma franquia anual de 60€ por Pessoa Segura dentro da Rede Advancecare no âmbito Reembolso e Rede Advancecare (Sem Complemento)

* Ler artigo 10º condições gerais

ASSISTÊNCIA ÀS PESSOAS	CAPITAIS / SERVIÇOS
Linha telefónica de acompanhamento médico	24 h, por dia
Check – Up anual	Co-pagamento: 60 €
Envio de médico ao domicílio (urgência)	1ª consulta, por anuidade, a cargo da Açoreana Restantes - co pagamento = 15 € por consulta
Envio de profissional de enfermagem no domicílio	10 dias, máximo de 300 € / ano
Ajuda domiciliária por incapacidade	60 €/dia, no máximo de 900 € / ano
Ajuda domiciliária por Incapacidade após hospitalização com cirurgia (reabilitação, fisioterapia, enfermagem) ou governanta	200 € / ano
Outras coberturas de Assistência às Pessoas Seguras	Consultar as Condições Especiais

INFORMAÇÕES UTEIS

ÂMBITO DO SEGURO

Reembolso - Utilização exclusiva para reembolso de despesas pré-comparticipadas pelo subsistema

Reembolso + Rede Advancecare - Conjugação de reembolso de despesas pré-comparticipadas e possibilidade de utilização da rede Advancecare em regime convencionado.

Reembolso e Rede Advancecare (Sem Complemento) – Utilização da Rede Advancecare e reembolso de despesas não sujeitas a complementaridade

RISCOS COBERTOS / RISCOS EXCLUÍDOS:

Para melhor informação dos riscos cobertos e dos excluídos pela apólice, deverá consultar o Art.º 6º (Exclusões) da Informação Pré-contratual/Condições Gerais e as Condições Especiais das coberturas contratadas.

PERÍODOS DE CARÊNCIA

Para melhor informação dos períodos de carência aplicáveis às coberturas subscritas, deverá consultar o Art.º10º (Entrada em Vigor das Garantias) da Informação Pré-contratual/Condições Gerais e Especiais da Apólice.

Informamos ainda que em caso de Seguro Novo proveniente de apólice de outro Segurador, as condições de isenção de carência são as indicadas no Artº8º, do mesmo documento.

PORTAL ADVANCECARE

De forma a poder consultar on-line toda a informação sobre o seu contrato de saúde, nomeadamente: dados pessoais, apólice, extracto, despesas, reembolsos e pedidos de autorização, sugerimos que proceda ao seu registo no Portal do Cliente, no site da AdvanceCare.

Em alternativa, poderá pedir a sua password de acesso através da nossa Linha Açoreana Imed - **808 20 20 05**.

ACESSO À REDE DE PRESTADORES:

- A Rede Médica está permanentemente actualizada em www.advancecare.com;
- No âmbito de Reembolso o acesso é exclusivo à rede Bem Estar;
- Indicar sempre que se possui um seguro de saúde no momento da marcação.
- Confirmar sempre que o acto médico a realizar está contratado junto do médico/clínica seleccionado(a).

ASSISTÊNCIA ÀS PESSOAS

Para accionar esta cobertura é necessário solicitar a assistência, através da Linha Açoreana Imed, para qualquer dos serviços indicados e condições de acesso, conforme definido na respectiva Condição Especial. O serviço de atendimento telefónico funciona 24 horas por dia. Do estrangeiro ligue **+351 217 225 508**

Linha Açoreana Imed de atendimento a clientes, disponível das 08h30 às 18h30 nos dias úteis, excepto o serviço de assistência acessível 24h/365 dias
808 20 20 05

A consulta destas informações não dispensa a leitura das informações pré-contratuais/condições Gerais e Especiais da Apólice que prevalecem para todos os efeitos legais e Contratuais.

CONTINUAÇÃO

PROCEDIMENTOS PARA UTILIZAÇÃO DO SEGURO

a) ÂMBITO REEMBOLSO

Dentro Rede do Subsistema (Regime Convencionado):

• Após consulta ou acto médico efectuado na Rede do Subsistema, deve ser pago o valor relativo ao co-pagamento e enviado o respectivo recibo para reembolso ao abrigo do seguro, seguindo os procedimentos para reembolso de despesas (ver procedimentos para reembolso de despesas).

