

Seguro de Saúde - Pedido de inclusão

Novo Alteração

Apólice Grupo

Apólice Individual

Tomador do Seguro

Nome

Pessoa Segura 1
(Empregado)

Nome completo

Nº Emp.

Morada

Data admissão / /

Localidade

Código Postal

N.I.F.

Telefone

E-Mail

Profissão

Data Nascimento / /

Sexo

M F

Nacionalidade

Estado civil

Dados do contrato

Data inclusão no seguro / /

N.I.B.

Comparticipações

Agregado Familiar
(Só preencher se incluído no seguro)

1. Nome

Dt. Nasc. / /

Masc.

Fem.

Profissão

N.I.F.

Grau Parentesco

Cônjuge Descendente

2. Nome

Dt. Nasc. / /

Masc.

Fem.

Profissão

N.I.F.

Grau Parentesco

Descendente

3. Nome

Dt. Nasc. / /

Masc.

Fem.

Profissão

N.I.F.

Grau Parentesco

Descendente

4. Nome

Dt. Nasc. / /

Masc.

Fem.

Profissão

N.I.F.

Grau Parentesco

Descendente

Outros seguros

Alguma das pessoas tem ou teve seguro de saúde?

Não Sim

Indique pessoa segura

Seguradora

Nº Apólice

Já terminou?

Quando?

Porquê?

Existem quaisquer débitos por falta de pagamento de prémios ou fracções de prémios?

Declaro que respondi completamente e com veracidade a todas as perguntas e verifiquei o preenchimento deste pedido de inclusão. Os dados recolhidos serão processados e armazenados informaticamente e destinam-se à utilização nas relações contratuais com a VICTORIA e seus subcontratados. As omissões e as declarações falsas ou inexatas, quer no que respeita a dados de fornecimento obrigatório, quer facultativo, são da responsabilidade do tomador do seguro e/ou das pessoas seguras. 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 com a VICTORIA. Autorizo a VICTORIA a proceder à recolha de dados pessoais complementares, inclusive sobre o meu estado de saúde, junto de organismos públicos, empresas especializadas, médicos ou outras entidades, tendo em vista a confirmação ou complemento dos elementos recolhidos, necessários à gestão da relação contratual. Autorizo igualmente a consulta dos dados pessoais disponibilizados, sob regime de absoluta confidencialidade, às Empresas que integram o Grupo VICTORIA, desde que compatível com a finalidade da recolha dos mesmos.

Feito em

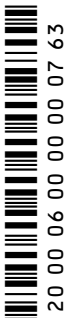
a

de

de

(Assinatura da Pessoa Segura 1)

(Assinatura do Tomador do Seguro)



Nome do Tomador do Seguro

Nome da 1ª Pessoa Segura

Questionário Clínico

1.	Foi hospitalizado?	Pessoa 1	Não	Sim	Pessoa 2	Não	Sim	Pessoa 3	Não	Sim	Pessoa 4	Não	Sim
	Foi submetido(a) a alguma intervenção cirúrgica?		<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:													
	Pessoa segura	Hospital / Clínica / Nome do(s) Médico(s)				Data (mês/ano)				N.º Dias Int.			
Qual o motivo do internamento? _____													
Qual o tratamento e/ou cirurgia realizado? _____													
Encontra-se completamente restabelecido(a) e sem qualquer queixa? _____													

