



PEDIDO DE INCLUSÃO SEGURO DE SAÚDE

Indique se este é um novo pedido de inclusão ou alteração a um pedido já existente:

Novo Alteração

TOMADOR DO SEGURO

Nome **A S S O C I A Ç Ã O P R O F I S S I O N A I S P O L I C I A**

PESSOA SEGURA 1 - ASSOCIADO

Nome Completo _____

Número Associado _____ Data de admissão ____ / ____ / ____

Morada _____

Localidade _____

Cód. Postal _____ - _____

E-mail _____

Profissão _____

Data de Nascimento ____ / ____ / ____ Sexo M F Nacionalidade _____

Estado Civil _____ Tel./Tlm. _____ N.I.F. _____

Subsistema Não Sim Se Sim, indique qual _____ Nº de Beneficiário _____

DADOS DO CONTRATO

Data inclusão no seguro
____ / ____ / ____

AUTORIZAÇÕES DE DÉBITO E CRÉDITO EM CONTA

Ao Banco _____ Agência _____, por débito na minha conta bancária a que corresponde o NIB _____ autorizo o banco a proceder, através do Sistema de Débito Direto e com a periodicidade estabelecida contratualmente, ao pagamento à VICTORIA - Seguros, S.A. dos prémios relativos ao contrato celebrado através desta proposta, bem como de quaisquer outras importâncias devidas à referida Seguradora em compensação de créditos.

Autorizo ainda a VICTORIA - Seguros, S.A. a efetuar o pagamento de quaisquer valores que me sejam devidos ou às Pessoas Seguras através da referida apólice:

Por crédito na conta acima indicada Através do NIB _____

Data ____ / ____ / ____

(Assinatura igual à do Banco)

AGREGADO FAMILIAR - PESSOAS SEGURAS

(Só preencher se incluído no seguro)

Pessoa Segura 2

Nome _____

Profissão _____ N.I.F. _____

Data de Nascimento ____ / ____ / ____ Sexo M F Grau de Parentesco Cônjuge

Subsistema Não Sim Se Sim, indique qual _____ Nº de Beneficiário _____

Pessoa Segura 3

Nome _____

Profissão _____ N.I.F. _____

Data de Nascimento ____ / ____ / ____ Sexo M F Grau de Parentesco Descendente

Subsistema Não Sim Se Sim, indique qual _____ Nº de Beneficiário _____

Pessoa Segura 4

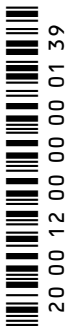
Nome _____

Profissão _____ N.I.F. _____

Data de Nascimento ____ / ____ / ____ Sexo M F Grau de Parentesco Descendente

Subsistema Não Sim Se Sim, indique qual _____ Nº de Beneficiário _____

WEBDOC.ASPPP—PSP.PI





OUTROS SEGUROS

Alguna das Pessoas Seguras tem ou teve? Não Sim Se Sim, qual? Indique a Pessoa Segura
Se sim, indique a Seguradora Nº Apólice
Já terminou? Não Sim Quando? Indique o motivo
Existem quaisquer débitos por falta de pagamento de prémios ou frações de prémios? Não Sim

Selecione com um "X" a apólice correspondente ao seu Plano de Saúde.

PLANO B

Apólice Nº 15051 (Preenchimento obrigatório do Questionário Clínico)

Table with 4 columns: Garantias, Rede SAD / PSP Sub Sistema, Despesas fora Rede SAD / PSP / Sub Sistema e Dentro da Rede VICTORIA, Limite de Responsabilidade Pessoa / Anuidade. Rows include Internamento Hospitalar, Consultas, Tratamentos e Exames, Óculos e outras ortóteses e próteses, Aros, Lentes e Lentes de Contacto, Estomatologia (2), Parto, and 2ª Opinião Médica Internacional.

- (1) É disponibilizada a Rede convencionada VICTORIA para as despesas ocorridas fora da rede SAD / Sub Sistema, no entanto, serão igualmente comparticipadas as despesas que tenham ocorrido fora da Rede convencionada VICTORIA.
(2) Inclui Rede Dentária.

