

## VICTORIA SEGURO DE VIDA QUESTIONÁRIO CLÍNICO

### ÁREA RESERVADA

Apólice

#### 1. TOMADOR DO SEGURO

Nome

#### 2. PESSOA SEGURA

Nome

Profissão/Atividade

Data de Nascimento

Este seguro é uma transferência de outra Seguradora?

Sim ☐

Não ☐

#### 3. QUESTIONÁRIO

Não ☐ Sim ☐

1. Cumpre, neste momento, integralmente as suas obrigações profissionais?

Se respondeu "Não", detalhe p.f.

Não ☐ Sim ☐

2. Foram rejeitados, adiados ou aceites em condições agravadas, seguros propostos sobre a sua vida, noutras Seguradoras?

Indique p.f. os motivos.

Não ☐ Sim ☐

3. Pratica regularmente algum desporto? **(Se praticar desportos de risco poderá ter que preencher questionário específico)**

Em caso afirmativo, deverá indicar qual ou quais.

Não ☐ Sim ☐

4. Viaja periodicamente para países estrangeiros (exceto países da U.E., Suíça, Noruega, América do Norte, Austrália e Japão)?

**Em caso afirmativo, deverá preencher o Questionário de Residência e Viagens.**

Não ☐ Sim ☐

5. No âmbito da sua atividade profissional, militar ou desportiva, efetua viagens aéreas como piloto ou tripulante em qualquer tipo de aeronave?

**Em caso afirmativo, deverá preencher o Questionário de Aviação.**

Não ☐ Sim ☐

6. Por motivos de saúde, nos últimos 2 anos esteve impedido de trabalhar por mais de 15 dias consecutivos?

Em caso afirmativo, detalhe p.f.

Não ☐ Sim ☐

7. Foi-lhe atribuída alguma desvalorização por incapacidade física ou funcional?

Detalhe p.f. e indique a percentagem da sua incapacidade:

Não ☐ Sim ☐

8. Alguma vez efetuou consultas, tratamentos ou cura de desintoxicação por tóxico-dependência ou alcoolismo?

Não ☐ Sim ☐

9. Encontra-se atualmente sob tratamento ou acompanhamento médico? Toma regularmente algum medicamento?

Em caso afirmativo, detalhe p.f.

Não ☐ Sim ☐

10. Usa óculos ou lentes de contacto?

Em caso afirmativo, indique o motivo e as dioptrias.

Não ☐ Sim ☐

11. Fez exames complementares de diagnóstico cujos resultados se apresentem com alterações?

Indique quais, datas e resultados:

Não ☐ Sim ☐

12. Já foi submetido a alguma intervenção cirúrgica?

Indique data, motivo, diagnóstico e estado atual:

13. Indique p.f.:

a) Valores da sua tensão arterial Máx: \_\_\_\_\_ Min: \_\_\_\_\_

b) Peso \_\_\_\_\_ kg Altura \_\_\_\_\_ m

c) Caso seja fumador, indique a quantidade diária \_\_\_\_\_

Não ☐ Sim ☐

14. Sofre ou sofreu de:

14.1 Asma?

Em caso afirmativo, indique a frequência das crises e o nome do(s) medicamento(s) que toma para esta situação.

3. QUESTIONÁRIO (CONTINUAÇÃO)

Não ☐ Sim ☐

14. Sofre ou sofreu de: (Cont.)

14.2 Diabetes?

Em caso afirmativo, indique:

Diabetes Tipo 1 ☐

14.2.1. Data do diagnóstico: \_\_\_\_\_

Diabetes Tipo 2 ☐

14.2.2. Último valor da Glicose no Sangue: \_\_\_\_\_

14.2.3. Último valor da Hemoglobina Glicosilada (HbA1c): \_\_\_\_\_

14.2.4. Colesterol Total \_\_\_\_\_ Fração HDL \_\_\_\_\_ Triglicéridos \_\_\_\_\_

14.2.5. Outras doenças relacionadas:

a) Oftalmológicas (Visuais) Sim ☐ Não ☐

b) Renais Sim ☐ Não ☐

c) Circulatórias das Pernas e Pés Sim ☐ Não ☐

d) Cardiovasculares Sim ☐ Não ☐

d) Pé diabético Sim ☐ Não ☐

Indique o nome do(s) medicamento(s) que toma para esta situação:

Se "Sim", detalhe p.f.

