

## Declaração de saúde – A preencher pelo próprio assegurado.

### Contactos

Nome próprio:	Apelido:
Morada:	CP, Localidade:
Telefone:	E-Mail:
Data de nascimento:	AHV-Nr.:
Empregador:	Função:
Caixa de previdencia:	

### Dados sobre a sua saúde

1. Está totalmente capacitado a trabalhar?	<input type="radio"/> sim	<input type="radio"/> não
Caso não, qual o grau de incapacidade? _____%		
Qual o motivo da incapacidade? _____		
2. Caso responda <b>afirmativamente</b> (sim) a alguma das próximas perguntas, preencha a 2ª página, respectivamente:		
2.1. Esteve nos últimos 5 anos mais que 3 semanas consecutivas, total ou parcialmente, incapacitado de trabalhar?	<input type="radio"/> sim	<input type="radio"/> não
2.2. Teve nos últimos 24 meses mais do que 4 consultas ou tratamentos ( <b>excepto</b> vacinas, gripe, dentista e consultas de rotina ginecológica) num médico e/ou psicólogo/psiquiatra?	<input type="radio"/> sim	<input type="radio"/> não
2.3. Está em tratamento médico ou psicológico/psiquiátrico, que ainda não esteja definitivamente concluído?	<input type="radio"/> sim	<input type="radio"/> não
2.4. Tomou nos últimos 24 meses medicamentos sujeitos a receita médica (à excepção da pílula) durante mais de 4 semanas ou recebeu prescrição para tal?	<input type="radio"/> sim	<input type="radio"/> não
2.5. Consumiu nos últimos 24 meses drogas ilegais?	<input type="radio"/> sim	<input type="radio"/> não
2.6. Recebeu alguma vez, em consequência de doença ou acidente, uma pensão de invalidez ou subsídio/indemnização durante mais que 6 semanas?	<input type="radio"/> sim	<input type="radio"/> não
3. Já efectuou algum teste de HIV em que o resultado tenha sido positivo?	<input type="radio"/> sim	<input type="radio"/> não
4. Inscreva a sua altura (_____ cm) e peso (_____ kg).		
5. Tem, ou alguma vez teve alguma condição restritiva (reserva de saúde) no seu seguro de previdencia ou foram-lhe exigidas maiores contribuições mensais?	<input type="radio"/> sim	<input type="radio"/> não
Caso sim, descreva o motivo? _____		
Caso sim, anexe uma cópia da clausula de restrição/contribuição mensal.		

### Declaração da pessoa a assegurar

Eu confirmo ter respondido todas as questões constantes nesta declaração e que as respostas dadas correspondem à verdade e não omitem qualquer informação relevante. Eu autorizo os médicos que me trataram e consultaram, a dar confidencialmente todas as informações necessárias sobre o meu estado de saúde, ao médico de confiança da PKRück.

Lugar e data: \_\_\_\_\_

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

Ref. ás perg. 2.1 até 2.4

	Que diagnóstico lhe foi dado, ou seja, de que dores/problemas se queixou ou queixa?	Desde quando?	Tratamento concluído?	Há consequências ou prevêem-se recaídas e/ou complicações?	Nome e endereço do médico e/ou hospital em que foi efectuado tratamento:
1			<input type="radio"/> sim, desde _____ <input type="radio"/> não		
2			<input type="radio"/> sim, desde _____ <input type="radio"/> não		
3			<input type="radio"/> sim, desde _____ <input type="radio"/> não		

Referente á pergunta 2.4

	Nome do medicamento sujeito a receita médica:	Doses:	Desde quando?	Tratamento concluído?	Nome e endereço do médico e/ou hospital em que foi efectuado tratamento:
1				<input type="radio"/> sim, desde _____ <input type="radio"/> não	
2				<input type="radio"/> sim, desde _____ <input type="radio"/> não	
3				<input type="radio"/> sim, desde _____ <input type="radio"/> não	

Ref. á perg. 2.5

	Quais as drogas ilegais que consumiu/consome?	Quantidade e frequência?	Em que espaço de tempo?
1			
2			

Ref. á perg. 2.6

Por que motivo recebeu pensão e/ou subsídio/indemnização?

\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ até \_\_\_\_\_

Nome e endereço do médico que melhor informado está sobre o seu estado de saúde:

\_\_\_\_\_

Lugar, Data: \_\_\_\_\_ Assinatura: \_\_\_\_\_