PLANO C

Apólice Nº 15052 (Preenchimento obrigatório Questionário Clínico)

Table with 4 columns: Garantias, Rede SAD / PSP Sub Sistema, Despesas fora Rede SAD / PSP / Sub Sistema e Dentro da Rede VICTORIA, Limite de Responsabilidade Pessoa / Anuidade. Rows include Internamento Hospitalar, Consultas, Tratamentos e Exames, Óculos e outras ortóteses e próteses, Aros, Lentes e Lentes de Contacto, Estomatologia (2), Parto, and 2ª Opinião Médica Internacional.

- (1) É disponibilizada a Rede convencionada VICTORIA para as despesas ocorridas fora da rede SAD / Sub Sistema, no entanto, serão igualmente comparticipadas as despesas que tenham ocorrido fora da Rede convencionada VICTORIA.
(2) Inclui Rede Dentária.

DECLARAÇÕES E AUTORIZAÇÕES

Declaro que respondi completamente e com veracidade a todas as perguntas e verifiquei o preenchimento deste pedido de inclusão. Os dados recolhidos serão processados e armazenados informaticamente e destinam-se à utilização nas relações contratuais com a VICTORIA e seus subcontratados. As omissões e as declarações falsas ou inexatas, quer no que respeita a dados de fornecimento obrigatório, quer facultativo, são da responsabilidade do Tomador do Seguro e/ou das pessoas seguras. Os interessados podem ter acesso à informação que lhes diga diretamente respeito, solicitando a sua correção aditamento ou eliminação, mediante contacto direto ou por escrito com a VICTORIA. Autorizo a VICTORIA a proceder à recolha de dados pessoais complementares, inclusive sobre o meu estado de saúde, junto de organismos públicos, empresas especializadas, médicos ou outras entidades, tendo em vista a confirmação ou complemento dos elementos recolhidos, necessários à gestão da relação contratual. Autorizo igualmente a consulta dos dados pessoais disponibilizados, sob regime de absoluta confidencialidade, às Empresas que integram o Grupo VICTORIA, desde que compatível com a finalidade da recolha dos mesmos.

Local e Data, de de

(Assinatura da Pessoa Segura 1 - Associado)

(Assinatura do Tomador do Seguro)

Tomador do Seguro

1ª Pessoa Segura

	Pessoa 1		Pessoa 2		Pessoa 3		Pessoa 4	
	Não	Sim	Não	Sim	Não	Sim	Não	Sim
1. Foi Hospitalizado?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Foi submetido(a) a alguma intervenção cirúrgica?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Se respondeu SIM indique obrigatoriamente:								
<input type="checkbox"/> Pessoa 1 <input type="checkbox"/> Pessoa 2 <input type="checkbox"/> Pessoa 3 <input type="checkbox"/> Pessoa 4	<input type="checkbox"/> Pessoa 1		<input type="checkbox"/> Pessoa 2		<input type="checkbox"/> Pessoa 3		<input type="checkbox"/> Pessoa 4	
Hospital / Clínica / Nome do(s) Médico (s)	Hospital / Clínica / Nome do(s) Médico (s)							
Data (mês/ano) <input type="text"/>	Data (mês/ano) <input type="text"/>							
Número de dias de internamento <input type="text"/>	Número de dias de internamento <input type="text"/>							
Motivo do internamento	Motivo do internamento							
Tratamento e/ou cirurgia realizado	Tratamento e/ou cirurgia realizado							
Encontra-se completamente restabelecido(a) e sem qualquer queixa?	Encontra-se completamente restabelecido(a) e sem qualquer queixa?							

