



Boletim de Adesão (Empresas e Grupos Fechados)

Data Início Nova Alteração N° Contrato

TOMADOR DO SEGURO

Nome

ADERENTE (Colaborador)

Nome

Sexo F M Data de Nascimento NIF

Estado Civil Email

Morada

Localidade Código Postal

Nacionalidade Doc. Identificação

Telefone Telemóvel

Seg. Social / ADSE N° Empregado

Já tinha seguro anterior? Sim Não N° Contrato

Qual a seguradora?

BIC / SWIFT IBAN

PESSOAS A SEGUIRAR

PESSOA SEGURA I:

Nome

Sexo F M Data de Nascimento NIF

Estado Civil Grau de Parentesco

Nacionalidade Email

R. Seg. Social / ADSE N° Doc. Identificação

Já tinha seguro anterior? Sim Não N° Contrato

Qual a seguradora?

Telefone Telemóvel

PESSOA SEGURA 2:

Nome

Sexo F M Data de Nascimento NIF

Estado Civil Grau de Parentesco

Nacionalidade Email

R. Seg. Social / ADSE N° Doc. Identificação

Já tinha seguro anterior? Sim Não N° Contrato

Qual a seguradora?

Telefone Telemóvel

PESSOA SEGURA 3:

Nome

Sexo F M Data de Nascimento NIF

Estado Civil Grau de Parentesco

Nacionalidade Email

R. Seg. Social / ADSE N° Doc. Identificação

Já tinha seguro anterior? Sim Não N° Contrato

Qual a seguradora?

Telefone Telemóvel

PESSOA SEGURA 4:

Nome

Sexo F M Data de Nascimento NIF

Estado Civil Grau de Parentesco

Nacionalidade Email

R. Seg. Social / ADSE N° Doc. Identificação

Já tinha seguro anterior? Sim Não N° Contrato

Qual a seguradora?

Telefone Telemóvel

PLANO DE SAÚDE

Designação do Plano

OUTRAS INFORMAÇÕES RELAVANTES PARA A MGEN

DECLARAÇÃO

Para os efeitos do presente Contrato, o Tomador do Seguro, e o Aderente declaram que:

- a) São exatas e completas as declarações prestadas.
- b) Autorizam o tratamento efetuado aos dados pessoais fornecidos e o tratamento de informação que respeite a si recolhida junto de outras entidades para fins de gestão contratual entre a Mútua e os seus subcontratados, de acordo com a obrigação legal a cargo do segurador.
- c) As omissões, inexatidões ou falsidades, são da responsabilidade do Tomador de seguro, Aderente e Pessoas Seguras.
- d) Autorizam os médicos e outros prestadores de cuidados de saúde a que recorram, no âmbito do presente contrato, a facultar aos serviços clínicos da Mútua ou entidade subcontratada por esta, quaisquer informações relacionadas com os serviços prestados e constantes de eventuais declarações de saúde, e abrangidos pelo segredo profissional, incluindo o seu tratamento informático, com a finalidade exclusiva de gestão de sinistros de saúde, análise estatística, tarificação e auditoria.
- e) Tomaram conhecimento de que têm direito de informação, acesso, retificação, adiamento ou supressão dos dados pessoais, mediante comunicação escrita dirigida à Mútua de seguros, de acordo com a obrigação legal a cargo do segurador.
- f) Tomaram conhecimento que a cobertura dos riscos só se verifica com o pagamento do prémio anual devido ou fracionamento deste.
- g) Concordam que as Condições Gerais e Especiais sejam entregues no sítio internet, indicado nas condições Particulares.

DADOS PESSOAIS:

- Declaro tomar conhecimento de que os dados pessoais recolhidos e tratados pela MGEN ou por entidades subcontratadas pela MGEN, serão processados e armazenados através de meios automatizados e não automatizados, tendo por fundamento o cumprimento, a execução e a gestão da relação estabelecida entre mim e a MGEN, incluindo as diligências pré-contratuais necessárias, o cumprimento de obrigações legais e regulamentares a que a MGEN se encontra sujeita e a prossecução de interesses legítimos do MGEN. Na medida em que atuar em nome e por conta da MGEN, o Mediador encontra-se habilitado à recolha e ao tratamento dos dados no âmbito do cumprimento de obrigações legais, contratuais e regulamentares.
- Declaro tomar conhecimento que a MGEN procede à recolha e ao tratamento dos dados pessoais, sendo garantidos os direitos legalmente previstos em matéria de proteção de dados pessoais.

Na qualidade de Aderente e com o consentimento das Pessoas Seguras incluídas no contrato de seguro, se for o caso, autorizo:

- Que os dados pessoais, informações e documentos referentes de estado de saúde sejam tratados pela MGEN para efeitos de análise do risco e adesão ao contrato de seguro de grupo (requisito necessário à adesão do Aderente ao seguro de grupo) e que, em caso de sinistro, as entidades competentes forneçam à MGEN e aos beneficiários as informações necessárias à completa análise do mesmo, incluindo todas as informações e dados relativos, nomeadamente, a questões de saúde, acidentes e sinistralidade (requisito necessário à adesão do Aderente ao seguro de grupo): ___ Sim ___ Não
 - O envio de boletins de voto para eleição dos membros da Assembleia de Representantes.
 - O envio de informações e artigos sobre cuidados e prevenção da sua saúde.
 - O envio de inquéritos de opinião e avaliação da qualidade dos serviços da MGEN.
 - A gravação das chamadas telefónicas realizadas no âmbito da relação contratual.
 - A informação sobre serviços ou produtos da MGEN, através de qualquer meio de comunicação.

Nos casos em que o tratamento dos dados for realizado unicamente com base no respetivo consentimento, tomo conhecimento de que tenho o direito de retirar o meu consentimento a qualquer momento. A retirada do consentimento, todavia, não compromete a licitude do tratamento efetuado com base no consentimento previamente dado.

Suporte duradouro:

- Autorizo que a MGEN me entregue os documentos contratuais através de suporte eletrónico duradouro, sem prejuízo de eu poder solicitar, a todo o tempo, a entrega dos mesmos em formato papel.

Data/Date: _____

Assinatura do Tomador: _____