





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)