Proposta de Prestação por Falecimento

Dados do Falecido:

Apelidos: | Nº Mutualista:

Nome: | BI:

Morada:

C.P.: | - | Distrito: | Localidade:

Dados do Falecimento

Data: ____ / ____ / ____ | Causa do Falecimento: ○ Natural ○ Acidente ○ Acidente de Circulação ○ Outros _____

Estado Civil : ○ Solteiro ○ Casado ○ Viúvo ○ Separado Legalmente ○ Divorciado ○ União de Facto

Nº de filhos: _____ | Menores de edade: _____

Dados identificativos do Beneficiário

Nome y Aplicativos:

Parentesco: | Data Nascimiento: ___ / ___ / ___ | BI:

Morada: | Localidade:

C.P.: | - | Distrito: | Telefone/s: /

E-Mail:

Dados Bancarios: | Assinatura do Beneficiario

IBAN P T

Dados identificativos do Beneficiário

Nome y Aplicativos:

Parentesco: | Data Nascimiento: ___ / ___ / ___ | BI:

Morada: | Localidade:

C.P.: | - | Distrito: | Telefone/s: /

E-Mail:

Dados Bancarios: | Assinatura do Beneficiario

IBAN P T

Dados identificativos do Beneficiário

Nome y Aplicativos:

Parentesco: | Data Nascimiento: ___ / ___ / ___ | BI:

Morada: | Localidade:

C.P.: | - | Distrito: | Telefone/s: /

E-Mail:

Dados Bancarios: | Assinatura do Beneficiario

IBAN P T

Dados identificativos do Beneficiário

Nome y Aplicativos:

Parentesco: | Data Nascimiento: ___ / ___ / ___ | BI:

Morada: | Localidade:

C.P.: | - | Distrito: | Telefone/s: /

E-Mail:

Dados Bancarios: | Assinatura do Beneficiario

IBAN P T

Inscrita en el R. M. de Madrid, Tomo 4.071, Libro 0, Sección 8, Hoja M-67.736. C.I.F. V28230688

PREST0019 1707/1

Dados identificativos do Beneficiário

Nome y Aplicativos:

Parentesco: Data Nascimiento: ____ / ____ / ____ BI:

Morada: Localidade:

C.P.: - Distrito: Telefone/s: /

E-Mail:

Dados Bancarios: Assinatura do Beneficiario

IBAN PT

Datos identificativos del Beneficiario

Nome y Aplicativos:

Parentesco: Data Nascimiento: ____ / ____ / ____ BI:

Morada: Localidade:

C.P.: - Distrito: Telefone/s: /

E-Mail:

Dados Bancarios: Assinatura do Beneficiario

IBAN PT

Datos identificativos del Beneficiario

Nome y Aplicativos:

Parentesco: Data Nascimiento:____ / ____ / ____ BI:

Morada: Localidade:

C.P.: - Distrito: Telefone/s: /

E-Mail:

Dados Bancarios: Assinatura do Beneficiario

IBAN PT

Datos identificativos del Beneficiario

Nome y Aplicativos:

Parentesco: Data Nascimiento: ____ / ____ / ____ BI:

Morada: Localidade:

C.P.: - Distrito: Telefone/s: /

E-Mail:

Dados Bancarios: Assinatura do Beneficiario

IBAN PT

O Tomador e a(s) Pessoa(s) Segura(s) declaram ter perfeito conhecimento de que os dados recolhidos no âmbito desta proposta serão processados e armazenados num ficheiro sob responsabilidade da PREVISIÓN SANITARIA NACIONAL, PSN, Mútua de Seguros y Reaseguros a Prima Fija - Sucursal em Portugal (doravante, Seguradora PSN), e destinam-se à utilização nas relações contratuais (incluindo para avaliação do risco) com a responsável pelo seu tratamento, a Seguradora PSN, bem como para o cumprimento de obrigações legais a que esta se encontre obrigada. Mais autoriza(m) a Seguradora PSN a recolher e tratar os dados pessoais fornecidos , destinados à efetivação e gestão do contrato de seguro pela Seguradora PSN. Declaram ainda ter conhecimento e autorizam expressamente a recolha, tratamento e comunicação à Seguradora PSN, seus subcontratados, mediadores, resseguradores e empresas do grupo PSN, para os fins referidos. Reconhece(m) estar cientes do seu direito de, a todo o tempo, seja por si ou através de representante, solicitar e obter o acesso à totalidade da informação, podendo solicitar a sua correção, aditamento, ou eliminação, mediante contato direto ou por escrito, junto de qualquer balcão ou agência da Seguradora PSN. O Tomador e a(s) Pessoa(s) Segura(s) compromete(m)-se a manter atualizados todos os dados fornecidos, bem como a nos comunicar qualquer alterçaão aos mesmos ocorrida durante a vigência do contrato. Aceita(m) que poderá haver lugar à transmissão dos seus dados (adequados, pertinentes e não excessivos) a outras entidades seguradoras ou organismos públicos ou privados relacionados com o sector dos Seguros com vista (i) à tramitação de possíveis sinistros, (ii) ao combate à fraude ou (iii) a outro propósito que necessário para a adequada atuação profissional na gestão da sua Apólice ou por razões de Co-seguro ou Resseguro, e mais autoriza(m) a Entidade Seguradora a fazer uso dos seus dados com a finalidade de remeter informação através de qualquer meio de comunicação sobre as actividades, serviços e produtos da mesma ou das empresas do Grupo PREVISIÓN SANITARIA NACIONAL, cuja composição pode ser consultada em http://psn.com.pt/seguros/.

Inscrita en el R. M. de Madrid, Tomo 4.071, Libro 0, Sección 8. Hoja M-67.736. C.I.F. V28230688

PREST0019 1707/1