



### 3. QUESTÕES GERAIS - Continuação

3.5 - Já esteve internado?

Não  Sim  Se sim, ano de ocorrência, descrição de cirurgias, exames e tratamentos realizados? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

3.6 - Encontra-se com algum problema de saúde?

Não  Sim  Qual? \_\_\_\_\_

3.7 - A sua capacidade de trabalho está reduzida?

Não  Sim  Porquê? \_\_\_\_\_

3.8 - Recebe, por razões de saúde, uma renda / pensão?

Não  Sim  Porquê? \_\_\_\_\_

3.9 - Teve baixa superior a 3 semanas nos últimos anos?

Não  Sim  Porquê? \_\_\_\_\_

3.10 - Tem alguma deficiência física?

Não  Sim  Qual? \_\_\_\_\_

3.11 - Realizou radioterapia ou quimioterapia?

Não  Sim  Porquê? \_\_\_\_\_

3.12 - Nos últimos 2 anos foram feitas análises, RX, mamografia, ecografia, TAC, ressonância magnética, biópsia ou outros exames?

Não  Sim  Quais, quando e resultado? \_\_\_\_\_

3.13 - Existe alguma razão conhecida para a qual venha a necessitar de tratamento médico ou cirúrgico?

Não  Sim  Se sim, especifique? \_\_\_\_\_

3.14 - Quando consultou o seu médico assistente pela última vez? \_\_\_\_\_ Porquê? \_\_\_\_\_

### 4. HÁBITOS

4.1 - É ou já foi fumador?

Não  Sim  Se sim, indique que tipo e quantidade diária? \_\_\_\_\_  
Nº de anos de fumador e quando deixou de fumar? \_\_\_\_\_

4.2 - Consome alguns medicamentos regularmente?

Não  Sim  Se sim, indique quais e porquê? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

4.3 - Faz ou fez alguma dieta?

Não  Sim  Porquê? \_\_\_\_\_

### 5. DOENÇAS, DISTÚRBIOS OU PROBLEMAS DE SAÚDE

**Sofre ou sofreu de alguma doença, distúrbio ou problema abaixo descrito? Em caso afirmativo, especifique diagnóstico, ano de aparecimento, duração, grau de gravidade, tratamentos, exames e cirurgias realizadas e ainda as consequências relacionadas com:**

#### 5.1 - Aparelho Cardio-Vascular

Insuficiência cardíaca, enfarte ou angina de peito, dispneia de esforço, edemas, palpitações, doenças das válvulas, endocardites, febre reumática, hipertensão arterial, arteriosclerose, AVC, trombose, tromboflebite, varizes e outras.

Não  Sim  \_\_\_\_\_

#### 5.2 - Aparelho Respiratório

Insuficiência respiratória, asma, bronquite crónica, enfisema, tuberculose, pleurisia, pneumotórax, embolia pulmonar, alergias respiratórias (rinite e bronquite), rouquidão crónica e outras.

Não  Sim  \_\_\_\_\_

#### 5.3 - Aparelho Gastro-Intestinal

Hérnia do hiato, úlcera gastro-duodenal, gastrite, azia, vômitos, colite ulcerosa, doença de Crohn, hemorragias digestivas, colite, apendicite, diverticulite, pólipos intestinais, hérnia inguinal, hemorróidas e outras.

Não  Sim  \_\_\_\_\_

#### 5.4 - Fígado, Vias Biliares e Pâncreas

Hepatite viral (A/B/C), icterícia, cirrose hepática, pancreatite (aguda/crónica) e outras.

Não  Sim  \_\_\_\_\_

#### 5.5 - Aparelho Génito-Urinário

Insuficiência renal (aguda / crónica), nefrite, cálculos renais, cólicas renais, infeções urinárias de repetição, doenças da bexiga, doenças da próstata, infertilidade masculina e outras.

Não  Sim  \_\_\_\_\_

**5. DOENÇAS, DISTÚRBIOS OU PROBLEMAS DE SAÚDE - Continuação****5.6 - Aparelho Osteo-Articular**

Artrite, artrose, escoliose, cifose, espondilose, lombalgias, ciática, hérnia discal, joanetes e outras.

