

Código do Produto:

Nº Conta:

Contrato Nº:

Produto:

Regulamento Geral de Proteção de Dados CONSENTIMENTOS RELATIVOS AO TRATAMENTO DE DADOS PESSOAIS DE SAÚDE

A obtenção de um consentimento positivo a todos os que abaixo indicamos é imprescindível para podermos cumprir na íntegra o contrato em todas as suas dimensões

Nome do Segurado: Nº de Contribuinte:	
O Segurado autoriza expressamente a GamaLife a aceder e tratar os seus dados de saúde com a finalidade de avaliação de risco para efeitos de subscrição e/ou alteração de contratos de seguro de vida . Estes dados poderão vir a ser processados por uma entidade externa.	<input type="checkbox"/> Sim
	<input type="checkbox"/> Não
O Segurado autoriza expressamente a GamaLife, durante todo o período de vigência do contrato de seguro, a aceder e tratar os seus dados de saúde com vista à comprovação de verificação de qualquer sinistro coberto pelo seguro e para efeito de apuramento de existência de falsas declarações sobre o estado de saúde do Segurado que tenham influenciado a decisão de aceitação do seguro e que fundamentem a respetiva anulabilidade . Estes dados poderão vir a ser processados por uma entidade externa.	<input type="checkbox"/> Sim
	<input type="checkbox"/> Não

Com estas autorizações, o Segurado autoriza o Segurador a pedir, por si ou por médico(s) por ele indicados(s), os dados de saúde diretamente a qualquer hospital, clínica, centro de saúde, médico(s) que o tenha tratado ou examinado, ao próprio Segurado ou aos seus herdeiros, em caso de óbito.

Esta autorização respeita a todos os elementos clínicos, médicos e hospitalares relativos ao estado de saúde do Segurado, respeitantes a intervenções cirúrgicas, internamentos hospitalares, consultas médicas e exames complementares de diagnóstico.

O Segurado declara que, no âmbito da aplicação das disposições legais relativas ao tratamento e livre circulação de dados pessoais das pessoas singulares (RGPD – Regulamento Geral de Proteção de Dados), tem conhecimento e recebeu os Deveres de Informação sobre o Tratamento de Dados Pessoais que são parte integrante desta proposta, e foi informado que toda a informação detalhada e completa acerca do tratamento destes dados se encontra disponível em www.gamalife.pt.

Data: ____/____/____

(Assinatura conforme Documento de Identificação do Segurado ou Representante Legal caso o Segurado seja um menor)

Feito em: 27-01-2021

Código do Produto:

Nº Conta:

Contrato Nº:

Produto:

Regulamento Geral de Proteção de Dados CONSENTIMENTOS RELATIVOS AO TRATAMENTO DE DADOS PESSOAIS DE SAÚDE

A obtenção de um consentimento positivo a todos os que abaixo indicamos é imprescindível para podermos cumprir na íntegra o contrato em todas as suas dimensões

Nome do Segurado: _____	
Nº de Contribuinte: _____	
O Segurado autoriza expressamente a GamaLife a aceder e tratar os seus dados de saúde com a finalidade de avaliação de risco para efeitos de subscrição e/ou alteração de contratos de seguro de vida . Estes dados poderão vir a ser processados por uma entidade externa.	<input type="checkbox"/> Sim
	<input type="checkbox"/> Não
O Segurado autoriza expressamente a GamaLife, durante todo o período de vigência do contrato de seguro, a aceder e tratar os seus dados de saúde com vista à comprovação de verificação de qualquer sinistro coberto pelo seguro e para efeito de apuramento de existência de falsas declarações sobre o estado de saúde do Segurado que tenham influenciado a decisão de aceitação do seguro e que fundamentem a respetiva anulabilidade . Estes dados poderão vir a ser processados por uma entidade externa.	<input type="checkbox"/> Sim
	<input type="checkbox"/> Não

Com estas autorizações, o Segurado autoriza o Segurador a pedir, por si ou por médico(s) por ele indicados(s), os dados de saúde diretamente a qualquer hospital, clínica, centro de saúde, médico(s) que o tenha tratado ou examinado, ao próprio Segurado ou aos seus herdeiros, em caso de óbito.

