



SAÚDE[®] PRIME

Saúde para todos

PROPOSTA DE ADESÃO RECOLHA DE CONSENTIMENTOS

Preencher e enviar por:

• Correo para: Av. Marechal Craveiro Lopes nº6, 1700-284 Lisboa
• Fax para número: 213519032 • E-mail: comercial@saudeprime.pt

CÓDIGO

DATA DE INÍCIO

Nº APÓLICE

1. INFORMAÇÃO CONTRATUAL, AUTORIZAÇÕES E DECLARAÇÕES

1.1. Protecção de Dados Pessoais

De acordo com a legislação em vigor, os dados agora recolhidos, assim como aqueles que vierem a ser fornecidos aquando da participação de um sinistro, serão processados e armazenados informaticamente, sendo utilizados nas relações contratuais com a Saúde Prime e seus subcontratados. As omissões, inexactidões e veracidade dos dados fornecidos são da responsabilidade do Tomador do Seguro. Os interessados podem ter acesso e alterar a informação que lhes diga diretamente respeito, que se encontra em base de dados, solicitando a sua alteração mediante contacto directo junto da Saúde Prime.

1.2. Autorizações para Marketing e Publicidade

O Tomador do Seguro autoriza a utilização dos seus dados pessoais disponibilizados para o envio de futuras campanhas de Marketing e Publicidade da Saúde Prime. Caso não autorize, deve assinar aqui

O Tomador de Seguro autoriza a utilização dos seus dados pessoais disponibilizados para o envio de futuras campanhas de Marketing e Publicidade para empresas que colaborem com a Saúde Prime, bem como de outras empresas que integram a Saúde Prime, sob regime de absoluta confidencialidade. Caso não autorize deve assinar aqui

1.3. Declarações

Tomei conhecimento das Condições Gerais e Condições Especiais disponibilizadas pela Saúde Prime. Respondi de forma exata e completa aos requisitos desta proposta e declarei com exactidão todas as circunstâncias que eu conheço e que são significativas para a apreciação do risco pela Saúde Prime sabendo que, em caso de incumprimento, fico sujeito às normas legais contratuais aplicáveis, de que tomei conhecimento. Tomei conhecimento e autorizo que a Saúde Prime poderá transmitir os dados de identificação das Pessoas Seguras e do respectivo contrato à entidade subcontratada para assegurar os diferentes serviços de assistência previstos no contrato. Autorizo a Saúde Prime a proceder à recolha de outros dados confirmativos ou complementares daqueles, necessários à gestão do contrato. Autorizo também a consulta destes dados, desde que para a finalidade compatível com a determinante da respetiva recolha, pelas empresas que integram o grupo, sob regime de absoluta confidencialidade.

1.4. Assinatura

O Tomador do Seguro declara ter tomado conhecimento do teor das Declarações e Autorizações, subscrevendo-as mediante a sua assinatura.

Local e data

(Assinatura do Tomador do Seguro)