

PROPOSTA DE SEGURO**SEGURO DE SAÚDE PORTINSURANCE**SEGURO NOVO ALTERAÇÃO N° ADESÃO _____ APÓLICE N° _____**Tomador de Seguro**Nome da Empresa: _____ NIF: _____
Morada: _____ Localidade: _____ Código Postal: _____
Telemóvel: _____ Telefone: _____
E-mail: _____
Nome da Pessoa Responsável: _____**Número total de pessoas a incluir e divisão por escalões de idade**Número total de pessoas a incluir: _____
Número de pessoas a incluir até aos 20 anos: _____
Número de pessoas a incluir entre os 21 e os 35 anos: _____
Número de pessoas a incluir entre os 36 e os 50 anos: _____
Número de pessoas a incluir entre os 51 e os 64 anos: _____ **Duração do contrato e forma de pagamento**Data de início: _____ Mensal: Trimestral: Semestral: Anual:
Opção Pretendida: Base (Hospitalização) Top (Hospitalização + Parto)

RENOVADO AUTOMATICAMENTE, SALVO INDICAÇÕES EM CONTRÁRIO.

O CONTRATO DE SEGURO PROPOSTO SÓ PRODUZIRÁ EFEITOS, COBRINDO OS RESPECTIVOS RISCOS A PARTIR DA "DATA DE INÍCIO" MENCIONADA, SE FOR EFECTUADO O PAGAMENTO DO PRÉMIO DE SEGURO OU DA SUA PRIMEIRA FRACÇÃO DENTRO DO PRAZO ESTIPULADO NO PRIMEIRO AVISO DE COBRANÇA ENVIADO AO TOMADOR DO SEGURO, APÓS A ACEITAÇÃO DO SEGURADOR.

Sempre que o Tomador de Seguro solicite o pagamento do prémio em frações de periodicidade igual ou inferior a três meses, será debitado na conta bancária indicada o valor correspondente ao período, não sendo enviado pelo Segurador o aviso de pagamento respeitante conforme previsto no ART.º 60 n.º 3 do RJCS. Caso se oponha a este procedimento deverá contactar o segurador através dos meios disponíveis.**Autorização de débito directo**Titular da conta: _____
Banco: _____ BIC SWIFT: _____ Número de conta – IBAN: _____

AO SUBSCREVER ESTA AUTORIZAÇÃO, ESTÁ A AUTORIZAR A RNA SEGUROS DE ASSISTÊNCIA S.A., ATRAVÉS DO SISTEMA DE DÉBITO DIRECTO, A:

- ENVIAR INSTRUÇÕES AO SEU BANCO PARA DEBITAR A SUA CONTA;
- O SEU BANCO DEBITAR A SUA CONTA DE ACORDO COM AS INSTRUÇÕES DA RNA SEGUROS DE ASSISTÊNCIA S.A.

O REEMBOLSO DO MONTANTE DEBITADO, NOS TERMOS E CONDIÇÕES ACORDADOS. O REEMBOLSO DEVE SER SOLICITADO ATÉ UM PRAZO DE OITO SEMANAS, A CONTAR DA DATA DO DÉBITO NA SUA CONTA. ALERTAMOS, NO ENTANTO, PARA O FACTO DE QUE A SATISFAÇÃO DO PEDIDO DE REEMBOLSO POR PARTE RNA SEGUROS DE ASSISTÊNCIA S.A NÃO EXTINGUE A OBRIGAÇÃO DE PAGAMENTO DO PRÉMIO EM CAUSA, NEM AS EVENTUAIS RESPONSABILIDADES DECORRENTES DO CONSEQUENTE INCUMPRIMENTO DO CONTRATO DE SEGURO. NA SITUAÇÃO DE PAGAMENTO DE QUAISQUER VALORES DECORRENTES DO PRESENTE CONTRATO DE SEGURO, DEVERÁ SER FEITO O CRÉDITO NA MESMA CONTA, SALVO INSTRUÇÕES EXPRESSAS EM CONTRÁRIO.

Local

Data

Títular Conta

RNA Seguros, S.A.

☎ (+351) 210 419 200 📠 (+351) 210 443 688 📍 Alameda Fernão Lopes, 16, 6º, Miraflores, 1495-190, Algés

Contribuinte N° 513 259 120 Registada na C.R.C de Lisboa sob o mesmo número - Capital Social 7.500.000,00 €

PRIVACIDADE E PROTEÇÃO DE DADOS PESSOAIS INFORMAÇÕES

A RNA Seguros sempre se pautou pela total transparência e pelo total respeito pela privacidade, confidencialidade e proteção dos dados pessoais que trata no âmbito da sua atividade, pelo que vem agora reforçar a sua posição quanto a esta matéria.

