



FICHA DE ADESÃO
CARTÃO DE SAÚDE COFRE



APÓLICE **15610**

NOVO SÓCIO INCLUSÃO AGREGADO FAMILIAR

Data de / /

OBS: Juntar cópia(s) de Documentos de Identificação (BI/CC)

DADOS DO SÓCIO DO COFRE DE PREVIDÊNCIA

SÓCIO Nº

Nome

Morada

Localidade

Cód. Postal -

E-mail

Profissão

Data de Nascimento / / Sexo M F Nacionalidade

Estado Civil Tel./Tlm. N.I.F.

DADOS DO AGREGADO FAMILIAR

2º CARTÃO

Nome

Profissão N.I.F.

Data de Nascimento / / Sexo M F Grau de Parentesco Cônjuge Descendente Outro

3º CARTÃO

Nome

Profissão N.I.F.

Data de Nascimento / / Sexo M F Grau de Parentesco Cônjuge Descendente Outro

4º CARTÃO

Nome

Profissão N.I.F.

Data de Nascimento / / Sexo M F Grau de Parentesco Descendente Outro

5º CARTÃO

Nome

Profissão N.I.F.

Data de Nascimento / / Sexo M F Grau de Parentesco Descendente Outro

(continua no verso)

WEBDOC IA MIHPO 07.18



COFRE DE PREVIDÊNCIA DOS FUNCIONÁRIOS E AGENTES DO ESTADO
NIPC - 500 969 442

Nome

Morada

Pagamento Anual

Modalidade Débito Bancário—IBAN—Nº Conta—PT50

Pagamento de Serviços (Multibanco)

Data / /

(Assinatura do SÓCIO DO COFRE DE PREVIDÊNCIA)

INFORMAÇÃO CONTRATUAL, AUTORIZAÇÕES E DECLARAÇÕES

DECLARAÇÕES

Tomei conhecimento das Condições Gerais e da Nota de Informação Prévia e foram-me prestados todos os esclarecimentos necessários e legalmente exigíveis, declarando ter recebido para esse efeito as informações pré-contratuais e contratuais.

Preenchi de forma exata e completa esta proposta e declarei todas as circunstâncias que eu conheço e que são significativas e relevantes para a apreciação do risco pela VICTORIA sabendo que, em caso de incumprimento, fico sujeito às normas legais aplicáveis, de que tomei conhecimento.

Tomei conhecimento que a VICTORIA pode exercer o Direito de Regresso, de acordo com a legislação em vigor, quando aplicável.

Declaro que aceito que a VICTORIA utilize o endereço de e-mail ou morada indicados na presente Proposta para cumprir e efetivar quaisquer comunicações e informações que ocorram no âmbito do presente contrato, nos termos definidos nas Condições Gerais.

ASSINATURA

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

Local e Data _____, _____ de _____ de _____

(Assinatura do Tomador do Seguro)

(Assinatura do Colaborador)

COFRE DE PREVIDÊNCIA DOS FUNCIONÁRIOS E AGENTES DO ESTADO | NIPC 500 969 442

Rua do Arsenal, letra F, apartado 2500 | 112-803 LISBOA * PORTUGAL | Telf.: 213 241 060 | Fax: 213 470 476 | E-mail: geral@cofreprevidencia.pt

INFORMAÇÃO CONTRATUAL, AUTORIZAÇÕES E DECLARAÇÕES

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

As omissões, inexatidões e falsidades, no que respeita a dados necessários para os tratamentos de dados efetuados no âmbito da relação contratual, são da responsabilidade do titular dos dados.

1. CONSENTIMENTO

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

	1º Titular dos Dados (tomador do seguro)		2º Titular dos Dados (pessoa segura)	
	Sim	Não	Sim	Não
Marketing e informação promocional de produtos e serviços da VICTORIA.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Transferência para outras entidades do Grupo SMA ou VICTORIA.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Partilha de dados com entidades terceiras no âmbito da gestão contratual e gestão de processos de sinistro*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

* Informamos que para os seguros de Vida, Saúde e Acidentes Pessoais e outros seguros que impliquem o tratamento de dados sensíveis (nomeadamente de saúde), atendendo ao seu âmbito, natureza e objeto e à necessidade de cumprir as condições que o Regulamento Geral de Proteção de Dados determina, o consentimento representa a causa de licitude do tratamento deste tipo de dados, sem o qual não é possível formalizar a cobertura do risco proposto.

2. DIREITOS E DEVER DE INFORMAÇÃO

Independentemente do consentimento acima solicitado, os titulares dos dados têm direito de oposição ao tratamento dos seus dados nas situações de definição de perfis, comercialização direta e interesse legítimo do responsável pelo tratamento, pelo que para além do direito de oposição, **reconheço** ainda a existência dos direitos de acesso, retificação, apagamento, limitação do tratamento e portabilidade, nos termos definidos na Política de Privacidade disponível em www.victoria-seguros.pt, podendo exercê-los mediante comunicação à VICTORIA ou ao Encarregado de Proteção de Dados (EPD) através dos contactos aí indicados.

3. ASSINATURA

O(s) titular(es) dos dados **declara(m) ter(em)** tomado conhecimento das informações acima descritas, do(s) consentimentos 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 _____, _____ de _____ de _____

(Assinatura do 1º Titular dos Dados)

(Assinatura do 2º Titular dos Dados)