



Nº APÓLICE

1 - IDENTIFICAÇÃO DO TOMADOR DO SEGURO

Nome:

NIF: (campo de preenchimento obrigatório)

2 - IDENTIFICAÇÃO DA PESSOA A INCLUIR

Nome:

NIF: (campo de preenchimento obrigatório)

Data de nascimento: / /

Data de Inclusão: / /

Esta Proposta de Inclusão deverá ser acompanhada por Questionário Clínico, preenchido e assinado.

No caso de inclusão de recém nascidos, esta proposta deve ser enviada no prazo máximo de 30 dias após o nascimento. Na eventualidade de este prazo ser ultrapassado, e/ou de não ter sido efectuada a pré adesão até ao 6º mês de gravidez, é necessário o preenchimento de Questionário Clínico.

A adesão ao Seguro de Saúde obriga a que cada uma das pessoas a segurar preencha um questionário clínico que ficará sujeito à aceitação clínica ou à revisão das condições inicialmente apresentadas pelos serviços técnicos e que só produz efeito a partir do primeiro dia indicado nas condições particulares

3 - DATA E ASSINATURA

Data _____

Assinatura do Tomador do Seguro _____



DECLARAÇÃO - PROTECÇÃO DE DADOS

De acordo com a legislação em vigor, os dados recolhidos, e aqueles que vierem a ser fornecidos em sede de regularização de sinistro, serão processados e armazenados informaticamente, sendo utilizados nas relações contratuais com o SEGURADOR e seus subcontratados, podendo ser comunicados a entidades terceiras para efeitos de colaboração na realização de estudos estatísticos, inquéritos de mercado e/ou viabilização da execução dos contratos.

Quaisquer omissões, inexatidões e falsidades, referentes ou relacionadas com a informação necessária para o tratamento de dados efetuado no âmbito da relação contratual, são da responsabilidade do titular dos dados.

Direitos e dever de informação

Adicionalmente ao consentimento solicitado acima, declaro ainda que fui informado, que o titular dos dados tem direito de oposição ao tratamento dos seus dados nas situações de definição de perfis, comercialização direta e interesse legítimo do responsável pelo tratamento.

Para além do direito de oposição, reconheço ainda que me assistem os direitos de acesso, retificação, apagamento, limitação do tratamento e portabilidade, nos termos definidos na Política de Privacidade disponível no site do SEGURADOR, podendo exercê-los perante o SEGURADOR ou junto do Encarregado de Protecção de Dados (DPO) através dos contactos aí indicados.

Assinatura

O titular dos dados declara ter tomado conhecimento das informações acima descritas, do consentimento que prestou e dos direitos que lhe assiste na protecção dos seus dados pessoais e sensíveis, subscrevendo-os mediante a sua assinatura.

Local e data _____, _____ de _____ de _____

(Assinatura do Titular dos Dados)