UNIVERSAL SEGUROS

CAIXA PREVIDÊNCIA DA JUSTIÇA

QUESTIONÁRIO INDIVIDUAL DE SAÚDE

Quadro para uso exclusivo da Administração

Proposta Nº

Apolice Nº

Moeda Do Contrato: **AOA**

Plano:

☐ Prata ☐ Ouro ☐ Platina

Produtor Nº: _____ Nº _____

Cobrador: _____ Nº _____

1. TOMADOR DO SEGURO

CPJ – Caixa de Previdência da Justiça

2. PESSOA SEGURA

Utilize letra de imprensa, não abrevie o apelido, nem os três primeiros nomes.

Nome: _____

Data de Nascimento: D D M M A A A A

Nacionalidade: _____

3. DADOS PARA APÓLICE

Indique se lhe foi feito algum diagnóstico ou indicado um tratamento/cirurgia relacionados com alguma das doenças abaixo descritas

3.1 - Tumores

☐ Não ☐ Sim Se sim, por favor especifique: _____

☐ Benignos ☐ Malignos

3.2 - Doenças Cardiovasculares

☐ Não ☐ Sim Se sim, por favor especifique: _____

☐ Hipertensão Arterial ☐ Angina de Peito ☐ Doença Valvular ☐ Doença Arterial Periférica

☐ Dislipidémia ☐ Arritmias/Bloqueios ☐ Enfarte do Miocárdio ☐ Varizes ☐ Outras

3.3 - Doenças Neurológicas

☐ Não ☐ Sim Se sim, por favor especifique: _____

☐ AVC ☐ Cefaleias ☐ Epilepsia ☐ Sequelas de Traumatismos ☐ Doenças Musculares

☐ Doenças de Parkinson ☐ Esclerose Múltipla ☐ Paralisia ☐ Outras

3.4 - Doenças Endocrinológicas

☐ Não ☐ Sim Se sim, por favor especifique: _____

☐ Diabetes ☐ Tiroide ☐ Supra-renal ☐ Hipófise ☐ Outras

3.5 - Doenças Respiratórias

☐ Não ☐ Sim Se sim, por favor especifique: _____

☐ Asma ☐ Doença Pulmonar Obstructiva ☐ Sarcoidose ☐ Apneia do Sono ☐ Outras

3.6 - Doenças do Aparelho Digestivo

☐ Não ☐ Sim Se sim, por favor especifique: _____

☐ Hérnia do Hiato ☐ Gastrite ☐ Úlceras ☐ Doença Inflamatória Intestino ☐ Pólipos

☐ Hemorroidas ☐ Hérnias Abdominais ☐ Outras

3.7 - Doenças Hepáticas e das Vias Biliares

☐ Não ☐ Sim Se sim, por favor especifique: _____

☐ Hepatite ☐ Cirrose ☐ Cálculos ☐ Pancreatite ☐ Outras

3.8 - Doenças Psiquiátricas

☐ Não ☐ Sim Se sim, por favor especifique: _____

☐ Esquizofrenia ☐ Doença Bipolar ☐ Anorexia/ Bulimia ☐ Ansiedade ☐ Depressão

☐ Demência/Alzheimer ☐ Outras

3.9 - Doenças Hematológicas

☐ Não ☐ Sim Se sim, por favor especifique: _____

☐ Anemia ☐ Linfoma ☐ Leucemia ☐ Doenças de Coagulação

☐ Mieloma ☐ Outras

3.10 - Doenças do Aparelho Urinário

☐ Não ☐ Sim Se sim, por favor especifique: _____

☐ Rim ☐ Insuficiência Renal ☐ Bexiga ☐ Infertilidade ☐ Litíase ☐ Vias Urinárias

☐ Próstata ☐ Outras

NIF: 541706 1590

QUESTIONARIO INDIVIDUAL - CPJ - US.indd 1 27/04/2016 14:18:47

3.11 - Doenças Ginecológicas ou da Mama

☐ Não ☐ Sim Se sim, por favor especifique: _____

☐ Nódulo da Mama ☐ Endometriose ☐ Infertilidade ☐ Prolapso Uterino ☐ Miomas ☐ Outras

