

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

Deve ser preenchida uma Declaração por cada um dos Titulares 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. PESSOA SEGURA

Nome	<input type="text"/>		
NIF	<input type="text"/>	Tel./Tlm.	<input type="text"/>

2. 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 os seguintes efeitos:

	Titular dos Dados (Pessoa Segura)	
	Sim	Não
Marketing e informação promocional de produtos e serviços da VICTORIA.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Transferência para outras entidades do Grupo SMA ou VICTORIA.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Partilha de dados sensíveis com entidades terceiras no âmbito da gestão contratual e gestão de processos de sinistro.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2. DIREITOS E DEVER DE INFORMAÇÃO

Adicionalmente ao consentimento solicitado acima, **declaro** ainda que fui informado, que o titular dos dados tem 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 Proteção de Dados disponível em www.victoria-seguros.pt, podendo exercê-los perante a VICTORIA ou junto do 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 assiste 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 Representante caso se trate de um Menor de Idade)