



Número Médic do Titular □□□□□□□□□□□□	Sucursal □□□□□□
Nome completo da Pessoa Segura a incluir: _____	
Data de Nascimento: □□□□□□□□ <small>D D M M A A A A</small>	Sexo: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F

QUESTIONÁRIO MÉDICO - INFORMAÇÃO CONFIDENCIAL

Morada: _____

Código Postal: _____

Localidade: _____

NIB □□□□□□□□□□□□□□□□

N.º Contribuinte: _____

Tomador do Seguro (Preencher no caso de Empresa/Grupo, com o respectivo nome) _____

Titular do Seguro: _____

N.º Apólice: _____

N.º Empregado _____

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 pretendida. Sempre que responder SIM descreva a situação o mais pormenorizadamente possível. O preenchimento incompleto deste formulário, não será aceite, originando um pedido de esclarecimento adicional que poderá atrasar consideravelmente a análise e decisão final por parte da Direcção Médica da Médic. O presente questionário faz parte integrante da Proposta de Seguro (Clientes Particulares) ou do Boletim de Adesão (Clientes Empresas). Nos termos do artigo 429.º do Código Comercial, "toda a declaração inexacta, assim como toda a reticência de factos ou circunstâncias conhecidas pelo Segurado ou quem fez o seguro, e que teriam podido influir sobre a existência ou condições do contrato tornam o seguro nulo. Se da parte de quem fez as declarações tiver havido má fé o Segurador terá direito ao prémio". As declarações inexactas ou reticentes ou a omissão de factos, tornam o pedido de adesão nulo e sem qualquer efeito ou, na vigência do contrato libertam o Segurador do pagamento de qualquer indemnização.

ÍNDICES BIOMÉTRICOS E HÁBITOS

Altura (m, cm) □□□□

Peso (Kg) □□□□

Tensão Arterial □□□□

(máx.) □□□□

(mín.) □□□□

Bebe bebidas alcoólicas?

 Sim Não

Se sim, indique qual o consumo diário? _____

Que bebida(s) ingere? _____

Fuma?

 Sim Não

Se sim, indique 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:

 Insuficiência Cardíaca (1) Pericardite (1) Tromboflebite (1) Hipertensão Arterial (1) Enfarte ou Angina de Peito (1) Doenças de Válvulas (1) Endocardite (1) Outras (_____) Arritmias ou Bloqueios / Pacemaker Miocardiopatia (1) Varizes**B - Doenças do Aparelho Respiratório?** SIM NÃO

Se sim, indique qual:

 Insuficiência Respiratória (1) Bronquite Crónica (1) Bronquiectasias (1) Pneumotórax (1) Doenças Alérgicas Respiratórias Enfisema (1) Fibrose Pulmonar (1) Outras (_____) Asma (1) Tuberculose Pulmonar (1) Pleuresia (1)**C - Doenças do Tubo Digestivo?** SIM NÃO

Se sim, indique qual:

 Doença do Esófago (1) Úlcera Gastro-Duodenal Doença de Crohn (1) Hérnia Inguinal Hérnia do Hiato Diverticulose do Cólon Colite Ulcerosa (1) Hemorragia Digestiva (1) Gastrite Crónica Polipos Intestinais (1) Hemorroidas Outras (_____)**D - Doenças do Fígado, Vias Biliares e Pâncreas?** SIM NÃO

Se sim, indique qual:

 Doença Crónica do Fígado ou Cirrose (1) Pancreatite (1) Outras (_____) Hepatite B, C, D ou E (1) Cálculos Biliares**E - Doenças do Aparelho Genito-Urinário?** SIM NÃO

Se sim, indique qual:

 Insuficiência Renal (1) Nefrite Crónica (1) Doença da Próstata (1) Hemodiálise Litíase Renal Infertilidade Masculina Transplantação Renal Doenças das Vias Urinárias (1) Outras (_____)**F - Doenças do Osso, Sistema Músculo-Esquelético e Tecido Conjuntivo?** SIM NÃO

Se sim, indique qual:

 Polimiosite (Dermatomiosite) (1) Espondilose Cifose Ciática Espondilite Anquilosante (1) Hérnia de Disco Ombro Doloroso (1) Artrite Reumatóide (1) Esclerose Sistémica (Esclerodermia) (1) Escoliose Lombalgia Fracturas (2) Lúpus Eritematoso Disseminado (1) Artrose Osteoporose Outras (_____)**G - Doenças de Pele?** SIM NÃO

Se sim, indique qual:

 Dermatite de Contacto Dermatite Seborreica Acne Dermatite Atópica Infecção Fúngica da Pele Urticária / Angiodema Dermatite de Estase / Úlcera da Perna Psoríase Outras (_____)**H - Doenças do Sistema Nervoso?** SIM NÃO

Se sim, indique qual:

 Traumatismo Craniano ou Vertebro-Medular (3) Epilepsia (1) Esclerose Múltipla (1) Esquizofrenia (1) Parkinson (1) Demência (1) Doença Bipolar (1) Depressão Trombose / Acidente Vascular Cerebral Outras (_____)**I - Doenças de Sangue?** SIM NÃO

Se sim, indique qual:

 Anemia (1) Leucemia (Aguda / Crónica) (1) Mieloma Múltiplo (1) Hemofilia (1) Linfoma (Hodgkin / Não Hodgkin) (1) Mielodisplasia (1) Púrpura (1) Outras (_____)

ANTECEDENTES PESSOAIS - Tem ou alguma vez lhe foi diagnosticada alguma das seguintes doenças?

