



Questionário Médico

Tomador de Seguro

N.º de Apólice

Responda às perguntas efectuadas para cada Pessoa Segura, assinalando com uma ☒ a resposta correcta.

Se responder SIM em algumas situações preencha obrigatoriamente os quadros abaixo.

	PS1	PS2	PS3	PS4	PS5
1. Peso (kg)?					
2. Altura (m, cm)?					
3. a) Foi hospitalizado?	☐ Sim ☐ Não	☐ Sim ☐ Não	☐ Sim ☐ Não	☐ Sim ☐ Não	☐ Sim ☐ Não
b) Foi submetido a alguma intervenção cirúrgica?	☐ Sim ☐ Não	☐ Sim ☐ Não	☐ Sim ☐ Não	☐ Sim ☐ Não	☐ Sim ☐ Não
c) Se respondeu afirmativamente indique obrigatoriamente:					
N.º de Pessoa Segura	Hospital/Clinica e Nome dos Médicos			Data (MM/AA) e Dias de Internamento	
d) Qual o motivo do internamento e/ou cirurgia realizados?					
N.º de Pessoa Segura	Descrição				
e) Encontra-se totalmente restabelecido?	☐ Sim ☐ Não	☐ Sim ☐ Não	☐ Sim ☐ Não	☐ Sim ☐ Não	☐ Sim ☐ Não
4. Sofre ou sofreu de:					
a) APARELHO RESPIRATÓRIO (alergias, asma, bronquite, tuberculose, ou outras)	☐ Sim ☐ Não	☐ Sim ☐ Não	☐ Sim ☐ Não	☐ Sim ☐ Não	☐ Sim ☐ Não
b) APARELHO DIGESTIVO (gastrite, úlceras, hepatite B ou C, colite ou outras)	☐ Sim ☐ Não	☐ Sim ☐ Não	☐ Sim ☐ Não	☐ Sim ☐ Não	☐ Sim ☐ Não
c) APARELHO URINÁRIO (infecções, cálculos ou outras)	☐ Sim ☐ Não	☐ Sim ☐ Não	☐ Sim ☐ Não	☐ Sim ☐ Não	☐ Sim ☐ Não
d) APARELHO GENITAL FEMININO E MAMA (miomas, quistos, nódulos, displasia ou outras)	☐ Sim ☐ Não	☐ Sim ☐ Não	☐ Sim ☐ Não	☐ Sim ☐ Não	☐ Sim ☐ Não
e) APARELHO GENITAL MASCULINO (fimose, próstata ou outras)	☐ Sim ☐ Não	☐ Sim ☐ Não	☐ Sim ☐ Não	☐ Sim ☐ Não	☐ Sim ☐ Não
f) OSSOS E ARTICULAÇÕES (hérnia discal, reumatismo, gota, dor ciática ou outras)	☐ Sim ☐ Não	☐ Sim ☐ Não	☐ Sim ☐ Não	☐ Sim ☐ Não	☐ Sim ☐ Não
g) DOENÇAS ENDÓCRINAS, METABÓLICAS OU DO SANGUE (tíróide, bócio, obesidade, anemia ou outras)	☐ Sim ☐ Não	☐ Sim ☐ Não	☐ Sim ☐ Não	☐ Sim ☐ Não	☐ Sim ☐ Não
h) DIABETES, HIPERTENSÃO	☐ Sim ☐ Não	☐ Sim ☐ Não	☐ Sim ☐ Não	☐ Sim ☐ Não	☐ Sim ☐ Não
i) DOENÇAS NEUROLÓGICAS OU MENTAIS (epilepsia, depressões ou outras)	☐ Sim ☐ Não	☐ Sim ☐ Não	☐ Sim ☐ Não	☐ Sim ☐ Não	☐ Sim ☐ Não
j) DOENÇAS DA PELE (sinais com alterações, eczema, quistos ou outras)	☐ Sim ☐ Não	☐ Sim ☐ Não	☐ Sim ☐ Não	☐ Sim ☐ Não	☐ Sim ☐ Não
k) VARIZES (má circulação, derrames e flebites)	☐ Sim ☐ Não	☐ Sim ☐ Não	☐ Sim ☐ Não	☐ Sim ☐ Não	☐ Sim ☐ Não
l.) HÉRNIAS, HEMORRÓIDAS OU FÍSTULAS	☐ Sim ☐ Não	☐ Sim ☐ Não	☐ Sim ☐ Não	☐ Sim ☐ Não	☐ Sim ☐ Não
m) CORAÇÃO E APARELHO CIRCULATÓRIO (enfarte, angina de peito ou outras doenças do coração ou vasos sanguíneos)	☐ Sim ☐ Não	☐ Sim ☐ Não	☐ Sim ☐ Não	☐ Sim ☐ Não	☐ Sim ☐ Não

