



cuidados saúde

Direitos dos titulares de dados pessoais

1. IDENTIFICAÇÃO DO TITULAR DOS DADOS

Nome ^{a)}

Número de beneficiário / NIF ^{a)}

Documento de identificação ^{a)} CC B.I. Passaporte Título de Residência

Nº do documento ^{a)} Data de validade - -

Morada ^{b)}

Código Postal -

Telefone de contacto Email ^{c)}

a) Preenchimento obrigatório.

b) Preencher caso pretenda o envio dos dados por via Postal.

c) Preencher caso pretenda o envio dos dados por via eletrónica.

2. IDENTIFICAÇÃO DOS SERVIÇOS ÂMBITO DESTE PEDIDO

Selecione a seguir os serviços MEO Cuidados de Saúde sobre os quais pretende exercer os seus direitos enquanto titular de dados pessoais.

Planos de Saúde Serviços Centros Clínicos Serviços Saúde no Trabalho

3. IDENTIFICAÇÃO DO REPRESENTANTE DO TITULAR DOS DADOS ^{d)}

Empresa ^{e)}

Nome ^{f)}

Documento de identificação C.C. B.I.

Nº do documento Data de validade - -

d) Aplicável quando o titular dos dados se faça representar por terceiro com habilitação para esse fim.

e) Aplicável quando o titular dos dados se faça representar por pessoa coletiva.

f) Aplicável quando o titular dos dados se faça representar por pessoa singular.

4. DIREITO QUE PRETENDE EXERCER preenchimento obrigatório

Selecione em baixo o direito que pretende exercer.

Para qualquer destas opções, será necessário comprovar a identidade do titular dos dados mediante a apresentação, ou envio, de documento comprovativo (documento de identificação, Procuração, ou outro).

Indique o(s) direito(s) que pretende exercer enquanto titular de dados pessoais:

Direito de Acesso (4.1) Direito Alteração / Retificação (4.2) Direito de Portabilidade (4.3) Direito ao Apagamento (4.4)
 Direito à Limitação do Tratamento / Direito de Oposição (4.5)

4.1 DIREITO DE ACESSO



cuidados saúde

Direitos dos titulares de dados pessoais

Por favor, especifique a limitação ou oposição pretendida:

5. OBSERVAÇÕES

6. ASSINATURA

Solicito resposta ao pedido formalizado neste documento.

Tomei conhecimento de que a resposta a este pedido será realizada pela MEO - Associação de Cuidados de Saúde num prazo máximo de um mês a contar da data de receção deste pedido. Este prazo pode ser prorrogado até dois meses, quando for necessário, tendo em conta a complexidade do pedido e ou a quantidade de pedidos recebidos.

Data

□□□□ - □□□□ - □□□□□□

Assinatura do titular dos dados conforme C. Cidadão / BI / Passaporte ^{g)}

Assinatura do representante do titular dos dados conforme C. Cidadão / BI ^{h)}

g) Dispensada quando a submissão do pedido seja feita por via eletrónica a partir do endereço de email comunicado ao MEO Cuidados de Saúde.

h) Quando aplicável.

ENTIDADE RESPONSÁVEL PELO TRATAMENTO:

MEO – Associação de Cuidados de Saúde

CONTACTOS DA ENTIDADE RESPONSÁVEL PELO TRATAMENTO:

Av. Fontes Pereira de Melo, 40

1069-300 Lisboa

privacidade.meosaude@meo.pt

ENDEREÇO DO ENCARREGADO DE PROTEÇÃO DE DADOS:

DPO@meo.pt

Nos termos da legislação em vigor, em caso de reclamação, pode contactar diretamente a autoridade de controlo, Comissão Nacional de Proteção de Dados (CNPD). Para mais informações consulte cnpd.pt



cuidados saúde

Direitos dos titulares de dados pessoais

A PREENCHER PELA MEO – ASSOCIAÇÃO DE CUIDADOS DE SAÚDE ⁱ⁾

Nº Solicitação

Planos de Saúde Serviços Centros Clínicos Serviços Saúde no Trabalho

Confirmo, conforme documentação de identificação que me foi apresentada nesta data

Identidade do titular dos dados Identidade do representante legal do titular dos dados
Assinalar o que for aplicável

Nome

Número de colaborador

Data: - -

Assinatura conforme documento de identificação pessoal

i) Preenchimento obrigatório somente para pedidos realizados presencialmente.