Dados Pessoais:

NIF* _____ Email (para envio de comunicações e documentação contratual) _____

Apólice Saúde* _____

* campos de preenchimento obrigatório

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 abaixo : 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/protecao-dados.

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 execução do contrato de seguro celebrado com o titular dos dados. No que se refere a dados pessoais relativos a saúde (Categoria especial de dados) o consentimento expresso obtido do titular legitima o tratamento.
Destinatários	A cedência dos dados poderá ocorrer, no âmbito da 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/protecao-dados

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 ☐

O não preenchimento dos campos, pressupõe que o Aderente não dá o seu consentimento.

Assinatura Aderente

Data _____ _____

3. A(s) Pessoa(s) Segura(s) autorizou, 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.

Assinaturas Pessoa(s) Segura(s)

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, especifica, informada e explícita.

Assinaturas Pessoa(s) Segura(s)

Data _____ _____

_____

_____

_____

No caso de menores, o consentimento deverá ser dado por quem tem poderes de paternalidade, através da sua assinatura indicando "na vez" e referir o nome do menor.

Companhia de Seguros Allianz Portugal S.A.
Rua Andrade Corvo, 32. 1069-014 Lisboa. C. Social € 39.545.400. NIPC 500 069 514
Telefone + 351 213 165 300. Telefax + 351 213 165 570. e-mail: info@allianz.pt. Internet www.allianz.pt