



SPP



Sindicato dos Profissionais de Polícia

Ficha de Inscrição de Sócio

Sócio nº _____

Nome: _____

Morada: _____

Código Postal: _____ - _____ Localidade.: _____

e-mail: _____ Telm.: _____ Data Nasc.: ____/____/____

CC N.º _____ valido até: ____/____/____ NIF: _____

Matrícula N.º _____ Comando _____ Divisão: _____

Autorizo o envio de e-mails por parte de SPP|PSP: Sim ☐ Não ☐

☐ Declaro aceitar e usufruir das condições de seguro de saúde disponibilizado pelo SPP, enquanto estiver em vigor o protocolo existente e no qual irei ser inserido, no mês seguinte ao pagamento da primeira quotização.

Assinatura: _____

Exmo. Senhor

Diretor Nacional da

Polícia de Segurança Pública

_____, Polícia, com a Matrícula N.º _____, vem nos termos, dos n.ºs 2, 3 e 4, do Art.º 9, da Lei 49/2019 de 18 de julho, e para os efeitos do preceituado no n.º 1, do Art.º 9, da referida Lei, solicitar a V. Ex.ª, o desconto na fonte, no valor mensal de €6,50 (seis euros e cinquenta cêntimos) com crédito a favor do SPP|PSP – Sindicato dos Profissionais de Polícia, na conta com o IBAN: PT50 0035 0936 00036079030 26.

Fica a cargo do SPP|PSP – Sindicato dos Profissionais de Polícia, qualquer comunicação relativa a eventuais actualizações, da quotização.

_____, ____/____/____



IMPRESSO DE INCLUSÃO ASSOCIADO APÓLICE 204954530

Data ____/____/____

Nome Completo _____

Nome para o Cartão _____

Data Nascimento ____/____/____ Contribuinte Nº _____ Sexo _____

Morada _____

Código Postal _____ - _____ Localidade _____

E-mail _____ @ _____ Telemóvel _____

IBAN para Reembolso – PT50 _____

Enquanto titular de Dados Pessoais de Saúde, autorizo expressamente, a que o mediador de seguros associado ao presente contrato, recolha e insira no sistema informático da Allianz Portugal, os dados de saúde necessários à correta emissão do mesmo. Este consentimento está conformidade com o disposto na legislação em vigor, constituindo uma manifestação de vontade, livre, específica, informada e explícita.

Assinatura:

Proteção de Dados Pessoais (RGPD)

O titular dos dados facultou a seguinte informação:

1 – Dou o meu consentimento ao tratamento dos dados pessoais para fins de Marketing? Sim ☐ Não ☐

2 – Dou o meu consentimento ao tratamento automatizado dos meus dados pessoais com vista à definição de perfis: Sim ☐ Não ☐

3 – A(s) Pessoa(s) Segura(s) autorizou, no momento da subscrição deste contrato, a Allianz Portugal a proceder ao tratamento dos meus dados pessoais de saúde, com vista à gestão contratual da apólice, bem como à gestão de eventuais processos de sinistro. No mesmo âmbito, autorizou o Médico designado por esta Companhia de Seguros a solicitar, a qualquer outro Médico ou profissional de saúde, as informações e documentos relativos à sua saúde (nomeadamente, relatórios clínicos, relatórios de internamento e resultados de exames auxiliares de diagnóstico), que entenda por necessários, com vista à análise do risco ora proposto e/ou à determinação das causas e consequências de qualquer sinistro que seja participado à Allianz Portugal, pela Pessoa segura. autorizou, igualmente, os referidos Médicos e profissionais de saúde a prestarem ao Médico designado pela Allianz Portugal as informações e documentos que lhes sejam por este solicitados, no contexto da autorização que conferiu nesta data.

Sim ☐ Não ☐