

FICHA DADOS PESSOAIS BENEFICIÁRIOS

Nome _____	
Data de Nascimento <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	Nº Contribuinte Fiscal <input type="text"/>
Nº Cartão de Cidadão <input type="text"/>	Nº Cliente/Beneficiário <input type="text"/>
Telefone de Contacto <input type="text"/>	Telemóvel de Contacto <input type="text"/>
Preencher apenas se titular do Plano de Saúde	
Morada _____	
Localidade _____	
Código Postal <input type="text"/> - <input type="text"/>	Freguesia _____
Concelho _____	Distrito _____
E-mail _____	

Tratamento de dados pessoais

Os dados pessoais recolhidos, ou outros que nos venha a fornecer, serão tratados nos termos da legislação aplicável, nomeadamente da Lei nº 67/98, de 26 de outubro ou noutra regulamentação que a substitua, nomeadamente o Regulamento (UE) 2016/679 do Parlamento Europeu e do Conselho, de 27 de abril de 2016 ("RGPD") relativo à proteção das pessoas singulares no que diz respeito ao tratamento de dados pessoais e à livre circulação desses dados, que produz efeitos a 25 de maio de 2018, de acordo com as mais rigorosas medidas técnicas, organizativas e de segurança, necessárias a garantir a confidencialidade, integridade e a não destruição.

Estes dados são indispensáveis e de fornecimento obrigatório. Este tratamento é da responsabilidade da Portugal Telecom - Associação de Cuidados de Saúde ("PT ACS") e destina-se à prestação dos serviços de saúde disponibilizados por esta entidade.

Os dados que sejam exclusivamente necessários poderão ser partilhados com entidades parceiras, para efeitos de operacionalização e prestação dos serviços contratados, bem como a outras entidades, nos termos legais, nomeadamente Autoridades Tributárias e Tribunais.

Os dados serão conservados pelo período de tempo necessário à prestação dos serviços, sendo garantido o seu direito de acesso, retificação e atualização através dos contactos disponibilizados pela PT ACS.

A PT ACS protege a sua privacidade e toda a informação que nos disponibiliza, incluindo os seus dados pessoais, nos termos da respetiva Política de Privacidade disponível em ptacs.pt e que deve conhecer e rever periodicamente

Declaração

Mais declaro autorizar o registo e tratamento, designadamente informático, dos dados aqui inscritos e a sua transmissão a entidades parceiras, exclusivamente para operacionalização do plano de saúde e prestação do serviço contratado bem como a partilha com outras entidades, decorrente de exigências legais, nomeadamente Autoridades Tributárias e Tribunais.

Mais declaro saber que para mais detalhe sobre a Política de Privacidade da PTACS poderei consultar o site ptacs.pt.

Data / /

Assinatura do Cliente _____

(obrigatório para > 16 anos)

(conforme BI/Cartão de Cidadão)

Assinatura do Responsável: _____ BI/Cartão Cidadão _____

(obrigatório para < 16 anos ou quando o próprio não possa assinar)