Fora da Rede do Subsistema (Regime Livre):

• Após consulta ou acto médico efectuado, deve ser pago o valor da despesa, e enviado o recibo para comparticipação do subsistema. O remanescente poderá ser enviado para comparticipação da seguradora, seguindo os procedimentos para reembolso de despesas.

b) ÂMBITO REEMBOLSO E REDE ADVANCECARE

b1) VERTENTE REEMBOLSO

Dentro Rede do Subsistema (Regime Convencionado):

• Após consulta ou acto médico efectuado na Rede do Subsistema, deve ser pago o valor relativo ao co-pagamento e enviado o respectivo recibo para reembolso ao abrigo do seguro, seguindo os procedimentos para reembolso de despesas.

Fora da Rede do Subsistema (Regime Livre):

• Após consulta ou acto médico efectuado, deve ser pago o valor da despesa, e enviado o recibo para comparticipação do subsistema. O remanescente poderá ser enviado para comparticipação da seguradora, seguindo os procedimentos para reembolso de despesas.

b2) VERTENTE REDE ADVANCECARE

Dentro da Rede Advancecare:

• Após consulta ou acto médico através da Rede Advancecare, deve ser efectuado o pagamento do valor relativo à percentagem não comparticipada pela seguradora.

Fora da Rede Advancecare:

• Após consulta ou acto médico efectuado, deve ser pago o valor da despesa, e enviado o recibo para comparticipação da seguradora, seguindo os procedimentos para reembolso de despesas.

PROCEDIMENTOS PARA REEMBOLSO DE DESPESAS

O prazo limite para entrega das despesas é de 180 dias, a contar da data da sua ocorrência;

Deverá ser solicitado um pedido de reembolso personalizado (com todos os dados da pessoa segura), através da linha Açoreana IMED (808 20 20 05);

A documentação a enviar para reembolso de despesas ao abrigo do seguro de saúde é a seguinte:

- **Despesas Pré-Comparticipadas:** Cópia das despesas efectuadas e cópia da declaração do Subsistema, acompanhadas do pedido de reembolso personalizado. Nas situações em que a despesa diz respeito apenas a um acto médico pode ser enviado o extracto que apresenta o valor total de pré-comparticipação. Tratando-se apenas de um acto médico, o valor pré-comparticipado que consta no extracto dirá respeito, exclusivamente, a este;
- **Despesas Não Comparticipadas:** Original das despesas efectuadas e prescrição médica, acompanhadas do pedido de reembolso personalizado.

Os actos médicos sujeitos a pré-autorização, uma vez que os mesmos tenham sido efectuados ao abrigo do Subsistema, ficam sujeitos a validação clínica e contratual, caso não estejam ao abrigo do subsistema deverão ser observados os procedimentos do ponto seguinte.

PEDIDOS DE AUTORIZAÇÃO (DENTRO E FORA DA REDE ADVANCECARE)

Dentro da Rede de Prestadores:

A pré-autorização será pedida pelo médico que faz a prescrição.

Fora da Rede de Prestadores e sem complemento do subsistema:

A pré-autorização deverá ser pedida pela pessoa segura, através da Linha imed, a qual será emitida e enviada ao seu cuidado.

ACTOS QUE PRECISAM DE SER PREVIAMENTE AUTORIZADOS PELA AÇOREANA (DENTRO E FORA DA REDE ADVANCECARE):

O internamento hospitalar, as cirurgias, os tratamentos de fisioterapia, os tratamentos de quimioterapia, a terapia da fala e o Parto.

- Para uma rápida resposta deverá ser disponibilizada, antecipadamente, toda a informação clínica necessária à avaliação do processo - pedido de autorização, cópias de exames médicos, relatórios médicos, comprovativo de consulta de urgência;
- O pedido de autorização deverá ser remetido com uma antecedência mínima de, pelo menos, 8 dias úteis, para envio atempado do termo de responsabilidade ao prestador/ clínica/ hospital;
- Em situações de urgência, o pedido de autorização deverá ser enviado nas 24h a contar da data de ocorrência.