Não  Sim **5.7 - Pele**

Psoríase, eczemas, alergias, micose de repetição, úlceras de perna, herpes (oral / genital), quistos, nevos e outras.

Não  Sim **5.8 - Sistema Nervoso**

Cefaleias, insónias, paralisia, epilepsia, doença de Parkinson, esclerose múltipla, depressão, ansiedade, anorexia nervosa, demência, esquizofrenia e outras.

Não  Sim **5.9 - Sangue**

Anemia, mieloma múltiplo, púrpuras, hemofilia e outras.

Não  Sim **5.10 - Sistema Endócrino**

Doenças da tiróide, doenças da supra-renal, diabetes, obesidade e outras.

Não  Sim **5.11 - Sistema Imunológico**

Artrite reumatóide, lúpus, esclerodermia, dermatomiosite, espondilite anquilosante, vasculites e outras.

Não  Sim **5.12 - Metabolismo**

Colesterol elevado, triglíceridos elevados, ácido úrico elevado (gota) e outras.

Não  Sim **5.13 - Olhos**

Diminuição da acuidade visual (miopia, astigmatismo, hipermetropia e presbiopia), uso de óculos graduados ou lentes de contacto, estrabismo, cataratas, glaucoma, doenças da retina e outras.

Não  Sim 

Se sim, indique as dioptrias:

Miopia

Astigmatismo

Hipermetropia

Presbiopia

Olho esquerdo

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Olho direito

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**5.14 - Doenças dos Ouvidos, Nariz e Garganta**

Diminuição da acuidade auditiva (grau), uso de próteses auditivas, otites de repetição, vertigens, zumbidos, sinusite, alterações ou desvios de septo nasal, amigdalites e adenoidites de repetição e outras.

Não  Sim **5.15 - Doenças Ginecológicas**

Nódulos da mama, quistos dos ovários, endometriose, mioma, hemorragias uterinas recorrentes, infertilidade feminina, tratamento hormonal da menopausa e outras.

Não  Sim **5.16 - Doenças dos dentes e Cavidade oral**

Cáries não tratadas, uso de próteses e aparelhos, inflamação das gengivas ou língua e outras.

Não  Sim **5.17 - Doenças Infeciosas**

Paludismo (malária), desinterias tropicais, sida ou seropositividade, sífilis, mononucleose, hepatite e outras.

Não  Sim **5.18 - Gravidez**

Está ou já esteve grávida? Tempo de gravidez, número de filhos, gravidez gemelar, parto normal ou cesariana, complicações como gravidez ectópica, hipertensão arterial e diabetes.

Não  Sim **5.19 - Cancro, Tumores e Quistos**

Leucemia, linfoma, pulmão, intestino, mama, útero, próstata, pele e outras.

Não  Sim **5.20 - Doenças Congénitas**

Cardíaca, pulmonar, intestinal, renal e outras.

Não  Sim

## 6. OUTRAS INFORMAÇÕES

### TRATAMENTO DE DADOS

A Lusitania, Companhia de Seguros, S.A., na qualidade de Responsável pelo Tratamento utilizará os dados pessoais recolhidos junto do mediador, por meios automatizados ou não, para a finalidade de celebração do contrato de seguro, estando o tratamento dos dados legitimado pela necessidade do tratamento dos dados para diligências pré-contratuais a pedido do titular dos dados.

O contrato de seguro a que respeita o presente questionário clínico envolve o tratamento dos seus dados pessoais para as finalidades da gestão da relação pré-contratual, para análise do risco proposto e fixação das condições contratuais, para a gestão da relação contratual, para o acionamento de coberturas e para a gestão de sinistros, sendo esses dados objeto de tratamento nos termos indicados infra.

Os dados de saúde serão objeto de tratamento para as finalidades referidas, mediante o consentimento manifestado por assinatura do presente documento. A aceitação do contrato a que respeita o presente documento depende da possibilidade de tratar os seus dados de saúde, sem os quais se resulta impossível fazer-se uma análise do risco proposto ou a aceitação de uma cobertura.

Nestes termos, ao assinar o presente questionário clínico autoriza a Lusitania a tratar os seus dados de saúde, para as finalidades sobreditas.