Esta autorização respeita a todos os elementos clínicos, médicos e hospitalares relativos ao estado de saúde do Segurado, respeitantes a intervenções cirúrgicas, internamentos hospitalares, consultas médicas e exames complementares de diagnóstico.

O Segurado declara que, no âmbito da aplicação das disposições legais relativas ao tratamento e livre circulação de dados pessoais das pessoas singulares (RGPD – Regulamento Geral de Proteção de Dados), tem conhecimento e recebeu os Deveres de Informação sobre o Tratamento de Dados Pessoais que são parte integrante desta proposta, e foi informado que toda a informação detalhada e completa acerca do tratamento destes dados se encontra disponível em www.gamalife.pt.

Data: ____/____/____

(Assinatura conforme Documento de Identificação do Segurado ou Representante Legal caso o Segurado seja um menor)

Feito em: 27-01-2021

Código do Produto:

Contrato Nº:

Nº Conta:

Produto:

TRATAMENTO DE DADOS PESSOAIS DE SAÚDE

É imprescindível a obtenção de um consentimento positivo, para todas as finalidades abaixo indicadas, para podermos cumprir na íntegra os deveres enquanto MEDIADOR DE SEGUROS, em todas as suas dimensões.

Nome do Titular dos Dados: _____	
Nº de Contribuinte: _____	
Autorizo o Novo Banco, S.A., a aceder e tratar os meus dados pessoais, designadamente dados de saúde , para a finalidade de subscrição e/ou alteração de contratos de seguro de vida , no âmbito da sua atividade de mediação de seguros.	<input type="checkbox"/> Sim
	<input type="checkbox"/> Não
Autorizo o Novo Banco, S.A., durante todo o período de vigência do contrato de seguro, a aceder e tratar os meus dados pessoais, designadamente dados de saúde , com vista à participação e assistência à gestão de sinistros , no âmbito da sua atividade de mediação de seguros.	<input type="checkbox"/> Sim
	<input type="checkbox"/> Não

Os dados pessoais aqui recolhidos serão tratados de acordo com o regulamento geral sobre a proteção de dados, demais legislação aplicável e nos termos das informações sobre o tratamento de dados pessoais que lhe foram prestadas e que estão disponíveis a todo o momento em www.novobanco.pt.

Data: ____/____/____

(Assinatura conforme Documento de Identificação do Titular dos Dados ou Representante Legal caso o Segurado seja um menor)

Feito em: 27-01-2021

Código do Produto:

Contrato Nº:

Nº Conta:

Produto:

TRATAMENTO DE DADOS PESSOAIS DE SAÚDE

É imprescindível a obtenção de um consentimento positivo, para todas as finalidades abaixo indicadas, para podermos cumprir na íntegra os deveres enquanto MEDIADOR DE SEGUROS, em todas as suas dimensões.

Nome do Titular dos Dados: _____	
Nº de Contribuinte: _____	
Autorizo o Novo Banco, S.A., a aceder e tratar os meus dados pessoais, designadamente dados de saúde , para a finalidade de subscrição e/ou alteração de contratos de seguro de vida , no âmbito da sua atividade de mediação de seguros.	<input type="checkbox"/> Sim
	<input type="checkbox"/> Não
Autorizo o Novo Banco, S.A., durante todo o período de vigência do contrato de seguro, a aceder e tratar os meus dados pessoais, designadamente dados de saúde , com vista à participação e assistência à gestão de sinistros , no âmbito da sua atividade de mediação de seguros.	<input type="checkbox"/> Sim
	<input type="checkbox"/> Não

Os dados pessoais aqui recolhidos serão tratados de acordo com o regulamento geral sobre a proteção de dados, demais legislação aplicável e nos termos das informações sobre o tratamento de dados pessoais que lhe foram prestadas e que estão disponíveis a todo o momento em www.novobanco.pt.

Data: ____/____/____ _____

(Assinatura conforme Documento de Identificação do Titular dos Dados ou Representante Legal caso o Segurado seja um menor)

Feito em: 27-01-2021