

Dados Pessoais do Tomador do Seguro

Nome: _____ Apellido: _____

Data de Nascimento (Tomador): _____

Morada.

Localidade: _____ Código Postal: _____

Telefone: _____ Telemóvel: _____ Fax: _____

Email: _____

[illegible]

Dados Pessoais dos Candidatos a Incluir na Apólice

	Nome	Apelido	Data de nascimento (Dia/ Mês / Ano)
1º			
2º			
3º			
4º			
5º			
6º			

Forma de Pagamento

☐ Pago o valor anual através do cartão de crédito indicado a seguir. A minha adesão renovar-se-á automaticamente, salvo instruções minhas em contrário.

Nº:

 Válido:

 /

 C.V.V. (Código de Verificação do Cartão):

 (últimos três dígitos no verso do cartão)

☐ Pago o valor anual/ semestral/ trimestral/ mensal (riscar o que não interessa) de _____ Euros através do Sistema de Débitos Diretos. A minha adesão renovar-se-á automaticamente salvo instruções em contrário. Se optar por débito direto, preencha por favor os dados abaixo.

Autorização de Pagamento por Débito Direto SEPA

Ao subscrever esta autorização, está a autorizar a Future Healthcare S.A., a enviar instruções ao seu Banco para debitar a sua conta e o seu Banco a debitar a sua conta, de acordo com as instruções da Future HealthCare S.A. Os seus direitos incluem a possibilidade de exigir do seu Banco o reembolso do montante debitado, nos termos e condições acordados com o seu Banco. O reembolso deve ser solicitado até um prazo de oito semanas, a contar da data do débito na sua conta.

Código de identificação do credor: 105946

[illegible][illegible]

Cada candidato/Tomador do Seguro 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/Tomador do Seguro tenha recebido tratamento anteriormente à data de adesão ao Contrato de Seguro ou durante o Período de Carência. O tratamento dos dados pessoais por parte da We go Further, Unipessoal LDA (Further) 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. 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. Tendo em conta a finalidade acima descrita, o candidato/Tomador do Seguro consente expressamente que os seus dados pessoais, inclusive os dados de saúde, sejam recolhidos/tratados pela Further 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/Tomador do Seguro e consente expressamente que os seus dados pessoais sejam comunicados a terceiras entidades, quando estritamente necessário e com as finalidades acima descritas. O candidato/Tomador do Seguro 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., para: Further, Avenida da Liberdade, 110, 1269-014 Lisboa, Portugal ou para o seguinte e-mail ddo@wego.further.com.

Assinatura do Tomador do Seguro

Local e Data