Proposta N.º

Apólice N.º

N.º de Titular

(A preencher pela Companhia)



ACOREANA
SEGUROS
GRUPO BANIF

Questionário Médico

Este Questionário Médico faz parte integrante da proposta individual de seguro Açoreana Imed - Complemento de Subsistemas. Responda, por favor, às perguntas abaixo (o preenchimento é obrigatório para todas as pessoas seguras).

QUESTÕES	PESSOAS SEGURAS									
	PS 1		PS 2		PS 3		PS 4		PS 5	
SOBRE O PESO E ALTURA										
1. Peso (em quilogramas)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
2. Altura (em centímetros)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
3. Tensão Arterial	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
A. SOFRE OU SOFREU DE DOENÇAS DO CORAÇÃO										
1. Doenças do Músculo Cardíaco / Miocardiopatias, Insuficiência Cardíaca	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Endocardites, Pericardites, Arritmias	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Doenças das Coronárias: Angina de Peito ou Enfarte Agudo do Miocárdio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Doenças das Válvulas: Próteses Valvulares, Prolapsos, outras	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B. SOFRE OU SOFREU DE DOENÇAS DO APARELHO DIGESTIVO										
1. Doenças Crónicas do Fígado: Cirrose e Insuficiência Hepática	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Hepatite B, Hepatite C	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Pancreatite, Colite	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Úlceras Pépticas, Hérnias, Diverticulites	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Litíases, Cálculos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C. SOFRE OU SOFREU DE DOENÇAS DOS RINS, VIAS URINÁRIAS, GENITAIS E MAMA										
1. Insuficiência Renal ou Diálise ou Amiloidose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Útero, Ovários, Próstata	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Rim Único por Nefrectomia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Tuberculose Renal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Litíase Renal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D. SOFRE OU SOFREU DE DOENÇAS DO APARELHO RESPIRATÓRIO										
1. Efisema Pulmonar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Insuficiência Respiratória	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Asma, Bronquite Crónica, Apneia do Sono	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Preuresia, Pneumotorax	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Tuberculose Pulmonar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Bronquiectasias, Hemoptises	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
E. SOFRE OU SOFREU DE DOENÇAS DOS VASOS OU DO SANGUE										
1. Hemofilia, Anemia, Doenças da Coagulação	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Linfomas, Mielomas, Leucemia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Arterioesclerose, Aneurisma, Doença Arterial Periférica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Hipertensão Arterial em tratamento	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Acidente Vascular Cerebral (AVC)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Insuficiência Venosa, Varizes, Tromboflebite, Trombose Venosa Profunda	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
F. SOFRE OU SOFREU DE DOENÇAS DOS OSSOS OU ARTICULAÇÕES										
1. Artroses, Coxartrose, Gonartrose, Ormatrose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Reumatismo Articular: Artrite Úrica, Artrite Reumatóide, Espondilite ou outras Artrites	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Osteoporose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
G. SOFRE OU SOFREU DE DOENÇAS NEUROLÓGICAS OU MENTAIS										
1. Doença de Alzheimer, Encefalopatia, Espongiforme ou outras	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Doença de Parkinson	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Doenças do Neurónio Motor, Esclerose Múltipla, outras	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Encefalites ou Meningites	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Epilépsia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Hérnias Disciais da Coluna Vertebral	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Neuropatias Periféricas (Dor Ciática), Doença dos Pézinhos (PAF), defice de Vitamina B12 e outras	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Depressão, Doença Bipolar, Esquizofrenia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
H. SOFRE OU SOFREU DE DOENÇAS METABÓLICAS E OU ENDÓCRINAS										
1. Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Obesidade	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Doenças das Suprarenais / Doença de Cushing	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Doença da Tiróideia / Bócio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Cota- Ácido Úrico Elevado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Colestrol Elevado, outros	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Questionário Médico (CONTINUAÇÃO)

QUESTÕES - CONTINUAÇÃO

PESSOAS SEGURAS

Para responder às questões coloque um X na quadrícula respectiva **SIM** ou **NÃO**.
No caso de responder SIM, indique quais na alínea respectiva colocando um X.

