Allianz Saúde Empresas

Boletim de Adesão

☐ Novo ☐ Alteração

Escritório Comercial _____ Apólice _____

Mediador _____ Número empregado _____ Adesão _____

Data de admissão na empresa: _____ Data de adesão ao seguro: _____

Grupo a que pertence (no caso em que exista mais do que um grupo no contrato) _____

Dados Gerais:

Aderente

Nome _____

Morada _____ NIF _____

Código-Postal _____ Localidade _____ Concelho _____

E-mail: _____ Sexo _____ Telefone _____

Data de Nascimento _____ Estado Civil _____ Telemóvel _____

Nº filhos _____ Documento de identificação _____ Número _____

Profissão/Atividade _____

IBAN (para reembolso das despesas de saúde) _____

Composição do Agregado Familiar (preenchimento obrigatório em caso de extensão do Seguro de Saúde ao agregado familiar)

Cônjuge Nome _____

NIF _____ Data de nascimento _____ Sexo ____ Data de adesão _____

Telemóvel _____ E-mail _____

Filho 1 Nome _____

NIF _____ Data de nascimento _____ Sexo ____ Data de adesão _____

Telemóvel _____ E-mail _____

Filho 2 Nome _____

NIF _____ Data de nascimento _____ Sexo ____ Data de adesão _____

Telemóvel _____ E-mail _____

Filho 3 Nome _____

NIF _____ Data de nascimento _____ Sexo ____ Data de adesão _____

Telemóvel _____ E-mail _____

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

Pessoas Seguras	Titular	Cônjuge	Filho 1	Filho 2	Filho 3
Altura	m	m	m	m	m
Peso	kg	kg	kg	kg	kg
1. Alergia	☐ Sim ☐ Não	☐ Sim ☐ Não	☐ Sim ☐ Não	☐ Sim ☐ Não	☐ Sim ☐ Não
Qual?					
2. Alterações ou Doenças do Coração, do Aparelho Circulatório e/ou Respiratório	☐ Sim ☐ Não	☐ Sim ☐ Não	☐ Sim ☐ Não	☐ Sim ☐ Não	☐ Sim ☐ Não
Hipertensão Arterial	☐	☐	☐	☐	☐
Bronquite	☐	☐	☐	☐	☐
Asma	☐	☐	☐	☐	☐
Enfisema	☐	☐	☐	☐	☐
Tuberculose	☐	☐	☐	☐	☐
Angina de Peito	☐	☐	☐	☐	☐
Enfarte de miocárdio	☐	☐	☐	☐	☐
Arritmias	☐	☐	☐	☐	☐
Embolia	☐	☐	☐	☐	☐
Varizes	☐	☐	☐	☐	☐
Outras					
3. Alterações ou Doenças do Aparelho Digestivo	☐ Sim ☐ Não	☐ Sim ☐ Não	☐ Sim ☐ Não	☐ Sim ☐ Não	☐ Sim ☐ Não
Úlcera	☐	☐	☐	☐	☐

