Seguro de Saúde

Allianz Saúde Subsistemas

Boletim de Adesão

☐ Novo ☐ Alteração

Escritório Comercial VILA NOVA DE GAIA **Apólice** 201055994 **Dental** 201055633

Mediador **1004537 - AURELIO RODRIGUES MEDIAÇÃO DE SEGUROS, LDA** **Adesão** _____

Data de adesão ao seguro: _____/_____/_____

Tomador de Seguro **SPLIU – Sindicato Nacional dos Professores Licenciados pelos Politécnicos e Universidades**

Coberturas Base	Capital	Reembolso c/ADSE	Rede Allianz
Hospitalização e Cirurgia	€ 10.000	90%	85%
Parto	€ 1.000	90%	85%
2ª Opinião Médica	Utilização sem limite capital		
Ambulatório	€ 1.000	90%	85%
Próteses e Ortóteses	€ 1.000	80%	50%
Sub-Limite para Aros e lentes	€ 100	80%	50%
Estomatologia - Dental	cartão de utilização com co-pagamentos		
Estomatologia Reembolso (Aderentes ADSE)	€ 250	80%	-
Estomatologia Reembolso (Não Aderentes ADSE)		-	50%

Aderente (Subscritor da ADSE – IC 57)

Nome _____

Morada _____ NIF _____

Código postal _____ - _____ Localidade _____ Concelho _____

E-mail _____ Sexo _____ Telefone _____

Data de nascimento ___/___/_____ Estado Civil _____ Telemóvel _____

Nº filhos _____ BI / Cartão Cidadão _____ Fax _____

Profissão/Actividade _____

Nº Subscritor da ADSE _____

NIB (**pagamento do seguro de Saúde**) ___ ___ ___ ___ | ___ ___ ___ ___ | ___ ___ ___ ___ ___ ___ ___ ___ ___ ___ | ___ ___

NIB (**reembolso das despesas de Saúde**) ___ ___ ___ ___ | ___ ___ ___ ___ | ___ ___ ___ ___ ___ ___ ___ ___ ___ ___ | ___ ___ Se diferente

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 ___/___/_____

Subscritor da ADSE Sim ☐ IC57 Não ☐ Nº Subscritor da ADSE _____

Filho 1 Nome _____

NIF _____ Data de nascimento ___/___/_____ Sexo _____ Data de adesão ___/___/_____

Subscritor da ADSE Sim ☐ IC57 Não ☐ Nº Subscritor da ADSE _____

Filho 2 Nome _____

NIF _____ Data de nascimento ___/___/_____ Sexo _____ Data de adesão ___/___/_____

Subscritor da ADSE Sim ☐ IC57 Não ☐ Nº Subscritor da ADSE _____

Filho 3 Nome _____

NIF _____ Data de nascimento ___/___/_____ Sexo _____ Data de adesão ___/___/_____

Subscritor da ADSE Sim ☐ IC57 Não ☐ Nº Subscritor da ADSE _____

Declaração de Saúde (por favor responda detalhadamente a todas as perguntas, ainda que algumas delas possam parecer irrelevantes):

