

## Questionário Clínico - Seguro Vida Grupo

Nome \_\_\_\_\_ Apólice N. \_\_\_\_\_

N.I. Fiscal \_\_\_\_\_ Tomador \_\_\_\_\_

### Questionário

#### Médico

1. Fez ou foi aconselhado alguma vez a fazer exames para despiste das seguintes patologias: tumores malignos, doenças cardíacas, ictus, hipertensão, gota, dislipidémia, diabetes, tuberculose, epilepsia, outras doenças nervosas, mentais ou osteoarticular?	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim
2. Alterou o seu peso em mais de 5 Kgs nos últimos 6 meses? Se sim, indique a razão. _____	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim
3. Sofre ou sofreu de algum acidente ou doença, física ou psíquica, suportado por sequelas que o tornem inválido, que tenham interrompido a sua actividade por mais de três semanas consecutivas ou mais de 90 dias em um ano, nos últimos 5 anos ou que tenham implicado ou impliquem a realização de tratamentos psicoterapêuticos?	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim
4. Sofre ou sofreu a) Do <b>aparelho cardiocirculatório</b> (malformações congénitas, cardiopatia isquémica, valvulopatia, arritmia, insuficiência cardíaca, doenças do miocárdio ou pericárdio, hipertensão arterial, arteriosclerose, flebosclerose, etc), <b>respiratório</b> (asma, enfisema, tuberculose, etc.), e <b>digestivo</b> (úlceras gástricas ou duodenais, colite ulcerosa, gastroenterite, hemorragias gastrointestinais, pólipos, hemorroidal, doenças do esófago ou inflamatórias crónicas do intestino, infecções do fígado, vias biliares, pâncreas, etc)? b) De <b>tumor</b> (maligno ou benigno), doença óssea, articular ou da coluna vertebral, neurológica ou psiquiátrica (epilepsia, paralisia, depressão, acidente vascular cerebral, etc), ginecológica e/ou do aparelho genito-urinário, dos olhos (glaucoma, doenças da retina, miopia de grau igual ou superior a 3 dioptrias)? c) Da <b>tiróide, distúrbio hormonal, obesidade, dislipidémia, diabetes, gota e de outras doenças</b> ou distúrbios não referidos.	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim  <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim  <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim
5. Esteve internado em hospitais, sanatórios ou casas de saúde por doenças ou intervenções cirúrgicas e / ou alguma vez se submeteu a rádio ou quimioterapia?	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim
6. Alguma vez realizou exames clínicos (análises clínicas, consultas a especialistas ou pesquisas particulares) que tenham revelado situações de anormalidade, teve resultado positivo por HIV/Sida ou Hepatite B e C ou recebeu tratamento por doenças tropicais, infecciosas, parasitárias ou sexualmente transmissíveis?	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim
7. Já se submeteu a transfusões de sangue, terapias à base de derivados de sangue ou teve impedimento de dar sangue?	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim
8. Sente-se doente ou prevê alguma situação da sua saúde que necessite de tratamento médico, internamento ou intervenção cirúrgica?	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim
9. Dê os detalhes às respostas "sim" especificando o tipo, época, duração, tratamento, eventuais recaídas e indique qualquer distúrbio, doença, deformidade ou problema que não tenha sido expressamente mencionado acima: _____ _____ _____ _____	
10. Tem um médico assistente ou de família? Caso afirmativo, indique a especialidade, o nome e morada? _____ Se consultou no último ano, indique o motivo? _____	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim
11. Toma medicamentos? Caso afirmativo, especifique: Nome do Medicamento _____ Posologia _____	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim

12. Indique os seguintes valores: altura cm \_\_\_\_\_ peso Kg \_\_\_\_\_ pressão arterial: máx \_\_\_\_\_ min \_\_\_\_\_

#### Hábitos

13. Consome diariamente cigarros ou bebidas alcoólicas? Caso afirmativo, especifique as actuais quantidades diárias consumidas e o tipo (unidade de medida para as bebidas = copos). cigarros _____ , cerveja _____ , vinho _____ bebida de alto teor alcoólico _____	
14. Consome estupefacientes? Caso afirmativo, especifique _____	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim
15. Pratica actividade física / desporto de forma amadora ou de recreio? Caso afirmativo, especifique _____	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim
Pratica competição, integrada ou não em provas desportivas, campeonatos e respectivos treinos em relação ao desporto acima indicado?	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim

Adicionais	
16. Se deslocar para países ou áreas geográficas que notoriamente apresentam um perfil político ou sócio sanitário considerado de risco acrescido? Caso afirmativo, especifique o país e a duração: _____	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim
17. Conduz ou utiliza aeronaves (excepto como passageiro de carreiras comerciais autorizadas para o transporte comum)? Conduz veículos motorizados de duas rodas ou moto 4, em utilização todo-o-terreno?	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim
18. Já foi recusado por alguma seguradora um risco que cobrisse a sua vida? Tem Seguros de Vida com capitais de risco noutra Seguradora, não considerando os que venham a ser anulados com a emissão da apólice correspondente a esta proposta? Especifique:	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim
<div> <div>Companhia</div> <div>Capital Morte</div> <div>Capital Invalidez</div> <div>Aceitação (Normal, Agravamento, Restrição)</div> </div> <div> <div>_____</div> <div>_____ €</div> <div>_____ €</div> <div>_____</div> </div> <div> <div>_____</div> <div>_____ €</div> <div>_____ €</div> <div>_____</div> </div>	