J - Doenças Endocrinológicas? SIM NÃO Se sim, indique qual:
 Doença da Tireoideia (1) Tumor da Hipófise (1) Diabetes Mellitus Tipo 2 Outras (_____)
 Doenças das Suprarrenais (1) Diabetes Mellitus Tipo 1 Anorexia Nervosa (1)

K - Doenças do Metabolismo? SIM NÃO Se sim, indique qual:
 Elevação do Colesterol Elevação dos Triglicéridos Elevação do Ácido Úrico (Gota) Outras (_____)

L - Doenças dos Olhos? SIM NÃO Se sim, indique qual:
 Diminuição da Acuidade Visual / Uso de Óculos Graduados ou Lentes de Contacto (Miopia, Astigmatismo, Hipermetropia) Glaucoma
 Estrabismo Catarata Doença da Retina Outras (_____)

M - Doenças dos Ouvidos, Nariz e Garganta? SIM NÃO Se sim, indique qual:
 Diminuição da Acuidade Auditiva / Uso de Próteses Auditivas Amigdalites e Adenóides de Repetição Vertigens
 Otite de Repetição ou Crónica Sinusite Alteração do Septo do Nariz Outras (_____)

N - Doenças do Aparelho Ginecológico? SIM NÃO Se sim, indique qual:
 Nódulos Benignos da Mama Tumor Uterino (Benigno) (1) Endometriose Outras (_____)
 Tumor Anexial (Benigno) (1) Prolapso Uterino Infertilidade Feminina

O - Doenças Infecciosas? SIM NÃO Se sim, indique qual:
 Portador do HIV ou Sida (1) Sífilis (1)
 Tuberculose Ganglionar, Renal ou de outro Órgão (1) Outras (_____)

P - Neoplasias? SIM NÃO Se sim, indique qual:
 Pulmão (1) Estômago (1) Próstata (1) Mama (1) Tireoideia (1)
 Útero (1) Cólon (1) Rim (1) Pele (1) Outras (_____)

Q - Doenças Congénitas? SIM NÃO Se sim, indique qual:
 Cardíaca Renal Pulmonar Digestiva Neurológica
 Outras (_____)

Se assinalou alguma doença neste ponto, indique qual: _____
 Descreva a situação clínica: _____

Eclarecimentos / 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 "Fracturas", no ponto "F", indique:
 Localização da fractura: _____ 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(ã) Idade(s) _____

Especifique as causas: _____

Alguns dos seus Familiares sofre de Doença Grave e/ou Crónica? Sim Não Se sim, indique qual: _____

Data e Assinatura

_____, ____/____/____ (Local e Data) _____ (Pessoa Segura)

A informação contida neste documento não dispensa a leitura atenta das respectivas condições contratuais do(s) produto(s), comercializado(s) pela Ocidental - Companhia Portuguesa de Seguros, S.A. e disponíveis nas sucursais Millennium bcp ou em www.millenniumbcp.pt.

Mediador de Seguros Ligado: Banco Comercial Português, S.A., Sociedade Aberta (Millennium bcp) Sede: Praça D. João I, 28 4000-295 Porto * Capital Social 6.064.999.986 Eur * N.º Único de Matricula e de Pessoa Colectiva 501525882. Mediador de Seguros Ligado n.º 207074605 - Data de Registo: 26/06/2007. Autorização para mediação de seguros dos Ramos Vida e Não Vida das Seguradoras Ocidental - Companhia Portuguesa de Seguros de Vida, S.A., Ocidental - Companhia Portuguesa de Seguros S.A. e Médis - Companhia Portuguesa de Seguros de Saúde, S.A. e ainda com a Pensõesger - Sociedade Gestora de Fundos de Pensões, S.A. Informações e outros detalhes do registo disponíveis em www.isp.pt.

Ocidental seguros

Ocidental - Companhia Portuguesa de Seguros, S.A., - Sociedade anónima com sede na Avenida José Malhoa, n.º 27, em Lisboa, pessoa colectiva n.º 501836918 e matriculada sob esse número na Conservatória do Registo Comercial de Lisboa, com o capital social de € 12.500.000,00.
 Morada para correspondência: Tagus Park, Edifício 10 - Piso 1, 2744-005 Porto Salvo.

Médis: marca exclusiva e registada dos produtos geridos pela Médis - Companhia Portuguesa de Seguros de Saúde, S.A., sociedade anónima com sede na Av. José Malhoa n.º 27, 1070-157 Lisboa, Pessoa Colectiva n.º 503 496 944 e matriculada sob esse número na Conservatória do Registo Comercial de Lisboa, com o Capital Social de 12.000.000 Eur, Companhia de Seguros e Resseguros e gestora do sistema integrado de prestação de cuidados de saúde subjacente aos seguros dos ramos Doença, Assistência e Acidentes titulados por Apólices por si emitidas ou por outras seguradoras sob sua autorização.