

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 Ouído
 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

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 <https://www.allianz.pt/protecao-dados>.

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 execução do contrato de seguro celebrado com o titular dos dados. No que se refere a dados pessoais relativos a saúde (Categoria especial de dados) o consentimento expresso obtido do titular legitima o tratamento.
Destinatários	A cedência dos dados poderá ocorrer, no âmbito da execução deste contrato, a prestadores de serviços, em especial Prestadores Clínicos, 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	<p>Podem consultar a informação adicional e detalhada sobre a Proteção de Dados no nosso website:</p> <p style="text-align: center;">https://www.allianz.pt/protecao-dados</p>

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.

Assinatura

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, específica, informada e explícita.

Assinatura

Data

No caso de menores, o consentimento deverá ser dado por quem tem poderes de paternidade, através da sua assinatura indicando "na vez" e referir o nome do menor.