Indique a seguir outras circunstâncias ou factos que conheça e que sejam significativos para a avaliação do risco proposto, mesmo que não tenham sido solicitados expressamente no questionário, bem como eventuais outros países relacionados à pergunta 16:

## DECLARAÇÕES E AUTORIZAÇÕES DO TOMADOR E DA(S) PESSOA(S) SEGURA(S):

Declaro que tomei conhecimento de que estou obrigado a responder com exactidão e veracidade a todas as questões colocadas nesta proposta e a declarar todas as circunstâncias ou factos que conheça e que sejam significativos para a avaliação do risco proposto, mesmo que não tenham sido solicitados expressamente no questionário, devendo-o fazer no campo assinalado para o efeito ou em declaração anexa à presente proposta.

Declaro ter sido esclarecido de que em caso de incumprimento doloso do dever de declarar o risco com exactidão e veracidade, o contrato de seguro é anulável pelo segurador mediante o envio de uma declaração no prazo de três meses a contar do conhecimento do incumprimento, ficando o segurador desobrigado de cobrir qualquer sinistro que ocorra antes de ter tido conhecimento do incumprimento em causa ou no decurso do referido prazo e mantendo o direito a fazer seu o prémio recebido, até ao termo do prazo de três meses ou até ao termo do contrato se o tomador ou o segurado tiverem agido com o propósito de obter uma vantagem.

Fui ainda esclarecido de que em caso de incumprimento negligente do dever de declaração do risco, o Segurador pode, no prazo de três meses a contar do conhecimento: propor uma alteração ao contrato, que cessará os seus efeitos se o tomador nada disser ou se rejeitar a proposta de alteração ou fizer cessar o contrato, demonstrando que em caso algum celebraria o contrato para a cobertura de riscos relacionados com o facto omitido ou declarado inexactamente, havendo lugar a devolução do prémio pelo tempo contratual não decorrido. Ocorrendo um sinistro antes da cessação ou da alteração do contrato influenciado pelo facto omitido ou inexacto, o segurador só cobre o sinistro na proporção da diferença entre o prémio pago e o prémio que seria devido ou não cobre o sinistro, demonstrando que em caso algum teria celebrado o contrato se tivesse conhecimento do facto omitido ou declarado inexactamente, ficando apenas vinculado à devolução do prémio.

O tomador de seguro e a(s) pessoa(s) segura(s) declaram que as respostas contidas nestes questionários são verdadeiras, exactas e completas, que não foi ocultada qualquer informação que possa influir sobre a decisão que a Companhia venha a tomar sobre o seguro proposto e autorizam-na a proceder à recolha de dados pessoais complementares, desobrigando ao segredo profissional, junto dos Médicos, Hospitais, Clínicas, Estabelecimentos de cura, Organismos públicos, empresas especializadas e outras entidades, a darem informações ao Médico Consultor da Generali Vida S.A. sobre a situação profissional e o estado de saúde da Pessoa Segura.

**Autorizo o médico designado pela Seguradora e as Pessoas identificadas como Beneficiário(s) ou os Herdeiro(s) Legais a solicitar a qualquer outro médico ou profissional de saúde as informações e os documentos relativos à minha saúde que sejam necessários para analisar o risco agora proposto e para determinar as causas e consequências de qualquer sinistro que seja participado à Seguradora por mim, pelos Beneficiários ou pelos meus herdeiros.**

**Autorizo, igualmente, os referidos médicos e profissionais de saúde a prestarem ao médico designado pela Seguradora e às Pessoas identificadas como Beneficiário(s) ou ainda aos Herdeiro(s) Legais as informações e documentos por este solicitados no âmbito da autorização que agora lhe conferi. Para os devidos efeitos declaro e autorizo a Direcção Clínica da Generali Vida S.A. e as Pessoas identificadas como Beneficiário(s) ou ainda os Herdeiro(s) Legais a aceder ao resultado de todos os Exames Médicos a realizar, estritamente necessários à análise e contratação de Seguro de Vida, nomeadamente os testes de HIV I e II.**

Ao abrigo do dever de informação, sobre os factos ou circunstâncias que possam influir sobre a aceitação ou condições do contrato de seguro, cuja proposta que submeti à apreciação da Generali Vida, S.A., na data abaixo indicada, fico obrigado a informar a Generali Vida S.A. de todas as eventualidades que ocorram ou cheguem ao meu conhecimento, até ao momento da aceitação definitiva da proposta pela Seguradora (com a consequente entrada em vigor das coberturas de seguro pretendidas) especialmente no que se refere aos factos ou circunstâncias relativos a (estado de saúde, ausências ao local de trabalho, mudança de profissão ou função profissional, medicação, etc.) sob pena de invalidade do contrato de seguro.

Local e Data \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20 \_\_\_\_\_

(Assinatura da Pessoa a Segurar)

(Assinatura do candidato a Tomador de Seguro)