

Dados Pessoais do Candidato

Nome: _____ Apelido: _____

Morada: _____

Localidade: _____ Código Postal: _____

Data de nascimento Sexo: M F Altura: m cm Peso: k Fumador Sim Não

Parentesco com o Titular do Seguro: Titular Cônjuge Descendente Outros: _____

BI: NIF:

SIM NÃO

Está atualmente ou esteve nos últimos 10 anos numa unidade hospitalar ou com médico especialista para tratamento, seguimento, monitorização ou realização de exames de diagnóstico de potenciais sintomas (*) para qualquer uma das seguintes condições:

- a) cancro ou qualquer tipo de tumor maligno incluindo a doença de Hodgkin
- b) qualquer tipo de tumor ou quisto no cérebro, crânio ou medula espinal
- c) leucemia ou outro tipo de doença hematológica que tenha necessitado de tratamento por um período superior a um mês (por exemplo, anemia, linfoma, mieloma, problemas de coagulação, hemofilia ou distúrbios vasculares)
- d) qualquer cancro pré maligno ou in-situ incluindo, mas não limitado a condições pré malignas de mama/ginecológicas de bexiga ou da próstata
- e) qualquer tipo de doença cardíaca (por exemplo enfarte do miocárdio, angina de peito, cardiomiopatia, distúrbios das válvulas cardíacas, sopro cardíaco ou febre reumática; pode responder NÃO se estiver a receber tratamento apenas para hipertensão e/ou hipercolesterolemia)
- f) acidente vascular cerebral ou derrame cerebral
- g) qualquer tipo de diabetes

(*) Se estiver de momento a aguardar o resultado de exames de diagnóstico, deverá aguardar pelos resultados a fim de ser capaz de responder eficazmente e com precisão às questões.

Salvo convenção em contrário no Anexo às Condições Gerais e Especiais, no sentido de não ser necessário o preenchimento e apresentação do Questionário de Saúde, cada candidato está obrigado a, previamente à adesão à Apólice, declarar com exatidão, por escrito à Seguradora, através do Questionário de Saúde disponibilizado por esta, todas as circunstâncias que conheça e razoavelmente deva ter por significativas para a apreciação do risco pela Seguradora. A Apólice exclui expressamente qualquer doença ou condição clínica que tenha sido diagnosticada ou para a qual a Pessoa Segura tenha recebido tratamento anteriormente à data de adesão ao Contrato de Seguro ou durante o Período de Carência. Mediante a presente solicitação, o candidato autoriza qualquer médico, especialista, hospital, clínica, entidade sanitária ou qualquer outra pessoa ou companhia a fornecer ao médico designado pela AmTrust Europe Limited ou, em sua representação, pela Best Doctors Underwriting Europe - Mediação de Seguros, Unipessoal LDA (Best Doctors) toda a informação, incluindo cópias ou relatórios respeitantes a consultas médicas, cuidados ou tratamentos a que se tenha submetido ou a que tenham sido submetidos os seus familiares dependentes, sem limitações em relação à informação sobre doenças mentais ou ao consumo de drogas ou álcool, com a finalidade exclusiva de poder avaliar e delimitar o risco da solicitação do seu seguro, assim como a prevenção de fraude. O interessado reconhece que a Seguradora se reserva o direito de aceitar ou rejeitar qualquer Proposta de Adesão ao seguro Critical Advantage - Plano Internacional de Doenças Graves. De igual forma, o tratamento dos dados pessoais por parte da Best Doctors e da Seguradora terá como finalidade a realização dos atos preparatórios à celebração do Contrato de Seguro, tais como a gestão necessária da Apólice, tendo em vista o respetivo desenvolvimento, manutenção, cumprimento e controlo, incluindo avaliar e determinar se o risco é passível de ser segurado, determinar o valor do Prémio, bem como para a tramitação do processo de Sinistro, se for caso disso. Tendo em conta a finalidade acima descrita, o candidato consente expressamente que os seus dados pessoais, inclusive os dados de saúde, sejam recolhidos/tratados pela Best Doctors e transmitidos à Seguradora, entidade responsável pelo tratamento, sendo por esta última processados e armazenados informaticamente, em conformidade com a correspondente Lei da Proteção de Dados Pessoais. A falta de consentimento dos termos expostos impossibilita a subscrição do Contrato de Seguro. De igual modo, o candidato consente expressamente que os seus dados pessoais sejam comunicados a terceiras entidades, quando estritamente necessário e com as finalidades acima descritas. Por outro lado, o candidato consente expressamente que os seus dados sejam disponibilizados a um progenitor, cônjuge ou representante legal caso tal se revele estritamente necessário para a persecução das referidas finalidades e não seja possível obter o seu consentimento expreso por via de qualquer incapacidade, nomeadamente em situações de doença grave da Pessoa Segura. O candidato poderá ter acesso à informação que lhe diga diretamente respeito, na posse da Seguradora, solicitando a sua correção, aditamento ou eliminação, através de declaração nesse sentido a enviar por carta, devidamente assinada, juntamente com uma cópia do seu B.I./CC, para: BEST DOCTORS UNDERWRITING EUROPE - MEDIAÇÃO DE SEGUROS, UNIPESSOAL LDA, na Rua Tierno Galvan, Amoreiras Torre 3 -8.º andar, 1070-274 Lisboa, Portugal ou para o seguinte e-mail: arco@bestdoctors.com.

Assinatura do candidato (ou representante no caso de menores de 18 anos)

Local e Data _____, ____ / ____ / ____