	PS 1		PS 2		PS 3		PS 4		PS 5	
	SIM	NÃO	SIM	NÃO	SIM	NÃO	SIM	NÃO	SIM	NÃO
I. SOFRE OU SOFREU DE DOENÇAS IMUNOLÓGICAS OU INFECCIOSAS OU DA PELE										
1. Muscoviscidose ou Miopatia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. SIDA - Síndrome de Imunodeficiência Adquirida/HIV	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Lúpus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Fibrose Quística	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Psoríases ou Urticária Inespecífica e outras	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
J. SOFRE OU SOFREU DE DOENÇAS DOS ÓRGÃOS DOS SENTIDOS										
1. Visão	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
a) Miopia, Astigmatismo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Glaucoma e Deslocamentos da Retina	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Cataratas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Audição	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
a) Diminuição da Acuidade Auditiva	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Otites Crónicas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Otoesclerose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
L. DOENÇA ONCOLÓGICA - CANCRO OU OUTROS TUMORES MALIGNOS										
1. Nos últimos 10 anos sofreu de doença oncológica (Cancro ou Tumor Maligno)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Foi-lhe diagnosticado e ou aconselhado tratamento a tumores, nódulos ou quistos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
M. JÁ FEZ OU FAZ TRATAMENTO OU ESTÁ SUJEITO(A) A VIGILÂNCIA MÉDICA OU AGUARDA OU VAI REALIZAR ALGUNS EXAMES MÉDICOS?										
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
N. NOS ÚLTIMOS 5 ANOS ESTEVE HOSPITALIZADO(A)?										
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
O. OUTRAS DOENÇAS (CASO NÃO CONSTEM NOS GRUPOS ANTERIORES)										
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Se respondeu SIM indique obrigatoriamente:

PS	Diagnóstico / Doença	(Mês / Ano)	Consultas	(Mês / Ano)
<input type="checkbox"/>	_____	<input type="text" value="M"/> <input type="text" value="M"/> <input type="text" value="A"/> <input type="text" value="A"/> <input type="text" value="A"/> <input type="text" value="A"/>	_____	<input type="text" value="M"/> <input type="text" value="M"/> <input type="text" value="A"/> <input type="text" value="A"/> <input type="text" value="A"/> <input type="text" value="A"/>
	Nome do Médico _____ Especialidade _____ Morada _____			
<input type="checkbox"/>	_____	<input type="text" value="M"/> <input type="text" value="M"/> <input type="text" value="A"/> <input type="text" value="A"/> <input type="text" value="A"/> <input type="text" value="A"/>	_____	<input type="text" value="M"/> <input type="text" value="M"/> <input type="text" value="A"/> <input type="text" value="A"/> <input type="text" value="A"/> <input type="text" value="A"/>
	Nome do Médico _____ Especialidade _____ Morada _____			
<input type="checkbox"/>	_____	<input type="text" value="M"/> <input type="text" value="M"/> <input type="text" value="A"/> <input type="text" value="A"/> <input type="text" value="A"/> <input type="text" value="A"/>	_____	<input type="text" value="M"/> <input type="text" value="M"/> <input type="text" value="A"/> <input type="text" value="A"/> <input type="text" value="A"/> <input type="text" value="A"/>
	Nome do Médico _____ Especialidade _____ Morada _____			
<input type="checkbox"/>	_____	<input type="text" value="M"/> <input type="text" value="M"/> <input type="text" value="A"/> <input type="text" value="A"/> <input type="text" value="A"/> <input type="text" value="A"/>	_____	<input type="text" value="M"/> <input type="text" value="M"/> <input type="text" value="A"/> <input type="text" value="A"/> <input type="text" value="A"/> <input type="text" value="A"/>
	Nome do Médico _____ Especialidade _____ Morada _____			

DECLARAÇÃO DE DOENÇAS PRÉ-EXISTENTES

Ambas as partes acordam de forma expressa e irrevogável que o contrato de seguro de doença, que terá como base a presente proposta, não cobre nenhum risco relacionado com a prestação de cuidados de saúde decorrente de qualquer doença pré existente, à data da sua celebração, nomeadamente as doenças pré-existentes declaradas no questionário anexo da presente proposta de saúde.