Pessoas Seguras	Aderente	Cônjuge	Filho 1	Filho 2	Filho 3
Altura	_____m	_____m	_____m	_____m	_____m
Peso	_____Kg	_____Kg	_____Kg	_____Kg	_____Kg
Sofre ou já sofreu de:					
1. Alergia	☐Sim ☐Não	☐Sim ☐Não	☐Sim ☐Não	☐Sim ☐Não	☐Sim ☐Não
Qual?	_____	_____	_____	_____	_____
2. Alterações ou Doenças do Coração, do Aparelho Circulatório e/ou respiratório	☐Sim ☐Não	☐Sim ☐Não	☐Sim ☐Não	☐Sim ☐Não	☐Sim ☐Não
Hipertensão Arterial	☐	☐	☐	☐	☐
Bronquite	☐	☐	☐	☐	☐
Asma	☐	☐	☐	☐	☐
Enfisema	☐	☐	☐	☐	☐
Tuberculose	☐	☐	☐	☐	☐
Angina de Peito, enfarte do miocárdio	☐	☐	☐	☐	☐
Arritmias	☐	☐	☐	☐	☐
Varizes	☐	☐	☐	☐	☐
Outra doença	☐	☐	☐	☐	☐
Qual?	_____	_____	_____	_____	_____
3. Alterações ou Doenças do Aparelho Digestivo	☐Sim ☐Não	☐Sim ☐Não	☐Sim ☐Não	☐Sim ☐Não	☐Sim ☐Não
Úlcera	☐	☐	☐	☐	☐
Cólica hepática (pedras na vesícula)	☐	☐	☐	☐	☐
Hepatite	☐	☐	☐	☐	☐
Cirrose	☐	☐	☐	☐	☐
Hemorróidas	☐	☐	☐	☐	☐
Hérnia	☐	☐	☐	☐	☐
Outra doença	☐	☐	☐	☐	☐
Qual?	_____	_____	_____	_____	_____
4. Alterações ou Doenças do Rim ou das Vias Urinárias	☐Sim ☐Não	☐Sim ☐Não	☐Sim ☐Não	☐Sim ☐Não	☐Sim ☐Não
Cólica renal (pedras no rim)	☐	☐	☐	☐	☐
Infecção urinária – sangue na urina	☐	☐	☐	☐	☐
Insuficiência renal	☐	☐	☐	☐	☐
Doenças da próstata	☐	☐	☐	☐	☐
Outra doença	☐	☐	☐	☐	☐
Qual?	_____	_____	_____	_____	_____
5. Alterações ou Doenças dos Ossos, Articulações ou da Coluna Vertebral	☐Sim ☐Não	☐Sim ☐Não	☐Sim ☐Não	☐Sim ☐Não	☐Sim ☐Não
Tem ou teve alguma malformação ou doença congénita	☐	☐	☐	☐	☐
Qual?	_____	_____	_____	_____	_____
Tem ou teve alguma limitação física ou invalidez	☐	☐	☐	☐	☐
Qual?	_____	_____	_____	_____	_____
Deformações	☐	☐	☐	☐	☐
Dor de costas	☐	☐	☐	☐	☐
Artroses	☐	☐	☐	☐	☐
Reumatismo	☐	☐	☐	☐	☐
Hérnia Discal	☐	☐	☐	☐	☐
Lesões do joelho	☐	☐	☐	☐	☐
Outra doença	☐	☐	☐	☐	☐

Qual?					

Declaração de Saúde (continuação):

Allianz Saúde Subsistemas

Pessoas Seguras	Aderente	Cônjuge	Filho 1	Filho 2	Filho 3
6. Alterações ou Doenças dos Olhos	☐Sim ☐Não	☐Sim ☐Não	☐Sim ☐Não	☐Sim ☐Não	☐Sim ☐Não
Cataratas	☐	☐	☐	☐	☐
Glaucoma	☐	☐	☐	☐	☐
Miopia	☐	☐	☐	☐	☐
Deslocamento da retina	☐	☐	☐	☐	☐
Outra doença	☐	☐	☐	☐	☐
Qual?					
7. Alterações ou Doenças do Sistema Nervoso, Mentais ou Consumo de Drogas	☐Sim ☐Não	☐Sim ☐Não	☐Sim ☐Não	☐Sim ☐Não	☐Sim ☐Não
Epilepsia	☐	☐	☐	☐	☐
Embolias ou hemorragias cerebrais	☐	☐	☐	☐	☐
Paralisias	☐	☐	☐	☐	☐
Doenças mentais	☐	☐	☐	☐	☐
Depressão	☐	☐	☐	☐	☐
Outra doença	☐	☐	☐	☐	☐
Qual?					
Toma medicamentos?	☐Sim ☐Não	☐Sim ☐Não	☐Sim ☐Não	☐Sim ☐Não	☐Sim ☐Não
Quais?					
Fuma?	☐Sim ☐Não	☐Sim ☐Não	☐Sim ☐Não	☐Sim ☐Não	☐Sim ☐Não
Quantos cigarros por dia?					
8. Tumores, Nódulos ou Doenças das Mamas e outras Alterações Hormonais	☐Sim ☐Não	☐Sim ☐Não	☐Sim ☐Não	☐Sim ☐Não	☐Sim ☐Não
Diabetes (tem açúcar no sangue)	☐	☐	☐	☐	☐
Desde quando se trata					
Trata-se com dieta	☐	☐	☐	☐	☐
Trata-se com antidiabéticos orais	☐	☐	☐	☐	☐
Trata-se com insulina	☐	☐	☐	☐	☐
Bócio	☐	☐	☐	☐	☐
Gota	☐	☐	☐	☐	☐
Obesidade	☐	☐	☐	☐	☐
Doenças ginecológica ou das mamas	☐	☐	☐	☐	☐
Está grávida	☐	☐	☐	☐	☐
De quanto tempo?					
9. Foi Hospitalizado nos últimos cinco anos?	☐Sim ☐Não	☐Sim ☐Não	☐Sim ☐Não	☐Sim ☐Não	☐Sim ☐Não
Para tratamento médico	☐	☐	☐	☐	☐
Qual o motivo?					
Quanto tempo?					
Em que hospital?					
Quando?					
Para intervenção cirúrgica	☐	☐	☐	☐	☐
Qual?					
Em que hospital?					
Quando?					