	Pessoa 1		Pessoa 2		Pessoa 3		Pessoa 4	
	Não	Sim	Não	Sim	Não	Sim	Não	Sim
2. Sofre ou sofreu de: (Sublinhe a doença em causa)								
2.1 OLHOS (miopia, astigmatismo, hipermetropia, presbiopia, estrabismo, cataratas, glaucoma, descolamento da retina, cegueira ou outras)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.2 OUVIDOS, NARIZ, GARGANTA (otite, sinusite, amigdalites frequentes, desvio do septo nasal, alterações da voz, pólipos, vertigens, surdez ou outras)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.3 APARELHO RESPIRATÓRIO (alergias, asma, apneia do sono, bronquite, tuberculose ou outras)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.4 CORAÇÃO E APARELHO CIRCULATÓRIO (doença cardíaca ou coronária, enfarte, angina de peito, arritmia ou outras doenças do coração ou vasos)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.5 VARIZES (má circulação, derrames, flebites)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.6 APARELHO DIGESTIVO (gastrite, úlceras, vesícula, refluxo/hérnia do hiato, cirrose ou outras)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.7 HÉRNIAS (abdominais, inguinais ou outras) HEMORRÓIDAS, FÍSTULAS OU ABCESSOS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.8 APARELHO URINÁRIO (infecções, cólicas, cálculos ou outras)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.9 APARELHO GENITAL FEMININO E MAMA (miomas, quistos, nódulos ou outras)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.10 APARELHO GENITAL MASCULINO (fimose, próstata ou outras)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.11 DOENÇAS ENDÓCRINAS, METABÓLICAS OU DO SANGUE (tiróide, bócio, obesidade, anemia ou outras)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.12 DIABETES, HIPERTENSÃO ARTERIAL	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.13 DOENÇAS NEUROLÓGICAS OU MENTAIS (epilepsia, convulsões, vertigens, depressões ou outras)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.14 DOENÇAS DA PELE (sinais com alterações, eczema, quistos ou outras)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.15 OSSOS E ARTICULAÇÕES (hérnia discal, reumatismo, dor ciática, lombalgias, nevralgias, artroses ou artrite, escoliose, espondilose, cifose, gota, tendinite, joanetes ou outras)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.16 DOENÇAS INFECTO-CONTAGIOSAS, TROPICAIS E SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS (SIDA, hepatite B ou C, malária, sífilis ou outras)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.17 TUMORES (benignos ou malignos)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.18 DEFICIÊNCIA FÍSICA OU DOENÇA CONGÉNITA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.19 OUTRAS DOENÇAS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Se respondeu SIM indique obrigatoriamente:								
<input type="checkbox"/> Pessoa 1 <input type="checkbox"/> Pessoa 2 <input type="checkbox"/> Pessoa 3 <input type="checkbox"/> Pessoa 4	<input type="checkbox"/> Pessoa 1		<input type="checkbox"/> Pessoa 2		<input type="checkbox"/> Pessoa 3		<input type="checkbox"/> Pessoa 4	
Diagnóstico (Mês/Ano) <input type="text"/>	Diagnóstico (Mês/Ano) <input type="text"/>							
Consulta (mês/ano) <input type="text"/>	Consulta (mês/ano) <input type="text"/>							
Nome do médico e especialidade	Nome do médico e especialidade							
Doença e tratamentos realizados	Doença e tratamentos realizados							
Estado actual	Estado actual							
Prevê que possa necessitar de outros tratamentos e/ou intervenção cirúrgica	Prevê que possa necessitar de outros tratamentos e/ou intervenção cirúrgica							

WEB/PSP 11.12

21 00 11 00 00 00 00 23

Pessoa 1 Pessoa 2 Pessoa 3 Pessoa 4

OE OD OE OD OE OD OE OD

Caso use óculos ou lentes de contacto (2.1), indique a graduação (OE - olho esquerdo, OD - Olho direito)

Em caso de resposta afirmativa a 2.12 (diabetes, hipertensão arterial) indique:

Pessoa 1 Pessoa 2 Pessoa 3 Pessoa 4 Pessoa 1 Pessoa 2 Pessoa 3 Pessoa 4

Tensão arterial:

Mínima (sistólica) mmHG Máxima (diastólica) mmHG

Tensão arterial:

Mínima (sistólica) mmHG Máxima (diastólica) mmHG

Glicémia em jejum, mg/l:mmol/l (em alternativa, junte últimas análises)

Glicémia em jejum, mg/l:mmol/l (em alternativa, junte últimas análises)

Pessoa 1 Pessoa 2 Pessoa 3 Pessoa 4

Não Sim Não Sim Não Sim Não Sim

3. Nos últimos 2 anos foram feitos exames complementares de diagnóstico (análises, teste de SIDA, Rx, electrocardiograma, electroencefalograma, ecografia, endoscopia, TAC, ressonância magnética, biópsia ou outros)?

Se respondeu SIM indique obrigatoriamente:

Pessoa 1 Pessoa 2 Pessoa 3 Pessoa 4 Pessoa 1 Pessoa 2 Pessoa 3 Pessoa 4

Data (Mês/Ano) -

Data (Mês/Ano) -

Exames realizados

Exames realizados

Dê todos os detalhes (Porquê? Quem prescreveu? Quais os resultados?)
Envie os exames ou fotocópias dos relatórios, a título devolutivo.

Dê todos os detalhes (Porquê? Quem prescreveu? Quais os resultados?)
Envie os exames ou fotocópias dos relatórios, a título devolutivo.

