

Questionário para aderentes ao Seguro, com mais de 65 anos

Tomador Seguro: FRATERNIDADE DE NUNO ÁLVARES (FNA)

Pessoa Segura: \_\_\_\_\_

Morada: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Data de Nascimento \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ (DDMMAAAA) Contribuinte: \_\_\_\_\_

**Questionário de Saúde**

Sofre ou já sofreu de enfermidades susceptíveis de determinar acidentes, de agravar as suas consequências ou de demorar a cura de lesões (reumatismo, paralisia, varizes, hérnias, vertigens, diminuição de faculdades visuais ou auditivas, síncope, diabetes, albuminúria, sífilis, alcoolismo, epilepsia, ataques de alienação mental ou simples, ataques nervos, doenças da coluna ou medulares, trombozes, tuberculoses, ataques do coração)? \_\_\_\_\_ Quais? \_\_\_\_\_ Há quanto tempo? \_\_\_\_\_.

Já foi vítima de acidentes corporais (Ac)? \_\_\_\_\_ Circunstâncias e Consequências? \_\_\_\_\_.

Já recebeu alguma indemnização ao abrigo de uma apólice de Acidentes Pessoais (Ap)? \_\_\_\_\_ Datas? \_\_\_\_\_ Companhias? \_\_\_\_\_.

Tem qualquer invalidez permanente? \_\_\_\_\_ Qual e porquê? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Tem qualquer defeito físico? \_\_\_\_\_ Qual? \_\_\_\_\_ É canhoto? \_\_\_\_\_

Tem algum seguro de Ap \_\_\_\_\_ . Em que Companhia? \_\_\_\_\_

Capital, Subs. Diário, despesas Médicas? \_\_\_\_\_

Está abrangido por alguma apólice de Acidentes de Trabalho (At)? \_\_\_\_\_ Em que Companhia? \_\_\_\_\_

Já foi aceite ou recusado por algum seguro de Vida ou Ap? \_\_\_\_\_ Qual a Companhia? \_\_\_\_\_

Peso \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ Altura \_\_\_\_\_

Outras Indicações

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_