**CONSENTIMENTO**

Eu\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ por este meio ortogo à Cochlear Latinoamérica S.A (mais adiante Cochlear) e/ou suas empresas vinculadas e terceiros autorizados, toda informação pessoal, incluindo meu nome, e-mail, endereço para correspondência, telefone e outros dados de contato, data de nascimento, assim como também informação sobre pai/mãe/tutor/cuidador, onde corresponda. Além disto, ortogo meu consentimento para entregar detalhes sobre os dispositivos Cochlear, incluindo os números de série únicos e a data e detalhes da implantação e ativação do dispositivo; e autorizo a Cochlear para que compile e utilize igualmente informação biográfica, nível de duração da hipoacusia e o uso que faz de dispositivos auditivos

Por outro lado, ortogo o direito irrevogável de modificar, usar, reutilizar, publicar e republicar o (os) nome (s) materiais escritos, orçamento (s), imagem (ns), fotografia (s), e/ou filmagem (ns) de vídeo (mais adiante meios) na promoção por ou para Cochlear de produtos e serviços.

Sobre o uso dos meios, aceito o seguinte: (i) sejam utilizados para fins publicitários, comerciais, editoriais, eletrônicos ou qualquer outro propósito legal na promoção por ou para Cochlear de produtos e serviçoes, (ii) este consentimento se ortoga em benefício da Cochlear e terceiros, incluindo, cesionários e os futuros proprietários de direito de autor dos meios. (iii) Reconheço que não receberei remuneração alguma pelo direito a usar os meios. (iv) Libero para a Cochlear e para qualquer pessoa ou companhia que atue sob sua permissão ou autoridade de qualquer reclamação, incluídos os direitos de autor e privacidade. (v) A Cochlear não está obrigada a utilizar os meios.

 Por este meio, igualmente, renuncio a qualquer direito de inspecionar ou aprovar a (s) versão (ões) final (is), incluida (s) copia (s) escrita (s) que também se pode (m) criar.

 Unido ao anterior, também dou meu consentimento para que terceiras pessoas utilizem minha informação pessoal, tais como:

• O cirurgião ou fonoaudiólogo, a clínica ou hospital em que recebo o tratamento e, se corresponde, a seu pai, tutor ou cuidador.

• Terceiros que atuam em nosso nome, como distribuidores ou provedores de serviços.

• Reguladores ou agencias de aplicação da lei que o solicitem, sempre que estejamos satisfeitos de que é legal e apropriado fazê-lo.

A informação pessoal fornecida para a Cochlear pode ser transferida e/ou acessível dentro do Grupo Cochlear e para aqueles que realizam atividades em seu nome dentro e fora de seu país de residência.

Ao preencher este formulário, dou meu consentimento para que a Cochlear compile e processe minha informação pessoal, inclusive informação de saúde, conforme o aviso que se proporciona acima.

**Informação adicional**

Como acessa, atualiza, corrige ou elimina informação pessoal, ou retira seu consentimento?

Você tem direito a retirar seu consentimento a qualquer momento. Além disto, tem o direito de solicitar o acesso, a retificação, a restrição, a portabilidade ou a exclusão de sua informação pessoal, ou de apresentar uma queixa para o regulador de privacidade local se acredita que sua informação pessoal está sendo utilizada de maneira inadequada.

Dirija qualquer pergunta ou solicitação relacionada com a compilação ou uso de sua informação pessoal por parte da Cochlear através de uma das seguintes opções:

• Publicação: Escritório de privacidade, Cochlear Limited, 1 University Ave, Macquarie University, Nueva Gales del Sur, 2109, Australia.

e-mail: privacy@cochlear.com

• Atendimento ao cliente: encontre nossos detalhes de contato de atendimente ao cliente local online em: [www.cochlear.com/la](http://www.cochlear.com/la) o [www.cochlear.com/br](http://www.cochlear.com/br)

**Faça parte do Cochlear Family**

* Para se manter sempre conectado ao seu mundo do som.
* Seja o primeiro a conhecer nossos novos produtos, promoções e ofertas exclusivas para membros.
* Suporte personalizado para melhorar sua experiencia auditiva através do clafamily@cochlear.com
* Oportunidades para conhecer otros membros do Cochlear Family através de convites a eventos especiais.

*[ ] Sim, gostaria de me unir ao Cochlear Family para receber informações da Cochlear sobre como melhorar minha experiência auditiva, assim como atualizações sobre os produtos e serviços da Cochlear, inclusive ofertas exclusivas, pesquisas e convites a eventos.*

Nome: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Data: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\ \_\_\_\_\_\\_\_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_