

CLIENTE:

RAMO: 3 0

APÓLICE:

Caro Colega: Solicitamos que confirme a identidade do candidato e que formule as perguntas, uma por uma, bem como que realize os exames necessários, de forma a completar todos os campos. Uma informação clara e completa geralmente é suficiente para apreciar o risco. Evitará o atraso na emissão da apólice ou no envio de correspondência incómoda. Agradecemos que, sempre que necessário, dê detalhes. Muito obrigado pela sua colaboração.

1. CANDIDATO			
Nome Completo		Data de nascimento	Idade
Grau de Parentesco com o Titular			
Próprio <input type="checkbox"/>	Cônjuge <input type="checkbox"/>	Filho <input type="checkbox"/>	Outro <input type="checkbox"/>
2. EXAME MÉDICO			
2.1 Índices Biométricos			
2.1.1 Altura	m	2.1.2 Peso	kg
		2.1.3 Tensão Arterial	max. min.
2.2 É reformado por acidente ou doença? Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Motivo:			
		Desde	Grau de incapacidade %
2.3 Apresenta alguma lesão, deficiência, deformidade ou incapacidade física resultante de: Especifique:			
Traumatismo?		Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>
Doença?		Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>
2.4 Coração Especifique:			
Há alteração no exame cardíaco?		Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>
Frequência cardíaca em repouso:		puls./min.	
Qual o resultado do último ECG?			
2.5 Aparelho Osteo-Auricular, sofre de queixas ou alterações osteo-articulares: Especifique:			
Dos membros?		Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>
Da coluna vertebral?		Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>
Da bacia?		Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>
Qual o resultado e data dos últimos exames radiológicos?			
2.6 Doenças Vasculares Especifique:			
Há alterações no exame dos pulsos arteriais?		Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>
O exame do sistema venoso revelou a existência de:			
Varizes tronculares?		Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>
Varicosidades dérmicas?		Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>
2.7 Metabólicas e Endócrinas Especifique:			
Sofre de diabetes?		Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>
Renipatia <input type="checkbox"/>	Nefropatia <input type="checkbox"/>	Cardiopatia <input type="checkbox"/>	Vasculopatia <input type="checkbox"/>
Há alterações no exame da glândula tiroideia?		Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>
Qual o resultado e data da última ECO e citologia efetuadas?			
Existem outras doenças metabólicas ou endócrinas?		Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>
2.8 Vesícula Biliar Especifique:			
Há queixas de dispepsia compatíveis com litíase biliar?		Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>
Qual o resultado e data do último exame exográfico hepato-biliar?			
2.9 Hérnias Especifique:			
Há alterações ao exame dos pontos herniários da parede abdominal?		Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>
2.10 Nos últimos 3 anos foi dada indicação para consultas de especialidade (quais, datas e motivos)?			

2. EXAME MÉDICO (continuação)2.11 Nos últimos 3 anos realizou exames complementares de diagnóstico Sim Não (quais, datas, motivos e resultados)?**HOMENS** (questionário específico)

2.12 Próstata Especifique:

Há alterações no exame da próstata? Sim Não Existem alterações miccionais? Sim Não **MULHERES** (questionário específico)

2.13 Mama Especifique:

Há alterações à inspeção e à palpação? Sim Não

Qual o resultado e a data da última mamografia / ecografia mamária?

2.14 Aparelho Ginecológico, há alterações nos exames

Do útero? Sim Não Dos anexos? Sim Não Vulvo-vaginal? Sim Não Existem sinais de incontinência ou prolapso uro-genital? Sim Não

Qual o resultado da última ECO pélvica e citologia vaginal?

3. OBSERVAÇÕES**4. MÉDICO** (examinador ou assistente)

Nome Completo

Nº Cédula Profissional

Morada

Localidade

Cód. Postal

País

Telefone

Os dados recolhidos são processados e armazenados informaticamente e destinam-se às relações contratuais com a LUSITANIA, seus subcontratados e empresas com as quais tenha uma parceria comercial estabelecida. Os dados poderão ser fornecidos às autoridades judiciais ou administrativas em cumprimento de obrigação legal a cargo da LUSITANIA.

As informações prestadas e os dados fornecidos para efeitos de avaliação dos riscos e de concretização do contrato, bem como os que a LUSITANIA venha a aceder na execução daquele, são tratados em obediência ao dever de sigilo, nos termos da lei em vigor. Fica, no entanto, esclarecido que, sem prejuízo dos deveres e limites previstos nas leis de proteção de dados e da concorrência, pode a LUSITANIA facultar o acesso ou transmitir tais informações e os dados, a pessoas, singulares ou coletivas, de direito público ou privado, que subcontrate para efeitos de colaboração na realização de estudos estatísticos, de inquéritos de mercados, e / ou na viabilização da execução dos contratos, nestes se incluindo a Associação Portuguesa de Seguradores (bem como a resseguradores ou entidades que enquadrem ou realizem, licitamente, ações de cooperação, de compilação de dados, de prevenção e combate à fraude, ou estudos estatísticos ou técnico-atuariais).

Os interessados podem ter acesso às informações que lhes digam respeito, solicitando a sua correção, aditamento ou eliminação, mediante contacto direto ou por escrito, junto da LUSITANIA.

Autorizo a LUSITANIA a proceder à recolha de dados pessoais complementares junto de organismos públicos, empresas especializadas e outras entidades económicas, tendo em vista a confirmação ou complemento dos elementos recolhidos, necessários à gestão da relação contratual. Autorizo igualmente a consulta dos dados pessoais disponibilizados, sob regime de confidencialidade, às empresas que integrem o respetivo Grupo Económico, desde que compatível com a finalidade de recolha dos mesmos.

Autorizo, ainda, a LUSITANIA a efetuar o registo magnético das chamadas telefónicas que forem realizadas, no âmbito da relação contratual ora proposta, quer na fase de formação do contrato, quer durante a vigência do mesmo, e bem assim a proceder à sua utilização para quaisquer fins lícitos, nomeadamente, para execução dos serviços contratados, para melhoramento e controlo dos mesmos e como meio de prova.

Data:

Assinatura do Médico

_____, ____/____/____
