



CÓDIGO

DATA DE INÍCIO

Nº CONTRATO

**1 - IDENTIFICAÇÃO DO ADERENTE** (Campo a preencher pela pessoa responsável pelo pagamento do Plano Saúde Sénior)

Nome: \_\_\_\_\_ Sexo: F  M   
Morada: \_\_\_\_\_  
Localidade: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_  
Telefone: \_\_\_\_\_ Telemóvel: \_\_\_\_\_ Email: \_\_\_\_\_  
Contribuinte nº: \_\_\_\_\_ BI nº: \_\_\_\_\_ Data Nasc: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**2 - IDENTIFICAÇÃO DOS BENEFICIÁRIOS**

Nome: \_\_\_\_\_ Data Nasc: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ NIF: \_\_\_\_\_  
Telemóvel: \_\_\_\_\_ Email: \_\_\_\_\_  
Nome: \_\_\_\_\_ Data Nasc: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ NIF: \_\_\_\_\_  
Telemóvel: \_\_\_\_\_ Email: \_\_\_\_\_

**3 - OPÇÃO**

Selecione a Opção que pretende:

	Plano Saúde Sénior	Plano Saúde Sénior Premium*
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Preço/Mês/Pessoa	9 €	29 €

Nº Pessoas: \_\_\_\_\_ Modo de Pagamento (1): Anual  Trimestral   
Semestral  Mensal (2)

\*Contém o produto Tcare Alerta:  
O custo de aquisição do equipamento TCare Alerta são 120 €.  
O Cliente poderá optar por pagar em 12 mensalidades de 10 €/cada.  
Este valor não tem encargos de fraccionamento.

1) O pagamento fraccionado (mensal, trimestral ou semestral) terá um acréscimo de 1,5 € por fracção para suportar os encargos do fraccionamento.  
2) O primeiro pagamento corresponde a 3 mensalidades.

NOTA: Produto com 1 ano de fidelização.

**4 - FORMA DE PAGAMENTO**

- Pago o valor anual/ semestral/ trimestral/ mensal (riscar o que não interessa) de \_\_\_\_\_ Euros através do Sistema de Débitos Directos, pelo que preencho a Autorização de Pagamento. A minha autorização renovar-se-á automaticamente, salvo instruções minhas em contrário.
- Pagamento por Referência Multibanco (para os modos de pagamento: trimestral/semestral/anual).
- 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: \_\_\_\_\_ Validade: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ C.V.V ( Card Value Verification): \_\_\_\_\_  
(últimos 3 dígitos no verso do cartão)

**Autorização de Débito Directo SEPA**

Ao subscrever esta autorização, está a autorizar a Saúde Prime (1) 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 Saúde Prime (1). 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. Preencha por favor todos os campos assinalados com \*. O preenchimento dos campos assinalados com \*\* é da responsabilidade do Credor.

**Identificação do Devedor**

Nome do Devedor\* \_\_\_\_\_  
Morada\* \_\_\_\_\_  
Código Postal\* \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ País\* \_\_\_\_\_  
Número de Conta – IBAN\* \_\_\_\_\_ BIC SWIFT\* \_\_\_\_\_

**Identificação do Credor**

Nome do Credor\*\* S A Ú D E P R I M E Código de Identificação do Credor\*\* 1 0 5 9 4 6  
Morada\*\* A V . M A R E C H A L C R A V E I R O L O P E S Nº 6  
Cód. Postal\*\* 1 7 0 0 - 2 8 4 L I S B O A País\*\* P O R T U G A L Tipo de Pagamento: Recorrente  Pontual   
Local da Assinatura \_\_\_\_\_ Data\* \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_

Assinatura : \_\_\_\_\_

Os seus direitos, referentes à autorização acima referida, são explicados em declaração que pode obter no seu Banco.  
A Autorização de Débito em Conta constante desta proposta está de acordo com a legislação em vigor.

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Assinatura: \_\_\_\_\_



CÓDIGO

DATA DE INÍCIO

Nº CONTRATO

1. 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 a Saúde Prime 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.

1.1. Consentimento

Relativamente a outras finalidades de tratamento de dados pessoais, consinto na utilização dos meus dados pessoais para os seguintes efeitos:

	1º Titular dos Dados (tomador do seguro)	2º Titular dos Dados (pessoa segura)	3º Titular dos Dados (pessoa segura)	4º Titular dos Dados (pessoa segura)	5º Titular dos Dados (pessoa segura)
Autorizo a utilização dos meus dados para efeitos de comunicação, campanhas de marketing e futuras propostas comerciais, relacionados com produtos e serviços disponibilizados pela Saúde Prime, através de qualquer canal de comunicação.	SIM NÃO <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	SIM NÃO <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	SIM NÃO <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	SIM NÃO <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	SIM NÃO <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Autorizo a partilha dos meus dados pessoais às empresas que pertencem ao grupo e a entidades terceiras, para a gestão do meu contrato.	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

1.2. Direitos e Dever de Informação

Adicionalmente ao consentimento solicitado acima, declaro(amos) ainda que fui(fomos) informado(s), que o(s) titular(es) dos dados tem(têm) 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(emos) ainda que me(nos) assistem os direitos de acesso, retificação, apagamento, limitação do tratamento e portabilidade, nos termos definidos na Política de Privacidade disponível em [www.saudeprime.pt](http://www.saudeprime.pt), podendo exercê-los perante a Saúde Prime ou junto do Encarregado de Proteção de Dados (DPO) através dos contactos aí indicados.

1.3. Assinatura

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

Local e data

Assinatura do 1º Titular dos Dados

Assinatura do 2º Titular dos Dados

Assinatura do 3º Titular dos Dados

Assinatura do 4º Titular dos Dados

Assinatura do 5º Titular dos Dados

NOTA: No caso de se tratar de um menor de idade, a assinatura deverá ser do Tomador de Seguro (titular das responsabilidades parentais)