

QUESTIONÁRIO DE SAÚDE CONCERTO



IMPORTANTE

As respostas a este questionário devem obrigatoriamente ser escritas pela mão da pessoa a assegurar.

Responda a todas as questões. Assinale SIM ou NÃO.

Para cada resposta assinalada SIM, indicar na folha anexa todas as informações a elas relativas, indicando o n° da questão, nome da pessoa visada, data, natureza, duração e consequência.

	Assegurad	Cônjuge	1º filho	2º filho	3º filho
Apelido					
Nome próprio					
Sexo	<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M
Data de nascimento					
Tamanho					
Peso					
Tensão arterial					
1 Está actualmente de baixa (mesmo parcial) ?	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO
2 Segue actualmente um tratamento médico, uma dieta, uma vigilância especial?	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO
3 Sofre de uma deficiência, De uma invalidez ou de uma doença crónica?	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO
4 Ao longo dos cinco últimos anos prescreveram-lhe, uma baixa ou um tratamento médico de mais de quinze dias	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO
5 Ao longo dos cinco últimos anos, seguiu um tratamento médico, uma dieta, uma vigilância especial	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO
6 Já foi hospitalizado? (hospital, clínica, lar de repouso, estabelecimento de	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO
7 Já foi operado?	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO
8 Tem uma ou várias das seguintes afecções: Doença cardiovascular, hipertensão arterial, diabetes, doença pulmonar, doença das vias urinárias, doença do sangue, reumatismos osteo-articulares, depressão nervosa, doença da pele, perda total da visão de um olho, esterilidade,	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO
9 Deverá ser hospitalizado?	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO
10 Prossegue ou prevê um tratamento dentário? (cuidados, coroas, ortodontia ...)	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO

Certifico que as respostas são sinceras e verdadeiras e afirmo não ter dissimulado nada que possa induzir em erro a seguradora e provocar uma falsa decisão que esta deverá tomar relativamente ao seguro proposto.

Em conformidade com o artigo L113-8 et L 113-9 do Código dos Seguros, toda a declaração falsa ou omissão causaria a nulidade do seguro.

Feito em, a _____
Assinatura precedida da menção manuscrita «LIDO E APROVADO»

Anexar ao pedido de subscrição este questionário de saúde e o documento anexo devidamente preenchido para cada beneficiário em envelope carimbado à atenção do Sr. Dr. Perito Médico.

Este questionário é válido 3 meses a contar da data da assinatura

ANEXO AO QUESTIONÁRIO DE SAÚDE CONCERTO



Segurado:

Apelido: _

Nome próprio:

O anexo ao questionário de saúde deve obrigatoriamente ser escrito pela mão da pessoa a segurar. Para cada resposta assinalada SIM no questionário de saúde, indicar nesta folha anexa todas as informações a elas relativas, indicando o n° da questão, nome da pessoa visada, data, natureza, duração e consequência

Pessoa visada: Apelido :

Nome próprio:

Feito em, a _____

Assinatura precedida da menção manuscrita «LIDO E APROVADO»

Este questionário é válido 3 meses a contar da data da assinatura

Anexar ao pedido de subscrição este questionário de saúde e o documento anexo devidamente preenchido para cada beneficiário em envelope carimbado à atenção do Sr. Dr. Perito Médico.