Pessoa 1 Pessoa 2 Pessoa 3 Pessoa 4

Não Sim Não Sim Não Sim Não Sim

4. Toma ou tomou regularmente algum medicamento?

Se respondeu SIM indique obrigatoriamente:

Pessoa 1 Pessoa 2 Pessoa 3 Pessoa 4 Pessoa 1 Pessoa 2 Pessoa 3 Pessoa 4

Data (Mês/Ano) -

Data (Mês/Ano) -

Exames realizados

Exames realizados

Nome dos medicamentos

Nome dos medicamentos

Dê todos os detalhes (Porquê? Quem prescreveu? Quais os resultados?)
Envie os exames ou fotocópias dos relatórios, a título devolutivo.

Dê todos os detalhes (Porquê? Quem prescreveu? Quais os resultados?)
Envie os exames ou fotocópias dos relatórios, a título devolutivo.

Pessoa 1 Pessoa 2 Pessoa 3 Pessoa 4

Não Sim Não Sim Não Sim Não Sim

5. Nos últimos 2 anos consultou algum médico?

Se respondeu SIM indique obrigatoriamente:

Pessoa 1 Pessoa 2 Pessoa 3 Pessoa 4 Pessoa 1 Pessoa 2 Pessoa 3 Pessoa 4

Data (Mês/Ano) -

Data (Mês/Ano) -

Nome do médico e especialidade

Nome do médico e especialidade

Motivo das consultas realizadas

Motivo das consultas realizadas

Indique quais os tratamentos e/ou exames prescritos

Indique quais os tratamentos e/ou exames prescritos

	Pessoa 1		Pessoa 2		Pessoa 3		Pessoa 4	
	Não	Sim	Não	Sim	Não	Sim	Não	Sim
6. Tem dores ou outras queixas não esclarecidas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Alguma vez interrompeu as suas actividades normais mais de 7 dias devido a doença ou acidente?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Alguma vez efectuou consulta(s), tratamento(s) ou cura de desintoxicação por tóxico-dependência ou alcoolismo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Foi submetido a algum tratamento (fisioterapia, quimioterapia, radioterapia, transfusão de sangue/hemoderivados ou outros)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Se respondeu SIM as questões 6,7,8 ou 9 indique obrigatoriamente:

Pessoa 1 Pessoa 2 Pessoa 3 Pessoa 4 Pessoa 1 Pessoa 2 Pessoa 3 Pessoa 4

Data (Mês/Ano) -- Data (Mês/Ano) --

Dê todos os detalhes Dê todos os detalhes

	Pessoa 1		Pessoa 2		Pessoa 3		Pessoa 4	
	Não	Sim	Não	Sim	Não	Sim	Não	Sim
10. Consome habitualmente tabaco?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Indique a quantidade de cigarros/dia:	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
11. Está a ser submetido a tratamentos de estomatologia?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Alguma das pessoas seguras está grávida? Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Pessoa Segura Nº <input type="text"/> Meses <input type="text"/>								
13. Peso (Kg) e altura (Cm)	Kg. <input type="text"/> Cm. <input type="text"/>	Kg. <input type="text"/> Cm. <input type="text"/>	Kg. <input type="text"/> Cm. <input type="text"/>	Kg. <input type="text"/> Cm. <input type="text"/>	Kg. <input type="text"/> Cm. <input type="text"/>	Kg. <input type="text"/> Cm. <input type="text"/>	Kg. <input type="text"/> Cm. <input type="text"/>	Kg. <input type="text"/> Cm. <input type="text"/>
14. Médicos								
Médico Assistente ou Médico de família	Morada/Centro de Saúde							
Pessoa 1	<input type="text"/>							
Pessoa 2	<input type="text"/>							
Pessoa 3	<input type="text"/>							
Pessoa 4	<input type="text"/>							
Médico Ginecologista								
Nome:	<input type="text"/>							
Morada:	<input type="text"/>							

Foram prestadas verbalmente ao Mediador mais informações sobre o estado de saúde das Pessoas Seguras ou outras situações de risco, que não estejam consideradas por escrito nesta proposta? Não Sim

Local e Data _____, _____ de _____ de _____

(Assinatura da 1ª Pessoa Segura - Sócio)

(Assinatura da 2ª Pessoa Segura, se cônjuge)

WEBDOC PSP 11.12