De igual modo, por se tratarem de informações imprescindíveis para a gestão de sinistro, ao assinar o presente documento autoriza a Lusitania a proceder à recolha e utilização dos dados pessoais relativos ao seu estado de saúde junto de médicos ou outros profissionais de saúde e de organismos públicos ou privados tais como hospitais, clínicas, consultórios, centros de saúde, institutos de medicina legal, mesmo depois do seu falecimento, tendo em vista a confirmação ou complemento da informação prestada aquando ou após a subscrição do presente seguro, com a finalidade de gestão da relação contratual subsequente, em especial no âmbito de um processo de sinistro, designadamente para efeito de determinação da origem, causa e evolução de eventual doença, bem como a receber informações relacionadas com os serviços prestados por parte de médicos e outros prestadores de cuidados de saúde a que recorra no âmbito do contrato de seguro.

Os dados serão conservados até ao termo da relação contratual, admitindo-se a conservação até ao cumprimento de todas as obrigações emergentes do contrato. Nos casos em que não se concretizar a relação contratual, os dados serão conservados pelo prazo de 120 dias por forma a facilitar a recuperação da informação em caso de necessidade de reiniciar o processo de simulação, sendo os mesmos, durante esse período, partilhados com o mediador que dará suporte à celebração do contrato. Os dados recolhidos serão processados e armazenados informaticamente e destinam-se às relações contratuais com a LUSITANIA, seus subcontratados e empresas com as quais tenha uma parceria comercial estabelecida.

Os dados poderão ser fornecidos às autoridades judiciais ou administrativas em cumprimento de obrigação legal a cargo da LUSITANIA.

As informações prestadas e os dados fornecidos para efeitos de avaliação dos riscos e de concretização do contrato, bem como os que a LUSITANIA venha a aceder na execução daquele, são tratados em obediência ao dever de sigilo, nos termos da lei em vigor.

Fica, no entanto, esclarecido que, sem prejuízo dos deveres e limites previstos nas leis de proteção de dados e da concorrência, pode a LUSITANIA facultar o acesso ou transmitir tais informações e / ou dados, a pessoas, singulares ou coletivas, de direito público ou privado, que subcontrate para efeitos de colaboração na realização de estudos estatísticos, de inquéritos de mercados, e / ou na viabilização da execução dos contratos, nestes se incluindo a Associação Portuguesa de Seguradores (bem como a resseguradores ou entidades que enquadrem ou realizem, licitamente, ações de cooperação, de compilação de dados, de prevenção e combate à fraude, ou estudos estatísticos ou técnico-atuariais).

Caso pretenda obter informações adicionais sobre a forma como os seus dados são objeto de tratamento, poderá consultar a nossa política de privacidade no nosso sítio da internet ou entrar em contacto com o Encarregado da Proteção de Dados da Lusitania através do e-mail [dpo@lusitania.pt](mailto:dpo@lusitania.pt) ou por escrito para a Rua de São Domingos à Lapa, n.º 35, 1249-130 Lisboa. Relembramos que poderá, a todo o momento, apresentar uma reclamação junto da Comissão Nacional da Proteção de Dados, no que respeita ao tratamento dos seus dados pessoais.

#### **Autorização para o tratamento para efeitos de marketing:**

A Lusitania não irá tratar os seus dados pessoais disponibilizados no âmbito da celebração e execução do contrato para efeitos de marketing. Sem prejuízo, caso pretenda receber conteúdos de comunicação e marketing, nomeadamente por correio, SMS, e-mail e telefone, em ações de marketing direto, informações sobre campanhas e oferta de produtos e serviços acessórios relacionados, ainda que indiretamente, com a atividade da Seguradora, solicitamos que assinala a opção "Sim".

Sim  Não

Data \_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_

Declaro que as minhas respostas foram dadas de uma forma exata, nada tendo omitido que se refira ao meu estado de saúde e antecedentes. Autorizo o meu médico ou médicos assistentes a prestar todas as informações ou elementos que tornem necessários. Tomei conhecimento de que doenças, lesões e deficiências existentes nesta data estão excluídas do âmbito das coberturas do Seguro de Saúde.

Data

Assinatura do Candidato