

# Allianz Saúde Empresas

## Boletim de Adesão

Novo  Alteração

Escritório comercial \_\_\_\_\_ Apólice \_\_\_\_\_  
 Mediador \_\_\_\_\_ Número \_\_\_\_\_ Adesão \_\_\_\_\_  
 Data de admissão na empresa: \_\_\_\_\_ Data de adesão ao seguro: **01 01 2013**  
 Grupo a que pertence (no caso em que exista mais do que um grupo no contrato) \_\_\_\_\_

### Dados Gerais:

#### Tomador do Seguro

Nome **SINDICATO NACIONAL E DEMOCRÁTICO DOS PROFESSORES**

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

Coberturas Base:  Módulo 1  Módulo 2  Módulo 3  Módulo 4 - Dental  
 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 de rede

#### Aderente

Nome \_\_\_\_\_  
 Morada \_\_\_\_\_ NIF \_\_\_\_\_  
 Código postal \_\_\_\_\_ Localidade \_\_\_\_\_ Concelho \_\_\_\_\_  
 E-mail \_\_\_\_\_ Sexo \_\_\_\_\_ Telefone \_\_\_\_\_  
 Data de nascimento \_\_\_\_\_ Estado civil \_\_\_\_\_ Telemóvel \_\_\_\_\_  
 Nº filhos \_\_\_\_\_ Documento identificação \_\_\_\_\_ Número \_\_\_\_\_ Fax \_\_\_\_\_  
 Profissão/Actividade \_\_\_\_\_  
 NIB (para reembolso das despesas de saúde e pagamento de prémios) \_\_\_\_\_

#### 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	<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
Qual?	_____	_____	_____	_____	_____
2. Alterações ou Doenças do Coração, do Aparelho Circulatório e/ou Respiratório	<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
Hipertensão arterial	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bronquite	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Asma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Enfisema	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
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"/>
Arritmias	<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
Varizes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Outra doença	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Qual?	_____				
<b>3. Alterações ou Doenças do Aparelho Digestivo</b>	<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"/>
Hemorroidas	<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"/>
Outra doença	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Qual?	_____				
<b>4. Alterações ou Doenças do Rim ou das Vias Urinárias</b>	<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 (pedras no rim)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Infecção 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"/>
Outra doença	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Qual?	_____				
<b>5. Alterações ou Doenças dos Ossos, Articulações ou da Coluna Vertebral</b>	<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	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 <input type="checkbox"/>
Outra doença	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Qual?	_____				
<b>6. Alterações ou Doenças dos Olhos</b>	<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"/>
Descolamento de retina	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 <input type="checkbox"/>
Outra doença	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Qual?	_____				
<b>7. Alterações ou Doenças do Sistema Nervoso, Mentais ou Consumo de Medicamentos</b>	<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"/>
Depressão	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Outra doença	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Qual?	_____				

## Declaração de Saúde (continuação)

## Pessoas Seguras

	Aderente	Cônjuge	Filho 1	Filho 2	Filho 3
Toma medicamentos? ..... Quais? .....	<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
.....	.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....	.....
Fuma? ..... Quantos cigarros por dia?	<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. 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	.....	.....	.....	.....	.....
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"/>
Está grávida	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
De quanto tempo?	.....	.....	.....	.....	.....
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	<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?	<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
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"/>
Outros	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Qual?	.....	.....	.....	.....	.....
12. Tem ou teve outra Doença ou Afecção que não tenhamos perguntado?	<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
Qual?	.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....	.....

Observações:

Horizontal lines for notes/observations.

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 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;
- 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, inexatas ou incompletas que relevem na apreciação do risco, concedem à Allianz Portugal o direito à anulação ou à resolução do contrato.

Data \_\_\_\_\_ Assinaturas:

Tomador do Seguro \_\_\_\_\_ Filho 1

Aderente \_\_\_\_\_ Filho 2

Cônjuge \_\_\_\_\_ 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.