	PS1	PS2	PS3	PS4	PS5
n) OLHOS (miopia superior a 4 dioptrias, estrabismo ou outras)	☐ Sim ☐ Não	☐ Sim ☐ Não	☐ Sim ☐ Não	☐ Sim ☐ Não	☐ Sim ☐ Não
o) OUVIDOS, NARIZ E GARGANTA (otites, sinusite, amigdalites frequentes, desvio do septo nasal ou outras)	☐ Sim ☐ Não	☐ Sim ☐ Não	☐ Sim ☐ Não	☐ Sim ☐ Não	☐ Sim ☐ Não
p) DOENÇAS DO FORO ONCOLÓGICO	☐ Sim ☐ Não	☐ Sim ☐ Não	☐ Sim ☐ Não	☐ Sim ☐ Não	☐ Sim ☐ Não
q) DEFICIÊNCIA FÍSICA OU DOENÇA CONGÉNITA	☐ Sim ☐ Não	☐ Sim ☐ Não	☐ Sim ☐ Não	☐ Sim ☐ Não	☐ Sim ☐ Não
r) OUTRAS DOENÇAS	☐ Sim ☐ Não	☐ Sim ☐ Não	☐ Sim ☐ Não	☐ Sim ☐ Não	☐ Sim ☐ Não

s) Se respondeu afirmativamente indique obrigatoriamente:

N.º de Pessoa Segura	Diagnóstico MM/AA	Nome do Médico, Especialidade e Tratamento

t) Neste momento está a efectuar algum Tratamento/Medicação?

☐ Sim ☐ Não
 ☐ Sim ☐ Não
 ☐ Sim ☐ Não
 ☐ Sim ☐ Não
 ☐ Sim ☐ Não

Se sim indique qual:

N.º de Pessoa Segura	Doença	Tratamentos/Medicação

5.

	PS1	PS2	PS3	PS4	PS5
a) Alguma vez interrompeu as suas actividades normais por período superior a 7 dias?	☐ Sim ☐ Não	☐ Sim ☐ Não	☐ Sim ☐ Não	☐ Sim ☐ Não	☐ Sim ☐ Não
b) Nos últimos 5 anos teve alguma doença, alteração do estado de saúde ou acidente não identificado nas situações descritas anteriormente?	☐ Sim ☐ Não	☐ Sim ☐ Não	☐ Sim ☐ Não	☐ Sim ☐ Não	☐ Sim ☐ Não
c) Nos últimos 2 anos consultou algum Médico?	☐ Sim ☐ Não	☐ Sim ☐ Não	☐ Sim ☐ Não	☐ Sim ☐ Não	☐ Sim ☐ Não

Se Respondeu afirmativamente às questões acima indique o motivo:

N.º de Pessoa Segura	Descrição detalhada da situação

6. Médicos

	Médico Assistente/Médico Família	Centro Saúde
PS1		
PS2		
PS3		
PS4		
PS5		

7. Outras Circunstâncias Relevantes para Apreciação dos Riscos

Local e Data

, de de 20

(Assinatura do Proponente/Tomador de Seguro)

(Assinatura da PS1, se esta não for simultaneamente o Tomador de Seguro)

(Assinatura da PS2, se esta não for simultaneamente o Tomador de Seguro)