3.12 - Doenças Reumatológicas

☐ Não ☐ Sim Se sim, por favor especifique: _____

☐ Artrite Reumatóide ☐ Espondilite Aquilosante ☐ Fibromialgia ☐ Lupus ☐ Outras

3.13 - Doenças da Coluna e Articulações

☐ Não ☐ Sim Se sim, por favor especifique: _____

☐ Espondilose ☐ Cifose ☐ Osteoporose ☐ Fracturas ☐ Escoliose

☐ Hérnia Discal ☐ Gota ☐ Outras

3.14 - Doenças da Pele

☐ Não ☐ Sim Se sim, por favor especifique: _____

☐ Dermatite ☐ Eczemas ☐ Psoríase ☐ Acne ☐ Outras

3.15 - Doenças Infecciosas

☐ Não ☐ Sim Se sim, por favor especifique: _____

☐ Tuberculose ☐ HIV/Sida ☐ Sífilis ☐ Outras

3.16 - Doenças dos Olhos, Ouvidos e Nasofaringe

☐ Não ☐ Sim Se sim, por favor especifique: _____

☐ Miopia ☐ Cataratas ☐ Otite ☐ Vertigem ☐ Glaucoma ☐ Retina

☐ Baixa de Audição ☐ Sinusite ☐ Outras

* Em caso de resposta afirmativa a qualquer uma das questões da página anterior, especifique por favor os seguintes elementos:

Qual a doença, ou doenças, e a(s) respectiva(s) data(s) de diagnóstico? _____

Quais os tratamentos realizados, em ambulatório ou internamento, e as respectivas datas? _____

Estado Clínico Actual _____

Foi submetido(a) a alguma intervenção cirúrgica? ☐ Não ☐ Sim

Em caso afirmativo, especifique qual, em que ano foi realizada e se lhe foi colocada alguma prótese ou outro material cirúrgico: _____

Qual o estado clínico actual? _____

Faz algum tipo de tratamento médico ou medicação com regularidade? ☐ Não ☐ Sim

Em caso afirmativo, especifique qual: _____

Foi vítima de algum acidente de trabalho, viação, desportivo ou outro? ☐ Não ☐ Sim

Quais as respectivas consequências? _____

Fuma? ☐ Não ☐ Sim Quantidade? ☐☐

Bebe bebidas alcoólicas? ☐ Não ☐ Sim Tipo de bebida? _____ Quantidade? ☐☐

Tem ou teve algum seguro de saúde? ☐ Não ☐ Sim Em que Seguradora? _____

O seguro foi aceite com exclusões ou restrições, ou foi-lhe aplicado algum agravamento no prémio? _____

Em caso de transferência deve anexar cópia das Condições Contratuais onde refira a existência ou não de restrições de aceitação (exclusões).

4. ÍNDICES BIOMÉTRICOS DA PESSOA SEGURA

*Altura ☐☐☐ M *Peso ☐☐☐ Kg *Tensão arterial (só para maiores de 16 anos) ☐☐☐ min. ☐☐☐ max.

5. MÉDICO(S) ASSISTENTE(S) DA PESSOA SEGURA

Nome: _____

Especialidade: _____

Consultório: _____

Telemóvel: ☐☐☐☐☐☐☐☐☐ Telefone Consultório: ☐☐☐☐☐☐☐☐☐

Nome: _____

Especialidade: _____

Consultório: _____

Telemóvel: ☐☐☐☐☐☐☐☐☐ Telefone Consultório: ☐☐☐☐☐☐☐☐☐

NIF: 5417061590

QUESTIONARIO INDIVIDUAL - CPJ - US.indd 2 27/04/2016 14:18:48

6. OBSERVAÇÕES

* Em caso de observações, especifique por favor os seguintes elementos:

7. DADOS PESSOAIS

DADOS PESSOAIS

Os dados pessoais constantes neste documento serão processados e armazenados informaticamente pelo Segurador e destinam-se ao seu uso exclusivo, no âmbito das relações pré-contratuais ou decorrentes do contrato celebrado com o seu Cliente, incluindo as suas renovações. Os dados serão conservados de forma a permitir a identificação dos titulares até que tenham cessado definitivamente essas relações.

