



## Boletim de Adesão (Empresas)

Data Início

Nova

Alteração

Nº Contrato

### TOMADOR DO SEGURO

Nome

### ADERENTE (Colaborador)

Nome

Sexo

F

M

Data de Nascimento

NIF

Estado Civil

Email

Morada

Localidade

Código Postal

Nacionalidade

Doc. Identificação

Telefone

Telemóvel

Seg. Social

/ ADSE

Nº Empregado

Já tinha seguro anterior?

Sim

Não

Nº Contrato

Qual a seguradora?

BIC / SWIFT

IBAN

### PESSOAS A SEGUIRAR

(preencher para todos os elementos do agregado familiar)

### PESSOA SEGURA 1:

Nome

Sexo

F

M

Data de Nascimento

NIF

Estado Civil

Grau de Parentesco

Nacionalidade

Email

R. Seg. Social

/ ADSE

Nº Doc. Identificação

Já tinha seguro anterior?

Sim

Não

Nº Contrato

Qual a seguradora?

Telefone

Telemóvel

## PESSOA SEGURA 2:

Nome					
Sexo	<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	Data de Nascimento		NIF	
Estado Civil			Grau de Parenteso		
Nacionalidade			Email		
R. Seg. Social	<input type="checkbox"/> / ADSE			Nº Doc. Identificação	
Já tinha seguro anterior?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não			Nº Contrato	
Qual a seguradora?					
Telefone			Telemóvel		

## PESSOA SEGURA 3:

Nome					
Sexo	<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	Data de Nascimento		NIF	
Estado Civil			Grau de Parenteso		
Nacionalidade			Email		
R. Seg. Social	<input type="checkbox"/> / ADSE			Nº Doc. Identificação	(aplicável apenas se o pagamento for por débito automático)
Já tinha seguro anterior?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não			Nº Contrato	
Qual a seguradora?					
Telefone			Telemóvel		

## PESSOA SEGURA 4:

Nome					
Sexo	<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	Data de Nascimento		NIF	
Estado Civil			Grau de Parenteso		
Nacionalidade			Email		
R. Seg. Social	<input type="checkbox"/> / ADSE			Nº Doc. Identificação	
Já tinha seguro anterior?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não			Nº Contrato	
Qual a seguradora?					
Telefone			Telemóvel		

## PLANO DE SAÚDE

Designação do Plano

## OBSERVAÇÕES:

## DECLARAÇÃO

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

- a) São exatas e completas as declarações prestadas.
- b) 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.
- c) As omissões, inexactidões ou falsidades, são da responsabilidade do Tomador de seguro, Aderente e Pessoas Seguras.
- d) 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, tarifação e auditoria.
- e) 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.
- f) Tomaram conhecimento que a cobertura dos riscos só se verifica com o pagamento do prémio anual devido ou fracionamento deste.
- g) Concordam que as Condições Gerais e Especiais sejam entregues no sítio internet, indicado nas condições Particulares.

Data / Date

Assinatura do Tomador