ASSINATURA(S) DA(S) PESSOA(S) SEGURA(S)

PS 1 _____,

PS 2 _____ PS 3 _____

PS 4 _____ PS 5 _____

Observações: Tratando-se de agregado familiar que integre menores, a assinatura deve ser do seu representante legal.

DECLARAÇÃO DO TOMADOR DO SEGURO / PESSOA(S) SEGURA(S)

O contrato de seguro individual em que o tomador seja uma pessoa singular só se considera aceite em caso de silêncio do Segurador, decorridos 14 dias contados da recepção da proposta ou da recepção de todos os documentos ou informações adicionais/complementares solicitadas pelo Segurador. Para o efeito, a proposta só se considera recebida pelo Segurador no momento em que for entregue na Sede, nos Serviços Centrais ou numa das Sucursais do Segurador, pessoalmente, por correio registado ou através de fax. **Antes de decorrido o referido prazo o seguro não está aceite.**

Autorizo(amos) expressamente os médicos e outros prestadores de cuidados de saúde que possuam elementos reportados à minha/nossa situação clínica, a que possam fornecer todos esses elementos clínicos aos serviços clínicos do Segurador, sem que tal consubstancie qualquer quebra da respectiva confidencialidade, bem assim como a prestação de todas e quaisquer informações relacionadas com os serviços médicos e de saúde que me (nos) tenham sido prestados.

Autorizo(amos) também o tratamento automatizado de todos estes elementos clínicos bem como dos constantes do Questionário Médico, sem prejuízo de os poder consultar e corrigir a todo o tempo. O Segurador poderá transmitir os dados pessoais de identificação reportados ao tomador do seguro e a cada uma das pessoas seguras bem como do respectivo contrato, a entidades subcontratadas para assegurarem especificamente o serviço de assistência.

Autorizo(amos) expressamente o Segurador a transmitir, sob regime de absoluta confidencialidade às entidades subcontratadas para efeitos de Gestão de Sinistros de contratos de seguro de doença, todos os dados e elementos recolhidos, inclusive sobre o meu (ou nosso) estado de saúde e respectivos elementos clínicos. Autorizo(amos) também, para fins específicos deste contrato, a interconexão de dados entre os ficheiros do segurador e os das entidades anteriormente referidas. Declaro(amos) que me (nos) foram transmitidas nos termos legais todas as informações pré-contratuais necessárias e prestados todos os devidos esclarecimentos sobre o contrato de seguro proposto e bem assim sobre as condições gerais e especiais aplicáveis.

Declaro(amos) que tomei(amos) conhecimento que estou(amos) obrigado(s) a responder com exactidão e veracidade a todas as questões colocadas nesta proposta e a declarar todas as circunstâncias ou factos que conheça(mos) e que sejam significativos para a avaliação do risco proposto, mesmo que não tenham sido solicitados expressamente no questionário médico, devendo-o fazer no campo assinalado para o efeito ou em declaração a solicitar anexa à presente proposta sob pena de me(nos) serem aplicáveis as consequências previstas nas Condições Gerais da Apólice.

ASSINATURA(S) DO TOMADOR DO SEGURO / PESSOA(S) SEGURA(S)

O Tomador do Seguro _____

PS 1 _____, [D][D][M][M][A][A][A][A]

PS 2 _____ PS 3 _____

PS 4 _____ PS 5 _____

Observações: Tratando-se de agregado familiar que integre menores, a assinatura deve ser do seu representante legal.

COMUNICAÇÃO PARA ENDEREÇO ELECTRÓNICO

Autorizo que as comunicações referentes a este contrato de seguro, caso o mesmo seja aceite pela Seguradora, possam ser efectuadas através do seu envio para o meu endereço electrónico _____@_____

O Tomador do Seguro _____, [A][A][A][A] - [M][M] - [D][D]