Não ☐ Sim ☐

14.3 Hipertensão arterial?

Em caso afirmativo, indique:

14.3.1. Valores da tensão arterial: a) Valores máximos na data de diagnóstico: Máx: \_\_\_\_\_ Min: \_\_\_\_\_

14.3.2. Outras doenças relacionadas:

a) Oftalmológicas (Visuais) Sim ☐ Não ☐

b) Renais Sim ☐ Não ☐

d) Cardiovasculares Sim ☐ Não ☐

Se "Sim", detalhe p.f.

Não ☐ Sim ☐

14.4 Doença cardíaca ou coronária, enfarte agudo do miocárdio, trombose ou alterações do ritmo cardíaco?

Se respondeu "Sim", indique a doença, data do diagnóstico, tratamentos e estado atual.

Não ☐ Sim ☐

14.5 Reumatismo, artrite, artroses, ciática, hérnia discal, espondilose, escoliose, fraturas?

Se respondeu "Sim", indique a doença, data do diagnóstico, tratamentos e estado atual.

Não ☐ Sim ☐

14.6 Epilepsia?

Em caso afirmativo, indique:

14.6.1. Data do diagnóstico: \_\_\_\_\_

14.6.2. Frequência de crises: \_\_\_\_\_

14.6.3. Data da última crise: \_\_\_\_\_

Indique o nome do(s) medicamento(s) que toma para esta situação:

Não ☐ Sim ☐

14.7 Depressão e/ou ansiedade?

Em caso afirmativo, indique:

14.7.1. Data do diagnóstico: \_\_\_\_\_

14.7.2. No último ano, quantas vezes esteve de baixa por este motivo, e qual a duração de cada período de baixa?

14.7.3. Foi internado ou hospitalizado nos últimos 12 meses?

14.7.4. Indique o nome do(s) medicamento(s) que toma para esta situação:

Detalhe p.f.

Em caso afirmativo, indique o n.º de vezes e a duração de cada internamento

Não ☐ Sim ☐

14.8 Tuberculose, hepatite (B,C ou outras), meningite, malária, HIV/SIDA, sífilis ?

Se respondeu "Sim", detalhe p.f.

Não ☐ Sim ☐

14.9 Tumores malignos e/ou benignos?

Se respondeu "Sim", detalhe p.f.

Não ☐ Sim ☐

14.10 Doença psiquiátrica?

Se respondeu "Sim", detalhe p.f.

Não ☐ Sim ☐

14.11 Doença congénita, deficiência física ou mental?

Em caso afirmativo, detalhe p.f.

Não ☐ Sim ☐

14.12 Paralisia ou outras doenças?

Em caso afirmativo, detalhe p.f.

4. DECLARAÇÃO

Declaro que respondi completamente e com toda a veracidade às perguntas formuladas anteriormente e tomei conhecimento de que qualquer declaração incompleta ou menos verdadeira poderá ter como consequência a nulidade do seguro.

Depois de devidamente informado pela Seguradora sobre a sua pretensão e ter tomado conhecimento que em casos de recusa a VICTORIA não aceitará o risco, autorizo a VICTORIA, no caso do meu falecimento, e no âmbito deste contrato de seguro, a solicitar junto de hospitais clínicos, médicos ou outras entidades, os dados clínicos referentes à origem, causas, evolução da doença ou do acidente de que resulte a minha morte, e permito a comunicação desses dados, sem prejuízo do sigilo a que ficam obrigados os sujeitos que vierem a tratar essa informação.

Local e Data \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ (Assinatura da Pessoa Segura)