

Allianz Saúde Subsistemas

Boletim de Adesão

 Nova Alteração

Escritório Comercial **SANTARÉM** Apólice de Saúde _____
 Mediador **12591** N.º empregado _____ Adesão _____
 Data de admissão na empresa _____ Data de adesão ao seguro _____
 Grupo a que pertence (no caso em que exista mais do que um grupo no contrato) _____

Dados Gerais

Tomador de Seguro

Nome **ASSOCIAÇÃO SINDICAL DOS PROFISSIONAIS DE POLICIA PSP**

Aderente (subscritor de um Subsistema do SNS)

Nome _____
 Morada _____ NIF _____
 Código Postal _____ Localidade _____ Concelho _____
 E-mail _____ Sexo _____ Telefone _____
 Data de Nascimento _____ Estado Civil _____ N.º filhos _____ Telemóvel _____
 Tipo de documento identificação (ID) _____ Número do ID _____ Data de Validade _____
 Profissão / Atividade _____ N.º subscritor _____
 IBAN (para reembolso de despesas de saúde) _____

Autorização de Débito em Conta

Entidade Bancária _____ IBAN _____
 Nome _____
 Morada _____ NIF _____
 Parentesco / Relacionamento com o Tomador de Seguro _____

Por débito na conta indicada, autorizo o pagamento das importâncias que forem apresentadas pela Companhia de Seguros Allianz Portugal, S.A. relativas a este contrato. Fica desde já acordado que o Banco não se responsabiliza pela execução dos pagamentos se a conta apresentar saldo insuficiente.
 Ao subscrever esta autorização, está a autorizar o Credor 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 do Credor.
 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.

Assinatura

Data _____

Identificação do Credor

Nome **Companhia de Seguros Allianz Portugal, S.A.** Identificação do Credor **P T 7 9 Z Z Z 1 0 0 5 5 3** País **Portugal**
 Morada **Rua Andrade Corvo, 32** Código Postal **1 0 6 9 - 0 1 4** Cidade **Lisboa** Tipo de Pagamento: Pagamento Recorrente Pagamento Pontual

Composição do Agregado Familiar (preenchimento obrigatório em caso de extensão do Seguro ao agregado familiar - só para subscritores de um Subsistema de Saúde)

Cônjuge Nome _____
 NIF _____ Data de Nascimento _____ Data de Adesão _____
 Sexo _____ N.º de Subscritor de um Subsistema do SNS _____

Filho 1 Nome _____
 NIF _____ Data de Nascimento _____ Data de Adesão _____
 Sexo _____ N.º de Subscritor de um Subsistema do SNS _____

Filho 2 Nome _____
 NIF _____ Data de Nascimento _____ Data de Adesão _____
 Sexo _____ N.º de Subscritor de um Subsistema do SNS _____

Filho 3 Nome _____
 NIF _____ Data de Nascimento _____ Data de Adesão _____
 Sexo _____ N.º de Subscritor de um Subsistema do SNS _____

Dados Pessoais:

A proteção da sua Privacidade é um compromisso e uma prioridade absoluta para a Allianz Portugal.

Esta é uma nota de informação resumida relativa ao tratamento de Dados Pessoais: como o fazemos, que tipo de dados pessoais e porquê os recolhemos e com que entidades os iremos partilhar.

Aconselhamos a que leia atentamente a informação detalhada disponível em <https://www.allianz.pt/informacao-legal>.

Informação básica sobre a Proteção de Dados	
Responsável	Companhia de Seguros Allianz Portugal, S.A.
Finalidade	A subscrição e execução de um contrato de seguro.
Licitude do Tratamento	O tratamento dos dados é necessário para a pré-contratação e execução do contrato de seguro celebrado com o titular dos dados. No que se refere a dados pessoais relativos à saúde (Categoria especial de dados) o consentimento expresso obtido do titular legitima o tratamento.
Destinatários	A cedência dos dados poderá ocorrer, no âmbito da pré-contratação e execução deste contrato, a prestadores de serviços, em especial Prestadores Clínicos, Autoridades e Entidades Públicas, bem como no cumprimento de quaisquer obrigações Legais e/ou Fiscais.
Direitos	O titular dos dados pode exercer os seus direitos de acesso, retificação, apagamento, limitação, portabilidade e oposição, conforme informação adicional.
Origem	Para além dos dados recolhidos junto do titular, podemos aceder, recolher ou confirmar dados pessoais em sites de Entidades Públicas ou Privadas.
Informação Adicional	Pode consultar a informação adicional e detalhada sobre a Proteção de Dados no nosso website: https://www.allianz.pt/informacao-legal

O titular dos dados facultou a seguinte informação:

1. Dou o meu consentimento ao tratamento dos meus dados pessoais para fins de Marketing?

Sim Não

2. Dou o meu consentimento ao tratamento automatizado dos meus dados pessoais com vista à definição de perfis:

Sim Não

3. A(s) Pessoa(s) Segura(s) autorizou(zaram), no momento da subscrição deste contrato, a Allianz Portugal a proceder ao tratamento dos seus dados pessoais de saúde, com vista à gestão contratual da apólice, bem como à gestão de eventuais processos de sinistro.

No mesmo âmbito, autorizou o Médico designado por esta Companhia de Seguros a solicitar, a qualquer outro Médico ou profissional de saúde, as informações e documentos relativos à sua saúde (nomeadamente, relatórios clínicos, relatórios de internamento e resultados de exames auxiliares de diagnóstico), que entenda por necessários, com vista à análise do risco ora proposto e/ou à determinação das causas e consequências de qualquer sinistro que seja participado à Allianz Portugal, pela pessoa segura.

Autorizou, igualmente, os referidos Médicos e profissionais de saúde a prestarem ao Médico designado pela Allianz Portugal as informações e documentos que lhes sejam por este solicitados, no contexto da autorização que conferiu nesta data.

Enquanto titular de Dados Pessoais de Saúde, autorizo expressamente, a que o mediador de seguros associado ao presente contrato, recolha e insira no sistema informático da Allianz Portugal, os dados de saúde necessários à correta emissão do mesmo.

Este consentimento está em conformidade com o disposto na legislação em vigor, constituindo uma manifestação de vontade, livre, específica, informada e explícita.

Assinaturas Pessoa(s) Segura(s)
