

Esta Declaração faz parte integrante do **QUESTIONÁRIO CLÍNICO** ou **PEDIDO DE INCLUSÃO** com o **NOME E NIF** abaixo indicados.

Deve ser preenchida uma Declaração por Titular dos Dados.

A Proposta a que o presente Questionário Clínico se refere não se considera completa ou válida sem o respetivo Questionário Clínico, que dela faz parte integrante.

1. DADOS DO CONTRATO

Nome do Tomador			
NIF do Tomador		Número/Refª (Proposta/Processo/Apólice)	
Ramo (identificar se Vida, Saúde ou Acidentes Pessoais)			
Identificação do Produto			
Nome do Empregado/Colaborador			
Número de Empregado/Colaborador		NIF do Empregado/Colaborador	

2. PESSOA SEGURA/TITULAR DOS DADOS

Nome			
NIF		Tel./ Tlm.	
Email			

3. DECLARAÇÃO

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 VICTORIA 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. CONSENTIMENTO

Relativamente a outras finalidades de tratamento de dados pessoais, consinto na utilização dos meus dados pessoais para o seguinte efeito:

	Titular dos Dados (Pessoa Segura)	
	Sim	Não
Partilha de dados sensíveis com entidades terceiras no âmbito da gestão contratual e gestão de processos de sinistro*	<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

Adicionalmente ao consentimento solicitado acima, **declaro** ainda que fui informado que os titulares de 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.

Para além do direito de oposição, **reconheço** ainda que me assistem os 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 titular dos dados **declara** ter tomado conhecimento das informações acima descritas, do consentimento que prestou e dos direitos que lhe assistem na proteção dos seus dados pessoais e sensíveis, subscrevendo-os mediante a sua assinatura.

Local e Data _____, _____ de _____ de _____

(Assinatura do Titular dos Dados ou do(s) Titular(es) da(s) responsabilidade(s) Parental(ais), caso se trate de Menor de Idade)