Declaração de Saúde (continuação): Allianz Saúde Empresas

Pessoas Seguras	Aderente	Cônjuge	Filho 1	Filho 2	Filho 3
10. Foi submetido no último ano a Ecografias, Provas de Esforço, TAC, ressonância Magnética, Endoscopia ou outros Exames Complementares?	☐Sim ☐Não	☐Sim ☐Não	☐Sim ☐Não	☐Sim ☐Não	☐Sim ☐Não
Qual?	_____	_____	_____	_____	_____
Qual o motivo?	_____	_____	_____	_____	_____
Qual o resultado?	_____	_____	_____	_____	_____
11. Foi-lhe diagnosticado Cancro, Principio ou Indício de Cancro?	☐Sim ☐Não	☐Sim ☐Não	☐Sim ☐Não	☐Sim ☐Não	☐Sim ☐Não
Aparelho respiratório	☐	☐	☐	☐	☐
Aparelho digestivo	☐	☐	☐	☐	☐
Aparelho genito-urinário	☐	☐	☐	☐	☐
Aparelho locomotor	☐	☐	☐	☐	☐
Aparelho endócrino	☐	☐	☐	☐	☐
Garganta, nariz ou ouvido	☐	☐	☐	☐	☐
Outros	☐	☐	☐	☐	☐
Qual?	_____	_____	_____	_____	_____
12. Tem ou teve outra Doença ou Afecção que não tenhamos perguntado?	☐Sim ☐Não	☐Sim ☐Não	☐Sim ☐Não	☐Sim ☐Não	☐Sim ☐Não
Qual?	☐	☐	☐	☐	☐
	_____	_____	_____	_____	_____
	_____	_____	_____	_____	_____

Observações:

O(s) abaixo assinado(s) declara(m) que:

- Responderam com exactidão e verdade a todas as questões colocadas e não omitiram informações relacionadas com a apreciação do risco a que respeitam a presente Proposta/Adesão que sejam, ou devam ser, do seu conhecimento, ainda que esta tenha sido preenchida por terceiros e por si apenas assinada;
- Autorizam os médicos ou qualquer entidade, que os tenha assistido, tratado ou examinado, a fornecer à Allianz Portugal o acesso aos seus Dados Pessoais de Saúde e a todas as informações relacionadas com a sua Adesão/Proposta contratual ou com um eventual sinistro por si sofrido;
- Tomaram conhecimento e aceitam que as omissões ou declarações falsas, inexactas ou incompletas que relevem na apreciação do risco, concedem à Allianz Portugal o direito à anulação do contrato.

Data ___/___/_____ Assinaturas:

Aderente _____ Cônjuge _____

Filho 1 _____ Filho 2 _____

Filho 3 _____

Regime legal aplicável aos Prémios (Decreto-Lei nº 72/2008, de 16/Abril): A cobertura dos riscos depende do prévio pagamento do prémio. A falta de pagamento do prémio ou fracção, na data devida, impede a prorrogação do contrato e implica a resolução automática nessa mesma data. A falta de pagamento de um prémio de montante variável ou de um prémio adicional resultante de uma modificação do contrato fundada num agravamento superveniente do risco, também implica a sua resolução automática. O não pagamento, até à data do vencimento, de um prémio adicional resultante de uma modificação contratual, determina a ineficácia da alteração, subsistindo o contrato com o âmbito e nas condições que vigoravam antes da pretendida modificação, a menos que tal se revele impossível, caso em que se considera resolvido na data do vencimento do prémio não pago.

Tratamento dos Dados Pessoais Informatizados - Lei 67/98, de 26 de Outubro: Os dados recolhidos serão processados e armazenados informaticamente e destinam-se à utilização nas relações contratuais com a Allianz Portugal e seus Subcontratados. O Proponente poderá ter acesso à informação que lhe diga respeito, solicitando a sua correcção, aditamento ou eliminação, mediante contacto directo ou por escrito, junto da Allianz Portugal. A Allianz Portugal poderá proceder à recolha de dados pessoais complementares junto de Organismos Públicos, empresas especializadas e outras unidades económicas, tendo em vista a confirmação ou complemento dos elementos recolhidos, necessários à gestão da relação contratual. A consulta dos dados pessoais poderá ser disponibilizada, sob regime de absoluta confidencialidade, a outras Empresas em relação de Grupo, desde que o fim seja compatível com a finalidade da recolha dos mesmos.