A fim de dar cumprimento ao atual quadro normativo aplicável, nomeadamente, ao regime jurídico que resulta da aplicação do Regulamento Geral sobre a Proteção de Dados, a RNA Seguros desenvolveu e implementou um Sistema de Proteção de Dados Pessoais, com vista a garantir a conformidade normativa e a permitir demonstrar e evidenciar, dentro do princípio da autorresponsabilização, essa conformidade.

Por «Dados pessoais», entende-se toda a informação relativa a uma pessoa singular identificada ou identificável («titular dos dados»); é considerada identificável uma pessoa singular que possa ser identificada, direta ou indiretamente, em especial por referência a um identificador. São considerados identificadores pessoais, por exemplo, um nome, um número de identificação, dados de localização, identificadores por via eletrónica ou a um ou mais elementos específicos da identidade física, fisiológica, genética, mental, económica, cultural ou social dessa pessoa singular.

Os Dados Pessoais disponibilizados no presente documento, bem como os que tenham sido ou vierem a ser disponibilizados por qualquer outra via, serão tratados pelo Segurador, enquanto entidade responsável, com vista à prossecução das finalidades abaixo descritas.

FINALIDADE	FUNDAMENTOS DE LICITUDE	PRAZO DE CONSERVAÇÃO
Gestão do contrato, incluindo diligências pré-contratuais	Diligências Pré-Contratuais e Execução de um Contrato, Consentimento do titular, Cumprimento de Obrigação Jurídica	Prazo legal de prescrição
Gestão de Sinistros	Execução Contratual, Proteção de Interesses Vitais, Interesse Público Relevante, Consentimento do Titular, Cumprimento de Obrigação Jurídica	Prazo legal de prescrição
Marketing	Consentimento do Titular	Até revogação do consentimento
Cumprimento de Obrigações Legais, comunicação a autoridades, entidades de supervisão, regulamentares, Tribunais	Cumprimento de Obrigação Jurídica, Interesses Legítimos, incluindo prevenção e combate à fraude e exercício de direito de defesa em processo judicial	Prazo legal de prescrição ou prazo aplicável a cada obrigação

Sem que ocorra a disponibilização dos Dados Pessoais requeridos no presente documento, a RNA Seguros não poderá aceitar a celebração do contrato de seguro.

Para mais informações sobre o tratamento dos seus Dados Pessoais, nomeadamente, quanto às categorias de dados pessoais tratados, aos princípios jurídicos subjacentes, às finalidades do tratamento, fundamentos de licitude e prazos de conservação, destinatários, exercício dos direitos dos titulares, consulte a Política de Privacidade e Tratamento dos Dados Pessoais no sítio da RNA Seguros, www.rnaseguros.pt.

Se tiver alguma questão relativamente a matéria relacionada com o tratamento dos seus Dados Pessoais, envie para encarregado.protecao.dados@rnaseguros.com

CONSENTIMENTO

Com a subscrição da presente apólice, o titular consente que o Segurador:

1. Proceda a operações de tratamento dos Dados Pessoais por si disponibilizados para efeitos de contactos no âmbito de diligências pré-contratuais;

Sim Não

2. Proceda a operações de tratamento dos Dados Pessoais que integrem categorias especiais, como sejam dados de saúde no âmbito da subscrição e/ou execução do contrato de seguro;

Sim Não

3. Proceda a operações de tratamento dos Dados Pessoais no âmbito de ações de Marketing, nomeadamente, que proceda ao envio de comunicações para efeitos de Marketing direto, prospeção ou qualquer outra ação comercial relativamente a produtos e/ou serviços por meio de e-mail, sms, mms, ou plataformas digitais.

Sim Não

Caso tenha clicado no "SIM", poderá remover o consentimento, sem qualquer custo associado, e a qualquer momento, mediante e-mail dirigido ao Encarregado de Proteção de Dados: Encarregado.protecao.dados@rnaseguros.com

DECLARAÇÕES CONTRATUAIS

Para os devidos efeitos, declaro que me foram prestadas todas as informações pré-contratuais legalmente previstas, e que compreendi na íntegra o teor e conteúdo do contrato, nomeadamente as garantias e exclusões, tendo ficado totalmente esclarecido/a.

Mais declaro que fui informado do dever de prestar com total exatidão todas as circunstâncias que possam afetar a análise do risco, bem como das cominações que podem resultar do incumprimento desse dever.

(Assinatura / Segurado) _____

Promotor _____

RNA Seguros, S.A.