

5. INFORMAÇÃO ADICIONAL

POR FAVOR JUNTE A PRESCRIÇÃO MÉDICA DO EXAME E OUTRA INFORMAÇÃO RELEVANTE PARA A ANÁLISE DO PEDIDO.

6. MÉDICO RESPONSÁVEL

NOME N° CONVENCIONADO
CÉDULA PROFISSIONAL TELEFONE TELEMÓVEL
EMAIL FAX

7. CLIENTE

TELEFONE TELEMÓVEL
EMAIL

NO ÂMBITO DA AFECÇÃO QUE MOTIVA O PRESENTE PEDIDO DE PRESTAÇÃO DE CUIDADOS DE SAÚDE AO ABRIGO DO CONTRATO DE SEGURO, AUTORIZO OS MÉDICOS E OUTROS PROFISSIONAIS OU INSTITUIÇÕES DE SAÚDE A QUE TENHA RECORRIDO, A PRESTAR AO MÉDICO QUE O SEGURADOR DESIGNAR, AS INFORMAÇÕES POR ESTE SOLICITADAS RELATIVAS AO MEU ESTADO DE SAÚDE E AOS SERVIÇOS CLÍNICOS PRESTADOS, SOB SIGILO.

8. DADOS RELATIVOS À SAÚDE

O contrato ou operação de seguro a que respeita o presente documento envolve o tratamento de dados relativos à saúde do titular, no âmbito da gestão da relação contratual, utilização da cobertura, gestão de sinistros e, bem assim, processos de renovação e alterações contratuais, aplicando-se ao tratamento desses dados as informações prestadas pelo Segurador.

O Segurador procederá ao tratamento dos dados em questão, para as finalidades indicadas, mediante o consentimento manifestado por assinatura do presente documento.

Nessa medida, mediante a assinatura do presente documento, autoriza-se o Segurador a tratar os dados relativos à saúde do titular dos dados a que respeita o presente documento e para as finalidades especificamente indicadas.

DATA

ASSINATURA DO MÉDICO

ASSINATURA DA PESSOA SEGURA OU REPRESENTANTE LEGAL