

# Allianz Saúde Subsistemas

## Boletim de Adesão

 Nova  Alteração

Escritório Comercial \_\_\_\_\_ Apólice de Saúde \_\_\_\_\_  
 Mediador **AssurMed Europe** N° empregado \_\_\_\_\_ Adesão **2 0 5 4 8 7 5 5 1**  
 Data de admissão na empresa \_\_\_\_\_ Data de adesão ao seguro **0 1**  
 Grupo a que pertence (no caso em que exista mais do que um grupo no contrato) \_\_\_\_\_

### Dados Gerais

#### Tomador de Seguro

Nome **SPP/PSP - Sindicato dos Profissionais da Polícia**

#### Aderente (subscritor de um Subsistema do SNS)

Nome \_\_\_\_\_  
 Morada \_\_\_\_\_ NIF \_\_\_\_\_  
 Código Postal \_\_\_\_\_ Localidade \_\_\_\_\_ Concelho \_\_\_\_\_  
 E-mail \_\_\_\_\_ Sexo \_\_\_\_\_ Telefone \_\_\_\_\_  
 Data de Nascimento \_\_\_\_\_ Estado Civil \_\_\_\_\_ N° filhos \_\_\_\_\_ Telemóvel \_\_\_\_\_  
 Tipo de documento identificação (ID) \_\_\_\_\_ Número do ID \_\_\_\_\_ Data de Validade ID \_\_\_\_\_  
 Profissão / Atividade \_\_\_\_\_ N° subscritor \_\_\_\_\_  
 IBAN (para reembolso de despesas de saúde) \_\_\_\_\_  
 Aceito a utilização do e-mail para contacto e para o envio de documentação?  Não  Sim (Assume-se a aceitação à utilização do e-mail em caso de não preenchimento)

### Autorização de Débito em Conta

Entidade Bancária \_\_\_\_\_ IBAN \_\_\_\_\_  
 Nome \_\_\_\_\_  
 Morada \_\_\_\_\_ NIF \_\_\_\_\_  
 Parentesco / Relacionamento com o Tomador de Seguro \_\_\_\_\_

Por débito na conta indicada, autorizo o pagamento das importâncias que forem apresentadas pela Companhia de Seguros Allianz Portugal, S.A. relativas a este contrato. Fica desde já acordado que o Banco não se responsabiliza pela execução dos pagamentos se a conta apresentar saldo insuficiente.  
 Ao subscrever esta autorização, está a autorizar o Credor a enviar instruções ao seu Banco para debitar a sua conta e o seu Banco a debitar a sua conta, de acordo com as instruções do Credor.  
 Os seus direitos incluem a possibilidade de exigir do seu Banco o reembolso do montante debitado, nos termos e condições acordados com o seu Banco. O reembolso deve ser solicitado até um prazo de oito semanas, a contar da data do débito na sua conta.

Assinatura

Data \_\_\_\_\_

#### Identificação do Credor

Nome **Companhia de Seguros Allianz Portugal, S.A.** Identificação do Credor **P T 7 9 Z Z Z 1 0 0 5 5 3** País **Portugal**  
 Morada **Rua Andrade Corvo, 32** Código Postal **1 0 6 9 0 1 4** Cidade **Lisboa** Tipo de Pagamento:  Pagamento Recorrente  Pagamento Pontual

### Composição do Agregado Familiar (preenchimento obrigatório em caso de extensão do Seguro de Saúde ao agregado familiar - só para subscritores de um Subsistema de Saúde)

**Cônjuge** Nome \_\_\_\_\_  
 NIF \_\_\_\_\_ Data de Nascimento \_\_\_\_\_ Data de Adesão \_\_\_\_\_  
 Sexo \_\_\_\_\_ N° de Subscritor de um Subsistema do SNS \_\_\_\_\_

**Filho 1** Nome \_\_\_\_\_  
 NIF \_\_\_\_\_ Data de Nascimento \_\_\_\_\_ Data de Adesão \_\_\_\_\_  
 Sexo \_\_\_\_\_ N° de Subscritor de um Subsistema do SNS \_\_\_\_\_

**Filho 2** Nome \_\_\_\_\_  
 NIF \_\_\_\_\_ Data de Nascimento \_\_\_\_\_ Data de Adesão \_\_\_\_\_  
 Sexo \_\_\_\_\_ N° de Subscritor de um Subsistema do SNS \_\_\_\_\_

**Filho 3** Nome \_\_\_\_\_  
 NIF \_\_\_\_\_ Data de Nascimento \_\_\_\_\_ Data de Adesão \_\_\_\_\_  
 Sexo \_\_\_\_\_ N° de Subscritor de um Subsistema do SNS \_\_\_\_\_

