

Data Início do Contrato Nova Alteração Nº Contrato Nº Sócio

Sindicato

Estabelecimento de Ensino

TOMADOR DO SEGURO

Nome

Sexo F M Data de Nascimento NIF Estado Civil

Morada

Localidade Código-Postal - Nacionalidade

Nº Doc. Identificação Email

Telefone Telemóvel R. Seg. Social /ADSE

Já tinha seguro anterior? Sim Não Qual a seguradora?

BIC/SWIFT IBAN

Profissão

PESSOAS SEGURAS NO PLANO DE SAÚDE

O tomador é uma pessoa segura? Sim Não

PESSOA SEGURA 1:

Preencher se diferente do tomador do seguro

Nome

Sexo F M Data de Nascimento Estado Civil Grau de Parentesco

Nº Doc. Identificação Email

NIF R. Seg. Social /ADSE Nacionalidade

Já tinha seguro anterior? Sim Não Qual a seguradora?

Telefone Telemóvel

PESSOA SEGURA 2:

Nome

Sexo F M Data de Nascimento Estado Civil Grau de Parentesco

Nº Doc. Identificação Email

NIF R. Seg. Social /ADSE Nacionalidade

Já tinha seguro anterior? Sim Não Qual a seguradora?

Telefone Telemóvel

PESSOA SEGURA 3:

Nome

Sexo F M Data de Nascimento Estado Civil Grau de Parentesco

Nº Doc. Identificação Email

NIF R. Seg. Social /ADSE Nacionalidade

Já tinha seguro anterior? Sim Não Qual a seguradora?

Telefone Telemóvel

PESSOA SEGURA 4:

Nome

Sexo F M Data de Nascimento Estado Civil Grau de Parentesco

Nº Doc. Identificação Email

NIF R. Seg. Social /ADSE Nacionalidade

Já tinha seguro anterior? Sim Não Qual a seguradora?

Telefone Telemóvel

PLANO E PAGAMENTO

Tipo / Designação do Plano Forma de pagamento Débito Automático Mediação

Periodicidade de Pagamento Anual Semestral Trimestral Mensal

SEPA Direct Debit Mandate

Referência da autorização (ADD) - a completar pelo credor
Mandate reference - to be completed by the creditor

CREDOR. Os seus direitos incluem a possibilidade de exigir do seu BANCO o reembolso do montante debitado, nos termos e condições acordados com o seu BANCO. O reembolso deve ser solicitado até um prazo de oito semanas, a contar da data do débito na sua conta. Preencha por favor todos os campos assinalados com *.

By signing this mandate form, you authorise the CREDITOR to send instructions to your bank to debit your account and your bank to debit your account in accordance with the instructions from CREDITOR. As part of your rights, you are entitled to a refund from your bank under the terms and conditions of your agreement with your bank. A refund must be claimed within 8 weeks starting from the date on which your account was debited. Please complete all the fields marked *.

IDENTIFICAÇÃO DO DEVEDOR / DEBITORS IDENTIFICATION

*Nome do(s) devedor(es) / Name of the debtor(s)

*Nome da Rua e número / Street name and number

*Código-Postal / Postal Code - *Cidade / City

*País / Country *BIC SWIFT / SWIFT BIC

*Número da conta - IBAN / Account number - IBAN

IDENTIFICAÇÃO DO CREDOR / CREDITORS IDENTIFICATION

Nome do Credor / Name of the creditor M G E N M U T U E L L E G É N É R A L E D E L ' É D U C A T I O N N A T I O N A L E

Identificação do Credor / Creditor Identifier P T 4 5 Z Z Z 1 0 9 7 9 8

Nome da Rua e número / Street name and number R U A C A S T I L H O N º 3 9 - 1 2 º A

Código-Postal / Postal Code 1 2 5 0 - 0 6 8 Cidade / City L I S B O A País / Country P O R T U G A L

TIPO DE PAGAMENTO / TYPE OF PAYMENT

Pagamento Recorrente / Recurrent payment *

LOCAL ONDE ESTÁ A ASSINAR / LOCATION IN WHICH YOU ARE SIGNING

Localidade / Location Data / Date DDMM/AAAA

Assine aqui por favor / Please sign here

*Assinatura(s) / Signature(s)

Os seus direitos, referentes à autorização acima referida, são explicados em declaração que pode obter no seu banco.
Your rights regarding the above mandate are explained in a statement that you can obtain from your bank

MEDIADOR:

Código do Mediador

Nome do Mediador

Assinatura do Mediador

DECLARAÇÃO:

Para os efeitos do presente Contrato, o Tomador do Seguro, e o Aderente declaram que:

- ✓ São exatas e completas as declarações prestadas.
- ✓ Autorizam o tratamento efetuado aos dados pessoais fornecidos e o tratamento de informação que respeite a si recolhida junto de outras entidades para fins de gestão contratual entre a Mútua e os seus subcontratados, de acordo com a obrigação legal a cargo do segurador.
- ✓ As omissões, inexatidões ou falsidades, são da responsabilidade do Tomador de seguro, Aderente e Pessoas Seguras.
- ✓ Autorizam os médicos e outros prestadores de cuidados de saúde a que recorram, no âmbito do presente contrato, a facultar aos serviços clínicos da Mútua ou entidade subcontratada por esta, quaisquer informações relacionadas com os serviços prestados e constantes de eventuais declarações de saúde, e abrangidos pelo segredo profissional, incluindo o seu tratamento informático, com a finalidade exclusiva de gestão de sinistros de saúde, análise estatística, tarificação e auditoria.
- ✓ Tomaram conhecimento de que têm direito de informação, acesso, retificação, adiamento ou supressão dos dados pessoais, mediante comunicação escrita dirigida à Mútua de seguros, de acordo com a obrigação legal a cargo do segurador.
- ✓ Tomaram conhecimento que a cobertura dos riscos só se verifica com o pagamento do prémio anual devido ou fracionamento deste.
- ✓ Concordam que as Condições Gerais e Especiais sejam entregues no sítio internet, indicado nas condições Particulares.
- ✓ Tomaram conhecimento de todas as informações necessárias à celebração do contrato, designadamente de todas as condições contratuais.

Data / Date DDMM/AAAA Assinatura do Tomador