

Allianz Saúde Empresas

Boletim de Adesão

 Novo Alteração

Escritório Comercial _____ Apólice _____
 Mediador _____ Número empregado _____ Adesão _____
 Data de admissão na empresa: _____ Data de adesão ao seguro: _____
 Grupo a que pertence (no caso em que exista mais do que um grupo no contrato) _____

Dados Gerais:

Tomador de Seguro

Nome _____

Em conformidade com a seleção efetuada na Proposta de Seguro indique, para o Aderente a que respeita este Boletim de Adesão:

Coberturas Base: Hospitalização e Rede Hospitalização Hospitalização e Ambulatório Hospitalização e Ambulatório Completo

Capital de Hospitalização e Cirurgia: € 10.000 € 15.000 € 20.000 € 30.000

Coberturas Opcionais: Cobertura Médica Internacional por Doença Grave Estomatologia - Dental Estomatologia - fora da rede

Aderente

Nome _____

Morada _____ NIF _____

Código-Postal _____ Localidade _____ Concelho _____

E-mail: _____ Sexo _____ Telefone _____

Data de Nascimento _____ Estado Civil _____ Telemóvel _____

Nº filhos _____ Documento de identificação _____ Número _____ Fax _____

Profissão/Atividade _____

IBAN (para reembolso das despesas de saúde) _____

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 _____

Filho 1 Nome _____

NIF _____ Data de nascimento _____ Sexo _____ Data de adesão _____

Filho 2 Nome _____

NIF _____ Data de nascimento _____ Sexo _____ Data de adesão _____

Filho 3 Nome _____

NIF _____ Data de nascimento _____ Sexo _____ Data de adesão _____

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

Declaração de Saúde (continuação)

Tuberculose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Angina de peito, enfarte do miocárdio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pessoas Seguras	Aderente	Cônjuge	Filho 1	Filho 2	Filho 3
Arritmias	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Varizes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Alteração ou Doenças do Aparelho Digestivo	<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
Úlcera	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cólica hepática (pedras na vesícula)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hepatite	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cirrose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hemorróidas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hérnia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Alterações ou Doenças do Rim ou das Vias Urinárias	<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
Cólica Renal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Infeção urinária - sangue na urina	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Insuficiência renal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Doenças da próstata	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Alterações ou Doenças dos Ossos, Articulações ou da Coluna Vertebral	<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
Tem ou já teve alguma malformação ou doença congénita	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Qual?	_____	_____	_____	_____	_____
Tem ou já teve alguma limitação física ou invalidez	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Qual?	_____	_____	_____	_____	_____
Deformações	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dor de costas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Artroses	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Reumatismo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hérnia discal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lesões do joelho	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Alterações ou Doenças dos Olhos	<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
Cataratas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Glaucoma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Miopia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Deslocamento de retina	<input type="checkbox"/> Esq <input type="checkbox"/> Dir	<input type="checkbox"/> Esq <input type="checkbox"/> Dir	<input type="checkbox"/> Esq <input type="checkbox"/> Dir	<input type="checkbox"/> Esq <input type="checkbox"/> Dir	<input type="checkbox"/> Esq <input type="checkbox"/> Dir
7. Alterações ou Doenças do Sistema Nervoso, Mentais ou Consumo de Medicamentos	<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
Epilepsia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Embolias ou hemorragias cerebrais	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Paralisias	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Doenças mentais	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Declaração de Saúde (continuação)

Pessoas Seguras

	Aderente	Cônjuge	Filho 1	Filho 2	Filho 3
Toma medicamentos?	<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
Quais?	_____	_____	_____	_____	_____
Fuma?	<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
Quantos cigarros por dia?	_____	_____	_____	_____	_____
8. Tumores, Nódulos ou Doenças das Mamas e outras Alterações Hormonais	<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
Diabetes (tem açúcar no sangue)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Desde quando se trata	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trata-se com dieta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trata-se com antidiabéticos orais	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trata-se com insulina	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bócio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gota	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Obesidade	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Doença ginecológica ou das mamas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Qual?	_____	_____	_____	_____	_____
Está grávida	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Foi submetido a algum tipo de análises ou exames de esterilidade/fertilidade?	<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
Outra doença	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Qual?	_____	_____	_____	_____	_____
9. Foi hospitalizado nos últimos cinco anos?	<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
Para tratamento médico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Qual o motivo?	_____	_____	_____	_____	_____
Quanto tempo?	_____	_____	_____	_____	_____
Em que hospital?	_____	_____	_____	_____	_____
Quando?	_____	_____	_____	_____	_____
Para intervenção cirúrgica (excepto cesariana)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Qual?	_____	_____	_____	_____	_____
Em que hospital?	_____	_____	_____	_____	_____
Quando?	_____	_____	_____	_____	_____
10. Foi Submetido no último ano a Ecografias, Provas de Esforço, TAC, Ressonância Magnética, Endoscopia ou outros Exames Complementares que tivessem detetado alguma doença?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Qual?	_____	_____	_____	_____	_____
Qual o motivo?	_____	_____	_____	_____	_____
Qual o resultado?	_____	_____	_____	_____	_____
11. Foi-lhe Diagnosticado Cancro, Princípio ou Indício de Cancro?	<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
Aparelho respiratório	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aparelho digestivo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aparelho genito-urinário	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aparelho locomotor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sistema endócrino	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Garganta, nariz ou ouvido	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Declaração de Saúde (continuação)

Outros

Qual?