2.	Sofre ou sofreu de: (Sublinhe a doença em causa)	Pessoa 1	Não	Sim	Pessoa 2	Não	Sim	Pessoa 3	Não	Sim	Pessoa 4	Não	Sim
	2.1 OLHOS (miopia, astigmatismo, hipermetropia, estrabismo, cataratas, glaucoma, descolamento da retina, cegueira 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"/>
	2.2 OUVIDOS, NARIZ, GARGANTA (otites, sinusite, amigdalites frequentes, desvio do septo nasal, alterações da voz, pólipos, vertigens, surdez 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"/>
	2.3 APARELHO RESPIRATÓRIO (alergias, asma, apneia do sono, bronquite, tuberculose 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"/>
	2.4 CORAÇÃO E APARELHO CIRCULATORIO (doença cardíaca ou coronária, enfarte, angina de peito, arritmia ou outras doenças do coração ou vasos)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	2.5 VARIZES (má circulação, derrames, flebites)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	2.6 APARELHO DIGESTIVO (gastrite, úlceras, vesícula, refluxo/hérnia do hiato, cirrose 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"/>
	2.7 HÉRNIAS (abdominais, inguinais ou outras) HEMORRÓIDAS, FÍSTULAS OU ABCESSOS		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	2.8 APARELHO URINÁRIO (infecções, cólicas, cálculos 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"/>
	2.9 APARELHO GENITAL FEMININO E MAMA (miomas, quistos, nódulos 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"/>
	2.10 APARELHO GENITAL MASCULINO (fimose, próstata 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"/>
	2.11 DOENÇAS ENDÓCRINAS, METABÓLICAS OU DO SANGUE (tiróide, bócio, obesidade, anemia 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"/>
	2.12 DIABETES, HIPERTENSÃO ARTERIAL		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	2.13 DOENÇAS NEUROLÓGICAS OU MENTAIS (epilepsia, convulsões, vertigens, depressões 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"/>
	2.14 DOENÇAS DA PELE (sinais com alterações, eczema, quistos 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"/>
	2.15 OSSOS E ARTICULAÇÕES (hérnia discal, reumatismo, dor ciática, lombalgias, nevralgias, artroses ou artrite, escoliose, espondilose, cifose, gota, tendinite, joanetes 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"/>
	2.16 DOENÇAS INFECTO-CONTAGIOSAS, TROPICAIS E SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS (SIDA, hepatite B ou C, malária, sífilis 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"/>
	2.17 TUMORES (benignos ou malignos)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	2.18 DEFICIÊNCIA FÍSICA OU DOENÇA CONGÉNITA		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	2.19 OUTRAS DOENÇAS		<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:

Pessoa segura	Diagnóstico (mês/ano)	Consulta (mês/ano)	Nome do médico e especialidade
---------------	-----------------------	--------------------	--------------------------------

Qual a doença e quais os tratamentos realizados? Qual o estado actual? Prevê que possa necessitar de outros tratamentos e/ou intervenção cirúrgica?

Caso use óculos ou lentes de contacto (2.1), indique a graduação (OE – olho esquerdo, OD – olho direito)

Pessoa 1	OE	OD	Pessoa 2	OE	OD	Pessoa 3	OE	OD	Pessoa 4	OE	OD
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

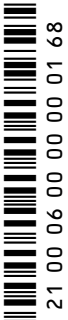
Em caso de resposta afirmativa a 2.12 (diabetes, hipertensão arterial) indique:

Pessoa segura	Tensão arterial		Glicémia em jejum, mg/l:mmol/l (em alternativa, junte últimas análises)
	Mínima (sistólica) mmHG	Máxima (diastólica) mmHG	

3.	Nos últimos 2 anos foram feitos exames complementares de diagnóstico (análises, teste de SIDA, Rx, electrocardiograma, electroencefalograma, ecografia, endoscopia, TAC, ressonância magnética, biópsia ou outros)?	Pessoa 1	Não	Sim	Pessoa 2	Não	Sim	Pessoa 3	Não	Sim	Pessoa 4	Não	Sim
			<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:													
	Pessoa segura	Data (mês/ano)	Exames Realizados										

Dê todos os detalhes (Porquê? Quem prescreveu? Quais os resultados?) Envie os exames ou fotocópias dos relatórios, a título devolutivo.

