Allianz

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 ☐ Não ☐ Sim Nº de cigarros por dia?

2. Alergia ☐ Não ☐ Sim Qual?

3. Alterações ou Doenças do Coração, do Aparelho Circulatório e/ou Respiratório ☐ Não ☐ Sim

☐ Hipertensão Arterial ☐ Bronquite ☐ Asma ☐ Enfisema ☐ Tuberculose ☐ Angina de Peito ☐ Enfarte de miocárdio

☐ Arritmias ☐ Embolia ☐ Varizes

☐ Outras, qual(ais):

4. Alterações ou Doenças do Aparelho Digestivo ☐ Não ☐ Sim

☐ Úlcera ☐ Hepatite ☐ Hemorróidas ☐ Colite hepática ☐ Cirrose ☐ Pedras na Vesícula ☐ Hérnia do Hiato

☐ Hérnia Inguinal ☐ Outras, qual(ais):

5. Alterações ou Doenças dos Rins ou Vias Urinárias ☐ Não ☐ Sim

☐ Cólica Renal ☐ Pedras nos Rins ☐ Insuficiência Renal ☐ Infeção Urinária ☐ Sangue na Urina ☐ Doenças da Próstata

☐ Outras, qual(ais):

6. Alterações ou Doenças de Ossos, Articulações ou Coluna Vertebral ☐ Não ☐ Sim

☐ Ciática ☐ Artrose ☐ Hérnia Discal ☐ Lombalgia ☐ Reumatismo ☐ Lesões de joelhos ☐ Esq. ☐ Dir.

☐ Alguma malformação ou doença de nascimento ☐ Outras doenças, limitações físicas ou invalidez ☐ Fraturas

☐ Outras, qual(ais):

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 endrócrino ☐ Garganta-Nariz Ouvido

☐ Outras, qual(ais): _____

11. Esteve Hospitalizado nos Últimos 5 Anos por Doença? ☐ Não ☐ Sim Porquê? _____

12. Toma medicamentos com regularidade? ☐ Não ☐ Sim 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? ☐ Não ☐ Sim Qual? _____

14. Observações

A **Pessoa Segura** ao assinar esta declaração, garante ter declarado com exatidão todas as circunstâncias do seu conhecimento e relevantes para a apreciação do risco pela Allianz Portugal, independentemente de lhe serem questionadas no presente documento e declaram nada ter omitido que possa induzir a Seguradora em erro na apreciação do risco proposto. O abaixo assinado, declara expressamente que autoriza os médicos ou qualquer entidade que os tenha assistido, tratado ou examinado, a fornecer à Allianz Portugal o acesso aos seus Dados Pessoais de Saúde e a todas as informações relacionadas com a sua Adesão/Proposta contratual ou com um eventual sinistro por si sofrido.

Assinatura

Data _____

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: 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 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 Clínicos (aplicável a seguros de saúde, acidentes pessoais, acidentes de trabalho e vida), 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, através do formulário disponivel em www.allianz.pt .
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

A Pessoa Segura autorizou, no momento da subscrição deste contrato, a Allianz Portugal a proceder ao tratamento dos seus 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 nesta conferiu.

Assinatura Pessoa Segura

Data _____ _____

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.

Assinatura Pessoa Segura

Data _____ _____

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.