12. Sofre ou sofreu de alguma doença ou afeição que não tenhamos perguntado? Sim Não Sim Não Sim Não Sim Não Sim Não

Qual?

Observações:

Multiple horizontal lines for writing observations.

O(s) abaixo assinado(s) declara(m) que:
- Responderam com exatidão e verdade a todas as questões colocadas e não omitiram informações relacionadas com a apreciação do risco a que respeita 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;
- Tomaram conhecimento e aceitam que as omissões ou declarações falsas, inexatas ou incompletas que relevem na apreciação do risco, concedem à Allianz Portugal o direito à anulação ou à resolução do contrato.

Data [calendar icon] Assinaturas:

Tomador do Seguro Filho 1

Aderente Filho 2

Cônjuge Filho 3

Regime legal aplicável aos Prêmios (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 fração, na data prevista, impede a prorrogação do contrato e implica a resolução automática na 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 de 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 de vencimento do prémio não pago.

Dados Pessoais:

A proteção da sua Privacidade é um compromisso e uma prioridade absoluta para a Allianz Portugal.

Esta é uma nota de informação resumida relativa ao tratamento de Dados Pessoais abaixo : como o fazemos, que tipo de dados pessoais e porquê os recolhemos e com que entidades os iremos partilhar. Aconselhamos a que leia atentamente a informação detalhada disponível em <https://www.allianz.pt/rotecao-dados>.

Informação básica sobre a Proteção de Dados	
Responsável	Companhia de Seguros Allianz Portugal, S.A.
Finalidade	A subscrição e execução de um contrato de seguro.
Licitude do Tratamento	O tratamento dos dados é necessário para a execução do contrato de seguro celebrado com o titular dos dados. No que se refere a dados pessoais relativos a saúde (Categoria especial de dados) o consentimento expresso obtido do titular legitima o tratamento.
Destinatários	A cedência dos dados poderá ocorrer, no âmbito da execução deste contrato, a prestadores de serviços, em especial Prestadores Clínicos, Autoridades e Entidades Públicas, bem como no cumprimento de quaisquer obrigações Legais e/ou Fiscais.
Direitos	O titular dos dados pode exercer os seus direitos de acesso, retificação, apagamento, limitação, portabilidade e oposição, conforme informação adicional.
Origem	Para além dos dados recolhidos junto do titular, podemos aceder, recolher ou confirmar dados pessoais em sites de Entidades Públicas ou Privadas.
Informação Adicional	<p>Podem consultar a informação adicional e detalhada sobre a Proteção de Dados no nosso website:</p> <p style="text-align: center;">https://www.allianz.pt/rotecao-dados</p>

O titular dos dados facultou a seguinte informação:

1. Dou o meu consentimento ao tratamento dos meus dados pessoais para fins de Marketing?

Sim Não

2. Dou o meu consentimento ao tratamento automatizado dos meus dados pessoais com vista à definição de perfis:

Sim Não

3. A(s) Pessoa(s) Segura(s) autorizou, no momento da subscrição deste contrato, a Allianz Portugal a proceder ao tratamento dos meus dados pessoais de saúde, com vista à gestão contratual da apólice, bem como à gestão de eventuais processos de sinistro.

No mesmo âmbito, autorizou o Médico designado por esta Companhia de Seguros a solicitar, a qualquer outro Médico ou profissional de saúde, as informações e documentos relativos à sua saúde (nomeadamente, relatórios clínicos, relatórios de internamento e resultados de exames auxiliares de diagnóstico), que entenda por necessários, com vista à análise do risco ora proposto e/ou à determinação das causas e consequências de qualquer sinistro que seja participado à Allianz Portugal, pela pessoa segura.

Autorizou, igualmente, os referidos Médicos e profissionais de saúde a prestarem ao Médico designado pela Allianz Portugal as informações e documentos que lhes sejam por este solicitados, no contexto da autorização que conferiu nesta data.

Enquanto titular de Dados Pessoais de Saúde, autorizo expressamente, a que o mediador de seguros associado ao presente contrato, recolha e insira no sistema informático da Allianz Portugal, os dados de saúde necessários à correta emissão do mesmo.

Este consentimento está em conformidade com o disposto na legislação em vigor, constituindo uma manifestação de vontade, livre, específica, informada e explícita.

Assinaturas Pessoa(s) Segura(s)