Hepatite	☐	☐	☐	☐	☐
Hemorróidas	☐	☐	☐	☐	☐
Colite hepática	☐	☐	☐	☐	☐
Cirrose	☐	☐	☐	☐	☐
Pedras na Vesícula	☐	☐	☐	☐	☐
Hérnia do Hiato	☐	☐	☐	☐	☐
Hérnia Inguinal	☐	☐	☐	☐	☐
Outras					
4. Alterações ou Doenças dos Rins ou Vias Urinárias	☐ Sim ☐ Não	☐ Sim ☐ Não	☐ Sim ☐ Não	☐ Sim ☐ Não	☐ Sim ☐ Não
Cólica Renal	☐	☐	☐	☐	☐
Insuficiência Renal	☐	☐	☐	☐	☐
Infeção Urinária - Sangue na Urina	☐	☐	☐	☐	☐
Doenças da Próstata	☐	☐	☐	☐	☐
5. Alterações ou Doenças de Ossos, Articulações ou Coluna Vertebral	☐ Sim ☐ Não	☐ Sim ☐ Não	☐ Sim ☐ Não	☐ Sim ☐ Não	☐ Sim ☐ Não
Tem ou já teve alguma malformação ou doença congénita?	☐	☐	☐	☐	☐
Qual?					
Tem ou já teve alguma limitação física ou invalidez?	☐	☐	☐	☐	☐
Qual?					
Deformações	☐	☐	☐	☐	☐
Dores nas Costas	☐	☐	☐	☐	☐
Artroses	☐	☐	☐	☐	☐
Reumatismo	☐	☐	☐	☐	☐
Hérnia Discal	☐	☐	☐	☐	☐
Lesões de joelhos	☐ Esq. ☐ Dir.	☐ Esq. ☐ Dir.	☐ Esq. ☐ Dir.	☐ Esq. ☐ Dir.	☐ Esq. ☐ Dir.
6. Alterações ou Doenças dos Olhos	☐ Sim ☐ Não	☐ Sim ☐ Não	☐ Sim ☐ Não	☐ Sim ☐ Não	☐ Sim ☐ Não
Miopia	☐	☐	☐	☐	☐
Cataratas	☐	☐	☐	☐	☐
Glaucoma	☐	☐	☐	☐	☐
Deslocamento da retina	☐ Esq. ☐ Dir.	☐ Esq. ☐ Dir.	☐ Esq. ☐ Dir.	☐ Esq. ☐ Dir.	☐ Esq. ☐ Dir.
7. Alterações ou Doenças do Sistema Nervoso, Mentais ou Consumo de Medicamentos	☐ Sim ☐ Não	☐ Sim ☐ Não	☐ Sim ☐ Não	☐ Sim ☐ Não	☐ Sim ☐ Não
Epilepsia	☐	☐	☐	☐	☐
Embolias ou hemorregias cerebrais	☐	☐	☐	☐	☐
Paralisias	☐	☐	☐	☐	☐
Doenças mentais	☐	☐	☐	☐	☐
Toma medicamentos?	☐ Sim ☐ Não	☐ Sim ☐ Não	☐ Sim ☐ Não	☐ Sim ☐ Não	☐ Sim ☐ Não
Quais?					
Fuma?	☐ Sim ☐ Não	☐ Sim ☐ Não	☐ Sim ☐ Não	☐ Sim ☐ Não	☐ Sim ☐ Não
Quantos cigarros por dia?					
8. Tumores, nódulos ou Doenças da Mama, ou outras Alterações Hormonais	☐ Sim ☐ Não	☐ Sim ☐ Não	☐ Sim ☐ Não	☐ Sim ☐ Não	☐ Sim ☐ Não
Diabetes (tem açucar no sangue)	☐	☐	☐	☐	☐
Desde quando se trata					
Trata-se com dieta	☐	☐	☐	☐	☐
Trata-se com antidiabéticos orais	☐	☐	☐	☐	☐
Trata-se com insulina	☐	☐	☐	☐	☐
Obesidade	☐	☐	☐	☐	☐
Bócio	☐	☐	☐	☐	☐
Gota	☐	☐	☐	☐	☐
Doença ginecológica ou das mamas	☐	☐	☐	☐	☐
Qual?					
Está grávida?	☐ Sim ☐ Não	☐ Sim ☐ Não	☐ Sim ☐ Não	☐ Sim ☐ Não	☐ Sim ☐ Não
Foi submetido a algum tipo de análises ou exames de esterilidade/fertilidade?	☐ Sim ☐ Não	☐ Sim ☐ Não	☐ Sim ☐ Não	☐ Sim ☐ Não	☐ Sim ☐ Não
Outra doença?					

Qual?					
9. Foi hospitalizado nos últimos 5 anos?	☐ Sim ☐ Não	☐ Sim ☐ Não	☐ Sim ☐ Não	☐ Sim ☐ Não	☐ Sim ☐ Não
Para tratamento médico	☐	☐	☐	☐	☐
Qual o motivo?					
Quanto tempo?					
Em que hospital?					
Quando?					
Para intervençao cirúrgica (exceto cesariana)	☐	☐	☐	☐	☐
Qual?					
Em que hospital?					
Quando?					
10. Foi submetido no último ano a: Ecografias, Provas de Esforço, TAC, Ressonância Magnética, Endoscopia ou outros exames Complementares que tivessem detetado alguma doença?	☐ Sim ☐ Não	☐ Sim ☐ Não	☐ Sim ☐ Não	☐ Sim ☐ Não	☐ Sim ☐ Não
Qual?					
Qual o motivo?					
Qual o resultado?					
11. Foi-lhe Diagnosticado Cancro ou Princípio de Cancro	☐ Sim ☐ Não	☐ Sim ☐ Não	☐ Sim ☐ Não	☐ Sim ☐ Não	☐ Sim ☐ Não
Aparelho respiratório	☐	☐	☐	☐	☐
Aparelho digestivo	☐	☐	☐	☐	☐
Aparelho génito-urinário	☐	☐	☐	☐	☐
Aparelho locomotor	☐	☐	☐	☐	☐
Sistema endrócrino	☐	☐	☐	☐	☐
Garganta-Nariz Ouvido	☐	☐	☐	☐	☐
Outros	☐	☐	☐	☐	☐
Qual?					
12. Sofre ou sofreu de alguma doença ou afeção que não tenhamos perguntado?	☐ Sim ☐ Não	☐ Sim ☐ Não	☐ Sim ☐ Não	☐ Sim ☐ Não	☐ Sim ☐ Não
Qual?					
Observações					

O(s) abaixo assinado(s) declara(m) que:
- Responderam com exatidão e verdade a todas as questões colocadas e não omitiram informações relacionadas com a apreciação do risco a que respeita a presente Proposta/Adesão que sejam, ou devam ser, do seu conhecimento, ainda que esta tenha sido preenchida por terceiros e por si apenas assinada;
- Tomaram conhecimento e aceitam que as omissões ou declarações falsas, inexatas ou incompletas que relevem na apreciação do risco, concedem à Allianz Portugal o direito à anulação ou à resolução do contrato.

