

Formulário para Pedido de Exercício de Direitos dos Titulares dos Dados

Senhor(a)			
Documento de Identificação			
Número de Identificação Fiscal (NIF) (Campo obrigatório)			
Morada			
Código Postal		-	Localidade
Distrito			
Telefone de Contacto*			
Email de Contacto		@	

NOTA: (*) Não é obrigatório para efetuar pedido. Este campo é solicitado para que possamos comunicar consigo, caso exista alguma dúvida sobre o direito exercido.

Solicita (marcar opções pretendidas):

Consentimento de Oferta de Produtos e Serviços:

Poderá assinalar esta quadrícula caso se oponha ao tratamento e comunicação dos dados de carácter pessoal por parte da MAPFRE | SEGUROS (MAPFRE Seguros Gerais, S.A. NIPC 502 245 816 e MAPFRE Seguros de Vida, S.A. NIPC 509 056 253) para o envio de informações e publicidade sobre ofertas comerciais de produtos e serviços da MAPFRE | SEGUROS (MAPFRE Seguros Gerais, S.A. NIPC 502 245 816 e MAPFRE Seguros de Vida, S.A. NIPC 509 056 253), das diversas entidades do Grupo MAPFRE, assim como de terceiras entidades com as quais qualquer empresa do Grupo MAPFRE tenha celebrado acordos de colaboração. Neste caso não poderemos informá-lo sobre descontos e promoções.

Consentimento de Oferta de Produtos e Serviços: finalidades não comerciais

Poderá assinalar esta quadrícula caso se oponha ao tratamento e comunicação dos dados de carácter pessoal por parte da MAPFRE | SEGUROS (MAPFRE Seguros Gerais, S.A. NIPC 502 245 816 e MAPFRE Seguros de Vida, S.A. NIPC 509 056 253) para o envio de informações e conteúdos sobre a entidade e respetivos serviços gratuitos da MAPFRE | SEGUROS (MAPFRE Seguros Gerais, S.A. NIPC 502 245 816 e MAPFRE Seguros de Vida, S.A. NIPC 509 056 253), das diversas entidades do Grupo MAPFRE, assim como de terceiras entidades com as quais qualquer empresa do Grupo MAPFRE tenha celebrado acordos de colaboração. Neste caso não poderemos informá-lo sobre conteúdos não comerciais, ofertas, brindes e outras vantagens associadas aos planos de fidelização do Grupo MAPFRE.

Exercer outros direitos. Especificar:

local	data	assinatura
-------	------	------------

O **titular dos dados** deverá entregar este formulário devidamente preenchido e acompanhado por uma cópia do documento de identificação que comprova a sua entidade e que seja legalmente válido – Cartão de Cidadão. Caso aja por intermédio de representante legal ou voluntário, deverá facultar uma cópia do documento de identificação do representante e uma cópia do documento comprovativo da representação do titular de dados.

Este formulário poderá ser entregue em qualquer loja, enviado diretamente por correio para a MAPFRE | Seguros; *Rua Dr. António Loureiro Borges, 9 – Ed. Zenith – Miraflores, 1495-131 Algés*, ou enviado por correio eletrónico para o seguinte endereço protecaodedados@mapfre.pt

Quem receber o formulário preenchido deverá enviá-lo de imediato para a **Área de Privacidade e Proteção de Dados**, responsável pela gestão dos direitos dos titulares dos dados através de Correio Interno MAPFRE ou correio eletrónico, indicando com clareza o nome, apelidos, documento de identificação e NIF da pessoa que exerceu os seus direitos, bem como a entidade junto da qual exerceu os direitos e a data em que os exerceu.

Caso pretenda consultar informação adicional deve aceder ao endereço <https://www.mapfre.pt/seguros-pt/protecao-dados/>.