





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)