WEBDOC FINC 08.06



Questionário Clínico

4. Toma ou tomou regularmente algum medicamento?

Pessoa 1	Não <input type="checkbox"/>	Sim <input type="checkbox"/>	Pessoa 2	Não <input type="checkbox"/>	Sim <input type="checkbox"/>	Pessoa 3	Não <input type="checkbox"/>	Sim <input type="checkbox"/>	Pessoa 4	Não <input type="checkbox"/>	Sim <input type="checkbox"/>
----------	------------------------------	------------------------------	----------	------------------------------	------------------------------	----------	------------------------------	------------------------------	----------	------------------------------	------------------------------

Se respondeu SIM indique obrigatoriamente:

Pessoa segura	Data (mês/ano)	Exames Realizados	Nome do(s) medicamento(s)

Dê todos os detalhes (Porquê? Quem prescreveu? Quais os resultados?)

Envie os exames ou fotocópias dos relatórios, a título devolutivo.

5. Nos últimos 2 anos consultou algum médico?

Pessoa 1	Não <input type="checkbox"/>	Sim <input type="checkbox"/>	Pessoa 2	Não <input type="checkbox"/>	Sim <input type="checkbox"/>	Pessoa 3	Não <input type="checkbox"/>	Sim <input type="checkbox"/>	Pessoa 4	Não <input type="checkbox"/>	Sim <input type="checkbox"/>
----------	------------------------------	------------------------------	----------	------------------------------	------------------------------	----------	------------------------------	------------------------------	----------	------------------------------	------------------------------

Se respondeu SIM indique obrigatoriamente:

Pessoa segura	Data (mês/ano)	Nome do médico e especialidade

Motivo das consultas realizadas:

Indique quais os tratamentos e/ou exames prescritos:

- 6. Tem dores ou outras queixas não esclarecidas?
- 7. Alguma vez interrompeu as suas actividades normais mais de 7 dias devido a doença ou acidente?
- 8. Alguma vez efectuou consulta(s), tratamento(s) ou cura de desintoxicação por tóxico-dependência ou alcoolismo?
- 9. Foi submetido a algum tratamento (fisioterapia, quimioterapia, radioterapia, transfusão de sangue/hemoderivados ou outros)?

Pessoa 1	Não <input type="checkbox"/>	Sim <input type="checkbox"/>	Pessoa 2	Não <input type="checkbox"/>	Sim <input type="checkbox"/>	Pessoa 3	Não <input type="checkbox"/>	Sim <input type="checkbox"/>	Pessoa 4	Não <input type="checkbox"/>	Sim <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"/>	<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"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Se respondeu SIM às questões 6,7,8 ou 9 indique obrigatoriamente:

Pessoa segura	Data (mês/ano)	Dê todos os detalhes

10. Consome habitualmente tabaco?
Indique a quantidade: _____ cigarros/dia

Pessoa 1	Não <input type="checkbox"/>	Sim <input type="checkbox"/>	Pessoa 2	Não <input type="checkbox"/>	Sim <input type="checkbox"/>	Pessoa 3	Não <input type="checkbox"/>	Sim <input type="checkbox"/>	Pessoa 4	Não <input type="checkbox"/>	Sim <input type="checkbox"/>
----------	------------------------------	------------------------------	----------	------------------------------	------------------------------	----------	------------------------------	------------------------------	----------	------------------------------	------------------------------

11. Está grávida?

Não Sim Pessoa Segura Nº _____ Meses _____

12. Peso (Kg) e altura (Cm)

Pessoa 1	_____ Kg	Pessoa 2	_____ Kg	Pessoa 3	_____ Kg	Pessoa 4	_____ Kg
_____ Cm	_____ Cm	_____ Cm	_____ Cm	_____ Cm	_____ Cm	_____ Cm	_____ Cm

13. Médicos

Médico Assistente ou Médico de Família

Morada/Centro de Saúde

Pessoa 1	_____	_____
Pessoa 2	_____	_____
Pessoa 3	_____	_____
Pessoa 4	_____	_____

Médico Ginecologista

Nome: _____

Morada: _____

WEBDOC FINC 08.06

Feito em _____ a _____ de _____ de _____

(Assinatura da 1ª Pessoa Segura)

(Assinatura da 2ª Pessoa Segura)