

Proposta de Seguro

6. Pessoas a Segurar

Tomador do Seguro ☐ Dependentes ☐

Dependentes

#	Nome próprio	Apelido	Relação com o preponente* (filho(a), esposo(a), etc.)	Data de Nascimento		
				Dia	Mês	Ano
1						
2						
3						
4						

* Filhos até 24 anos, desde que estudantes a tempo inteiro. Prova será exigida.

7. Questionário de Saúde

Responda por favor às perguntas abaixo indicadas divulgando toda a informação pertinente se qualquer doença ou sintomatologia for do seu conhecimento ou dela se suspeite. Exemplos típicos de doenças ou sintomas são: varizes, alergias, dores de costas, paludismo, hemorróidas, problemas ginecológicos (irregularidades menstruais, etc.), problemas de ouvidos, nariz, garganta ou quaisquer dores, inchaços ou caroços.

Esta informação deve ser divulgada mesmo que não tenha sido consultado um médico e refere-se ao proponente e a todos os dependentes a segurar.

O preenchimento da informação seguinte é obrigatório para todas as pessoas seguras.

Questionário

Peso (Kg) _____

Altura (Cm) _____

	Proponente		Dependente 1		Dependente 2		Dependente 3		Dependente 4	
	Nome:		Nome:		Nome:		Nome:		Nome:	
	Sim	Não	Sim	Não	Sim	Não	Sim	Não	Sim	Não
1. Sofre ou sofreu de doenças do coração? Miocardites, Arritmias, Coronárias, Angina de peito, Enfarte.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
2. Sofre ou sofreu de doenças do aparelho digestivo? Fígado, Cirrose, Hepatite, Pancreatite, Colite, Úlceras, Hénias, Diverticulos, Cálculos, Litiases.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
3. Sofre ou sofreu de doenças dos rins, vias urinárias ou genitais? Insuficiência renal, Diálise, Útero, Ovários, Prostata, Pedra no rim	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
4. Sofre ou sofreu de doenças do aparelho respiratório? Enfisema, Asma, Bronquite, Tuberculose, Broquite crónica, Pneumotórax, Hemoptises.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
5. Sofre ou sofreu de doenças dos vasos ou do sangue? Hemofilia, Linfomas, Mielomas, Anemia, hipertensão arterial em tratamento, Arteriosclerose, Avc, Coleserol, Varizes.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
6. Sofre ou sofreu de doenças dos ossos ou articulações? Artroses, Artrites, Hérnias discais, Osteoporose.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
7. Sofre ou sofreu de doenças neurológicas ou mentais? Alzheimer, Parkinson, Escleroses, Meningite, Epilepsia, Neuropatias, Dor ciática.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
8. Sofre ou sofreu de doenças metabólicas ou endócrinas? Diabetes, Obesidade, Tiróide.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
9. Sofre ou sofreu de doenças imunológicas ou infecciosas da pele? Sida, Miopatia, Lúpus, Fibrose quística, Psoríase, Urticária.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
10. Sofre ou sofreu de doenças dos órgãos dos sentidos? Visão, Audição.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
11. Cancro ou outros tumores malignos?	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
12. Outras doenças? (caso não conste nos grupos acima)	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Proposta de Seguro

7. Questionário de Saúde (continuação)

Se seleccionou "Sim" nas perguntas anteriores, por favor, indique o número da pergunta, as patologias, especialidade, médico assistente, assim como, as respectivas datas.

Nome	Nº	Patologias	Data de diagnóstico	Especialidade	Médico Assistente	Data da última consulta
			__/__/__		Dr. (a):	__/__/__
			__/__/__		Dr. (a):	__/__/__
			__/__/__		Dr. (a):	__/__/__
			__/__/__		Dr. (a):	__/__/__
			__/__/__		Dr. (a):	__/__/__
			__/__/__		Dr. (a):	__/__/__
			__/__/__		Dr. (a):	__/__/__
			__/__/__		Dr. (a):	__/__/__

8. Assinaturas

Condições Preexistentes

Este seguro exclui quaisquer condições clínicas que tenham sido diagnosticadas ou requerido tratamento médico (incluindo medicamentos prescritos ou para as quais eu (nós) tenha/tenhamos procurado aconselhamento médico (incluindo "check-up") ou sintomas não diagnosticados quer sejam investigados ou não dentro de um período de dois anos imediatamente anteriores ao primeiro dia do seguro.

Eu (nós) compreendo/compreendemos que a seguir a dois anos de cobertura de seguro contínuo as condições clínicas preexistentes tornar-se-ão elegíveis para benefício, se na primeira vez em que receber tratamento eu (nós) não tenha/tenhamos:

(a) consultado qualquer Médico para tratamento ou aconselhamento médico, ou (b) administrado medicação (incluindo medicamentos prescritos, dietas especiais, injecções) para tal condição clínica ou qualquer condição relacionada por um período contínuo de dois anos.

Declaração

Eu pela presente solicito inscrição no plano juntamente com as pessoas a serem seguradas listadas acima. Declaro com perfeita consciência em nome de todas as pessoas a serem seguradas sob esta proposta que li e entendi perfeitamente a definição de Condições Preexistentes. Acorda-se que esta declaração e informação aqui prestada constituirão a base do(s) contratos(s) entre a(s) Pessoa(s) Segura(s) e o Segurador.

Local: _____

Data: ____ / ____ / ____

Protteja Seguros, S.A.

Tomador do Seguro