

PLANO V

Proposta de Inscrição



CAPITAIS DE PREVIDÊNCIA, COM VALOR DE RESGATE

Nome _____ Assoc. nº _____

Morada _____

Cód. Postal _____ / _____ / _____ Data de Nascimento _____ / _____ / _____

Prazo de Contribuição _____ anos (5, 8, 10, 15, 20 ou 25 anos)	Reservado aos Serviços	
	Quota Pura	€ _____ , _____
	% de Admin. e Cobrança ^(a)	€ _____ , _____
Capital Inicial Contratado € _____ , _____ (limites: €250 e €125.000)	Quota Mensal Total	€ _____ , _____

Beneficiário/s de acordo com o Artº 7º, nº 1 do Regulamento do Plano (Nomes e percentagem que cabe a cada um, de livre escolha do Associado.) Esta declaração poderá constar de documento cerrado (artº 7º, nº 2, do Regulamento do Plano)	
Nome	Percentagem (%)

Pretende ser admitido como participante deste Plano, de acordo com o respectivo Regulamento registado na D.G.S.S., que declara conhecer.

Declara que tem conhecimento que os dados pessoais constantes desta proposta vão receber tratamento automatizado, para o qual presta, desde já, o seu consentimento.

Todas as informações sobre os dados pessoais tratados pelo MONAF são utilizadas exclusivamente para as finalidades para as quais foram legitimamente recolhidas.

(Local e data) _____ de _____ de _____

Assinatura _____

(^a) Artº 3º do Regulamento Administrativo.

V.S.F.F.

Questionário Médico de preenchimento obrigatório (informação confidencial)

Os dados de saúde e hábitos de vida recolhidos são os estritamente necessários à inscrição neste Plano de Benefícios e de acordo com o Artº 10º dos Estatutos.

			SIM / NÃO
1.A Idade atual		3. Faz uso de bebidas alcoólicas?Quais?Quantidade?	
1.B Peso		4. Toma algum medicamento regularmente?Qual?Porquê?	
1.C Altura		5. Foi-lhe aconselhada alguma dieta? Porquê?	
1.D Tensão arterial		6. Tem algum defeito físico?	
1.E Frequência cardíaca		7. Teve ou tem seguros de vida?	
2.A Quantos cigarros fuma por dia?		8. Alguma das propostas foi adiada, agravada, recusada?	
2.B Há quantos anos fuma?		9. Goza de boa saúde?	

10. Doenças, distúrbios ou problemas de saúde. Sofre ou sofreu:

	Se SIM, qual?	Nenhuma (x)
10.A Tuberculose, pneumonia ou pleurisia?		
10.B Bronquite crónica, asma? Rouquidão crónica?		
10.C Diabetes Mellitus?		
10.D Pressão arterial alta, dor precordial, doenças das artérias ou veias?		
10.E Doenças do coração, angina de peito, enfarte do miocárdio?		
10.F Doenças dos olhos ou ouvidos?		
10.G Doenças do fígado ou da vesícula?		
10.H Doenças do rim ou da bexiga? Albuminúria?		
10.I Doenças do aparelho genital?		
10.J Febre reumática, ureia, gota, artrite reumatóide, artroses, doenças dos ossos e da coluna?		
10.K Tumor, bócio, doenças do sangue?		
10.L Doenças da pele, alergia, sífilis?		
10.M Doenças tropicais, paludismo, disenteria?		
10.N Epilepsia, doença nervosa ou mental?		
10.O Outra doença não especificada atrás?		

Em caso de "sim" descreva a doença com pormenor. Descrição, datas, duração, tratamentos, exames, nome e morada do médico.

11. Efectua regularmente ECG, análises, Rx de toráx?

Se **sim**, há mais de um ano? _____ ou menos de 1 ano? _____
Resultados: Normal _____ com alterações _____

12. Operações e Internamentos hospitalares?

Se **sim**, quais e em que datas? _____

13. História familiar

13.A	Vivos		Falecidos	
	Saúde	Idade	Causa de morte	Idade
Pai				
Mãe				
Cônjuge				
Filho(s) n.º _____				
Irmão(s) n.º _____				

13.B Observações:

Podem ser anexadas folhas para descrição dos aspectos necessários e resposta ao questionário.

Declaro sob compromisso de honra que as minhas respostas foram dadas de uma forma exacta, nada tendo omitido que se refira ao meu estado de saúde e antecedentes e que autorizo o meu médico a prestar todas as informações ou elementos que se tornem necessários.

Assinatura: _____

Reservado aos Serviços		Parecer do Director Clínico
Está em condições de ser deferido	Deferido pela Direcção	
Data ____/____/____	Data ____/____/____	Data ____/____/____