Data _____ Assinaturas:

Aderente _____ Filho 1 _____

Cônjuge _____ Filho 2 _____

Filho 3 _____

Regime legal aplicável aos Prémios (Decreto-Lei nº 72/2008, de 16/Abril): A cobertura dos riscos depende do prévio pagamento do prémio. A falta de pagamento do prémio ou fração, na data prevista, impede a prorrogação do contrato e implica a resolução automática na mesma data. A falta de pagamento de um prémio de montante variável ou de um prémio adicional resultante de uma modificação do contrato fundada num agravamento superveniente do risco, também implica a sua resolução automática. O não pagamento, até à data de vencimento, de um prémio adicional resultante de uma modificação contratual, determina a ineficácia da alteração, subsistindo o contrato com o âmbito e nas condições que vigoravam antes da pretendida modificação, a menos que tal se revele impossível, caso em que se considera resolvido na data de vencimento do prémio não pago.

Dados Pessoais:

A proteção da sua Privacidade é um compromisso e uma prioridade absoluta para a Allianz Portugal.
Esta é uma nota de informação resumida relativa ao tratamento de Dados Pessoais abaixo : como o fazemos, que tipo de dados pessoais e porquê os recolhemos e com que entidades os iremos partilhar.
Aconselhamos a que leia atentamente a informação detalhada disponível em https://www.allianz.pt/informacao-legal.

Informação básica sobre a Proteção de Dados	
Responsável	Companhia de Seguros Allianz Portugal, S.A.
Finalidade	A subscrição e execução de um contrato de seguro.
Licitude do Tratamento	O tratamento dos dados é necessário para a pré-contratação e execução do contrato de seguro celebrado com o titular dos dados. No que se refere a dados pessoais relativos à saúde (Categoria especial de dados) o consentimento expresso obtido do titular legitima o tratamento.
Destinatários	A cedência dos dados poderá ocorrer, no âmbito da pré contratação e execução deste contrato, a prestadores de serviços, em especial Prestadores Clinicos, Autoridades e Entidades Públicas, bem como no cumprimento de quaisquer obrigações Legais e/ou Fiscais.
Direitos	O titular dos dados pode exercer os seus direitos de acesso, retificação, apagamento, limitação, portabilidade e oposição, conforme informação adicional.
Origem	Para além dos dados recolhidos junto do titular, podemos aceder, recolher ou confirmar dados pessoais em sites de Entidades Públicas ou Privadas.
Informação Adicional	Pode consultar a informação adicional e detalhada sobre a Proteção de Dados no nosso website: https://www.allianz.pt/informacao-legal

O titular dos dados facultou a seguinte informação:

1. Dou o meu consentimento ao tratamento dos meus dados pessoais para fins de Marketing? Sim ☐ Não ☐

2. Dou o meu consentimento ao tratamento automatizado dos meus dados pessoais com vista à definição de perfis: Sim ☐ Não ☐

3. A(s) Pessoa(s) Segura(s) autorizou, no momento da subscrição deste contrato, a Allianz Portugal a proceder ao tratamento dos meus dados pessoais de saúde, com vista à gestão contratual da apólice, bem como à gestão de eventuais processos de sinistro.
No mesmo âmbito, autorizou o Médico designado por esta Companhia de Seguros a solicitar, a qualquer outro Médico ou profissional de saúde, as informações e documentos relativos à sua saúde (nomeadamente, relatórios clínicos, relatórios de internamento e resultados de exames auxiliares de diagnóstico), que entenda por necessários, com vista à análise do risco ora proposto e/ou à determinação das causas e consequências de qualquer sinistro que seja participado à Allianz Portugal, pela pessoa segura.
Autorizou, igualmente, os referidos Médicos e profissionais de saúde a prestarem ao Médico designado pela Allianz Portugal as informações e documentos que lhes sejam por este solicitados, no contexto da autorização que conferiu nesta data.

Sim ☐ Não ☐

Enquanto titular de Dados Pessoais de Saúde, autorizo expressamente, a que o mediador de seguros associado ao presente contrato, recolha e insira no sistema informático da Allianz Portugal, os dados de saúde necessários à correta emissão do mesmo.

Este consentimento está em conformidade com o disposto na legislação em vigor, constituindo uma manifestação de vontade, livre, especifica, informada e explícita.

Assinaturas Pessoa(s) Segura(s)

Data _____ Assinaturas:

Aderente _____ Filho 1 _____

Cônjuge _____ Filho 2 _____

Filho 3 _____

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.