

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 _____

Filho 1 Nome _____
 NIF _____ Data de nascimento _____ Sexo _____ Data de adesão _____

Filho 2 Nome _____
 NIF _____ Data de nascimento _____ Sexo _____ Data de adesão _____

Filho 3 Nome _____
 NIF _____ Data de nascimento _____ Sexo _____ Data de adesão _____

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	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não					
Qual?						
2. Alterações ou Doenças do Coração, do Aparelho Circulatório e/ou Respiratório	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não					
Hipertensão Arterial	<input type="checkbox"/>					
Bronquite	<input type="checkbox"/>					
Asma	<input type="checkbox"/>					
Enfisema	<input type="checkbox"/>					
Tuberculose	<input type="checkbox"/>					
Angina de Peito	<input type="checkbox"/>					
Enfarte de miocárdio	<input type="checkbox"/>					
Arritmias	<input type="checkbox"/>					
Embolia	<input type="checkbox"/>					
Varizes	<input type="checkbox"/>					
Outras						
3. Alterações ou Doenças do Aparelho Digestivo	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não					
Úlcera	<input type="checkbox"/>					

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