O titular terá livre acesso aos seus dados pessoais, com uma periodicidade não inferior a um ano a contar da recolha ou primeiro acesso, desde que o solicite por escrito, podendo proceder à sua retificação.

Os dados recolhidos em virtude da celebração, execução ou cessação do contrato poderão ser fornecidos às autoridades judiciais ou administrativas, desde que em cumprimento de obrigação legal a cargo do Segurador, e bem assim, sem prejuízo dos deveres e limites previstos em matéria de proteção de dados pessoais e de concorrência, e sempre sujeito ao dever de sigilo, aos prestadores de serviços do Segurador, designadamente os seus resseguradores e peritos e ainda às entidades, nomeadamente de tipo associativo, como seja a Associação Portuguesa de Seguradores, que enquadrem ou realizem, licitamente, ações de compilação de dados, ações de prevenção e combate à fraude, estudos de mercado ou estudos estatísticos ou técnico-atuariais.

8. DECLARAÇÕES

Para efeitos de celebração do presente contracto de seguro, declaro que:

1. São exactas e completas as declarações por mim prestadas e tomei conhecimento de todas as informações necessárias à celebração do presente contracto, tendo-me sido entregues as respectivas Condições Gerais e Especiais, para delas tomar integral conhecimento, e prestados todos os esclarecimentos sobre as mesmas condições, nomeadamente sobre garantias e exclusões, com as quais estou de acordo.

2. Autorizo a consulta dos dados pessoais disponibilizados, sob regime de absoluta confidencialidade, às empresas que integram o grupo desde que compatível com a finalidade da recolha dos mesmos.

3. Autorizo o CAIXA DE PREVIDÊNCIA DA JUSTIÇA e a UNIVERSAL SEGUROS S.A. a 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 a gestão da relação contratual.

4. Autorizo o CAIXA DE PREVIDÊNCIA DA JUSTIÇA e a UNIVERSAL SEGUROS S.A., a efectuar se assim o entender, o registo das chamadas telefónicas que forem realizadas, no âmbito da relação contratual ora proposta, quer em 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 contractados, para melhoramento e controlo dos mesmos e como meio de prova.

Os dados recolhidos serão processados e armazenados informaticamente e destinam-se à utilização nas relações contractuais com a UNIVERSAL SEGUROS S.A. e seus subcontractados. As omissões, inexactidões e falsidades, quer no que respeita a dados de fornecimento obrigatório, quer facultativo, são da responsabilidade do Cliente.

Os dados recolhidos bem como aqueles que vierem a ser fornecidos aquando da participação de um sinistro serão comunicados ao Instituto de Supervisão de Seguros para a constituição do Ficheiro Nacional de sinistros e fraudes.

Os dados agora recolhidos poderão ser comunicados ao Instituto de Supervisão de Seguros para a constituição da Base de Dados "Prémios Não pagos", sempre que, sem fundada justificação, os tomadores de seguro não satisfizerem as suas obrigações de pagamento relativamente aos contractos de seguro que celebrarem.

Os interessados podem ter acesso à informação que lhes diga directamente respeito, solicitando a sua correcção, aditamento ou eliminação mediante contacto directo ou por escrito, nos balcões da Companhia.

Esta informação não dispensa a leitura atenta das Condições Gerais, especiais e particulares do contrato.

Pessoa Segura: _____ Tomador do Seguro: _____
(Ou responsável legal no caso de menor de 18 anos)

Local: _____ Data: D D M M A A A A

NIF: 541706159O

QUESTIONARIO INDIVIDUAL - CPJ - US.indd 3 27/04/2016 14:18:48