

Allianz Saúde

Declaração Individual (a preencher por cada uma das pessoas seguras)

Dados Gerais:

Tomador de Seguro

Nome _____

NIF _____

Pessoa Segura

 Titular Cônjuge Filhos

Nome _____

NIF _____ Data de Nascimento _____

Questionário Teleseleção (preencha caso tenha selecionado o módulo Total)

Autorizo responder ao Questionário de Saúde por via telefónica. A chamada será gravada e conservada com a minha autorização prévia. Assim, os meus dados de contacto poderão ser facultados a terceiros prestadores devidamente selecionados pela Allianz Portugal, nomeadamente para a realização de contactos sobre a marcação ou resultados de exames médicos necessários à contratação do seguro.

Permito que me contactem para a Teleseleção utilizando o número de telemóvel abaixo indicado.

Assinatura

Telemóvel

No caso de menores, o consentimento deverá ser dado por quem tem poderes de paternalidade, através da sua assinatura indicando "na vez" e referir o nome do menor e serão considerados o telemóvel e email da pessoa com poder de paternalidade.

Questionário de Saúde (por favor responda detalhadamente a todas as perguntas, ainda que algumas delas possam parecer irrelevantes):

As pessoas que tenham escolhido o módulo Total estão dispensadas do preenchimento deste Questionário de saúde.

Altura	_____	m
Peso	_____	kg
1. Hábitos tabágicos	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim	Nº de cigarros por dia? _____
2. Alergia	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim	Qual? _____
3. Alterações ou Doenças do Coração, do Aparelho Circulatório e/ou Respiratório	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim	
<input type="checkbox"/> Hipertensão Arterial	<input type="checkbox"/> Bronquite	<input type="checkbox"/> Asma
<input type="checkbox"/> Arritmias	<input type="checkbox"/> Embolia	<input type="checkbox"/> Varizes
<input type="checkbox"/> Outras, qual(ais):	<input type="checkbox"/> Enfisema	<input type="checkbox"/> Tuberculose
	<input type="checkbox"/> Angina de Peito	<input type="checkbox"/> Enfarte de miocárdio
4. Alterações ou Doenças do Aparelho Digestivo	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim	
<input type="checkbox"/> Úlcera	<input type="checkbox"/> Hepatite	<input type="checkbox"/> Hemorróidas
<input type="checkbox"/> Hérnia Inguinal	<input type="checkbox"/> Outras, qual(ais):	<input type="checkbox"/> Colite hepática
		<input type="checkbox"/> Cirrose
		<input type="checkbox"/> Pedras na Vesícula
		<input type="checkbox"/> Hérnia do Hiato
5. Alterações ou Doenças dos Rins ou Vias Urinárias	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim	
<input type="checkbox"/> Cólica Renal	<input type="checkbox"/> Pedras nos Rins	<input type="checkbox"/> Insuficiência Renal
<input type="checkbox"/> Outras, qual(ais):	<input type="checkbox"/> Infecção Urinária	<input type="checkbox"/> Sangue na Urina
		<input type="checkbox"/> Doenças da Próstata
6. Alterações ou Doenças de Ossos, Articulações ou Coluna Vertebral	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim	
<input type="checkbox"/> Ciática	<input type="checkbox"/> Artrose	<input type="checkbox"/> Hérnia Discal
<input type="checkbox"/> Alguma malformação ou doença de nascimento	<input type="checkbox"/> Outras doenças, limitações físicas ou invalidez	<input type="checkbox"/> Lombalgia
<input type="checkbox"/> Outras, qual(ais):		<input type="checkbox"/> Reumatismo
		<input type="checkbox"/> Lesões de joelhos
		<input type="checkbox"/> Esq. <input type="checkbox"/> Dir.
		<input type="checkbox"/> Fraturas

7. Alterações ou Doenças dos Olhos

Não Sim
 Hipermetropia Miopia Astigmatismo Cataratas Glaucoma Deslocamento da retina Esq. Dir.
 Outras, qual(ais): _____

8. Alterações ou Doenças do Sistema Nervoso ou Mentais

Não Sim
 Epilepsia Paralisia Depressão Demências
 Outras, qual(ais): _____

9. Tumores, nódulos ou Doenças da Mama, ou outras Alterações Hormonais

Não Sim
 Diabetes Bócio Gota Obesidade Elevação do Colesterol
 Doenças da Tiróide Infertilidade Masculina Infertilidade Feminina Nódulos Benignos da Mama
 Doença ginecológica ou da mama
 Outras, qual(ais): _____

10. Foi-lhe Diagnosticado Cancro ou Princípio de Cancro

Não Sim
 Aparelho respiratório Aparelho digestivo Aparelho génito-urinário Aparelho locomotor
 Sistema endócrino Garganta-Nariz Ouvido
 Outras, qual(ais): _____

11. Esteve Hospitalizado nos Últimos 5 Anos por Doença?

Não Sim Porquê? _____

12. Toma medicamentos com regularidade?

Quais e qual o motivo? _____

13. Sofre ou sofreu de alguma doença ou infeção que não tenhamos perguntado ou, durante o último ano, foi submetido a exames auxiliares de diagnóstico que tivessem detetado alguma doença?

Qual? _____

14. Observações

Assinatura

Data