**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 <sub>1</sub>				
Peso	_____ Kg <sub>1</sub>				
<b>Sofre ou já sofreu de:</b>					
1. Alergia	<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				
Hipertensão arterial	<input type="checkbox"/>				
Bronquite	<input type="checkbox"/>				
Asma	<input type="checkbox"/>				
Enfisema	<input type="checkbox"/>				
Tuberculose	<input type="checkbox"/>				
Angina de peito, enfarte do miocárdio	<input type="checkbox"/>				
Arritmias	<input type="checkbox"/>				
Varizes	<input type="checkbox"/>				
Outra doença	<input type="checkbox"/>				
Qual?	_____	_____	_____	_____	_____
3. Alterações ou doenças do Aparelho Digestivo	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não				
Úlcera	<input type="checkbox"/>				
Cólica hepática (pedras na vesícula)	<input type="checkbox"/>				
Hepatite	<input type="checkbox"/>				
Cirrose	<input type="checkbox"/>				
Hemorroidas	<input type="checkbox"/>				
Hérnia	<input type="checkbox"/>				
Outra doença	<input type="checkbox"/>				
Qual?	_____	_____	_____	_____	_____
4. Alterações ou doenças do Rim ou das Vias Urinárias	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não				
Cólica renal (pedras no rim)	<input type="checkbox"/>				
Infeção urinária - sangue na urina	<input type="checkbox"/>				
Insuficiência renal	<input type="checkbox"/>				
Doenças da próstata	<input type="checkbox"/>				
Outra doença	<input type="checkbox"/>				
Qual?	_____	_____	_____	_____	_____
5. Alterações ou doenças dos Ossos, Articulações ou da Coluna Vertebral	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não				
Tem ou já teve alguma malformação ou doença congénita	<input type="checkbox"/>				
Qual?	_____	_____	_____	_____	_____
Tem ou já teve alguma limitação física ou invalidez	<input type="checkbox"/>				
Qual?	_____	_____	_____	_____	_____
Deformações	<input type="checkbox"/>				
Dor de costas	<input type="checkbox"/>				
Artroses	<input type="checkbox"/>				
Reumatismo	<input type="checkbox"/>				
Hérnia discal	<input type="checkbox"/>				
Lesões do joelho	<input type="checkbox"/> Esq. <input type="checkbox"/> Dir.				
Outra doença	<input type="checkbox"/>				
Qual?	_____	_____	_____	_____	_____
6. Alterações ou doenças dos Olhos	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não				
Cataratas	<input type="checkbox"/>				
Glaucoma	<input type="checkbox"/>				
Miopia	<input type="checkbox"/>				
Descolamento de retina	<input type="checkbox"/> Esq. <input type="checkbox"/> Dir.				
Outra doença	<input type="checkbox"/>				
Qual?	_____	_____	_____	_____	_____
7. Alterações ou doenças do Sistema Nervoso, Mentais ou Consumo de medicamentos	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não				
Epilepsia	<input type="checkbox"/>				

Declaração de Saúde (continuação)

Pessoas Seguras	Aderente	Cônjuge	Filho 1	Filho 2	Filho 3
Embolias ou hemorragias cerebrais	<input type="checkbox"/>				
Paralisias	<input type="checkbox"/>				
Doenças mentais	<input type="checkbox"/>				
Depressão	<input type="checkbox"/>				
Outra doença	<input type="checkbox"/>				
Qual?	_____	_____	_____	_____	_____
Toma medicamentos?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não				
Quais?	_____	_____	_____	_____	_____
	_____	_____	_____	_____	_____
	_____	_____	_____	_____	_____
Fuma?	<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				
Diabetes	<input type="checkbox"/>				
Desde quando se trata	_____	_____	_____	_____	_____
Trata-se com dieta	_____	_____	_____	_____	_____
Trata-se com antibióticos orais	_____	_____	_____	_____	_____
Trata-se com insulina	_____	_____	_____	_____	_____
Bócio	<input type="checkbox"/>				
Gota	<input type="checkbox"/>				
Obesidade	<input type="checkbox"/>				
Doença ginecológica ou das mamas	<input type="checkbox"/>				
Está grávida	<input type="checkbox"/>				
De quanto tempo?	_____	_____	_____	_____	_____
9. Foi hospitalizado nos últimos 5 anos?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não				
Para tratamento médico	<input type="checkbox"/>				
Qual o motivo?	_____	_____	_____	_____	_____
Quanto tempo?	_____	_____	_____	_____	_____
Em que hospital?	_____	_____	_____	_____	_____
Quando?	_____	_____	_____	_____	_____
Para intervenção cirúrgica?	<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				
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				
Aparelho respiratório	<input type="checkbox"/>				
Aparelho digestivo	<input type="checkbox"/>				
Aparelho genito-urinário	<input type="checkbox"/>				
Aparelho locomotor	<input type="checkbox"/>				
Aparelho endócrino	<input type="checkbox"/>				
Garganta, nariz ou ouvido	<input type="checkbox"/>				
Outros	<input type="checkbox"/>				
Qual?	_____	_____	_____	_____	_____
12. Tem ou teve outra doença ou afeção que não tenhamos perguntado?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não				
Qual?	_____	_____	_____	_____	_____
	_____	_____	_____	_____	_____



