

FICHA DE INSCRIÇÃO DE SÓCIO

Sócio Nº _____

Nome _____ Data Nasc. ____/____/____

Matrícula Nº _____ Comando _____ Divisão _____

Morada _____

Código Postal _____ - _____ Localidade _____

E-mail _____ @ _____ Telemóvel _____

CC Nº _____ Válido até ____/____/____ Contribuinte Nº _____

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: Sim Não

Obs.: A utilização dos serviços jurídicos/psicológicos/formação/parcerias, dentro daquilo a que o SPP/PSP se propõe, são gratuitos (exceto no caso de desistência nos 6 meses seguintes, que poderá implicar o pagamento de sessenta euros).

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, do valor correspondente a 0,8% do primeiro IR de Agente, 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 atualizações, da quotização.

Data _____, ____/____/____

Assinatura _____



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) autoriza(m), 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.

Autoriza, 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

Contacto: metaseguros@metaseguros.pt

Telefone - 218680850