



SAÚDE<sup>®</sup> PRIME

Saúde para todos

NOVA ADESÃO

ALTERAÇÃO (Preencha o nº de Contrato e os dados a alterar)

PROPOSTA DE ADESÃO  
SEGURO ORAL

Preencher e enviar por:

• Correio para: Av. Marechal Craveiro Lopes nº6, 1700-284 Lisboa  
• Fax para número: 213519032 • E-mail: comercial@saudeprime.pt

CÓDIGO

DATA DE INÍCIO

Nº CONTRATO

1 - IDENTIFICAÇÃO DO TOMADOR

Nome:  Sexo: F  M

Morada:

Localidade:  Código Postal:

Telefone:  Telemóvel:  Email:

Contribuinte nº:  BI nº:  Data Nasc:

2 - GRUPO SEGURO - Nº DE ADERENTES

N.º de Pessoas Seguras Aderentes, conforme listagem em anexo.  Colaboradores:  Cônjuge:  Descendentes

Preço Anual por Aderente:

3 - MODO DE PAGAMENTO

Modo de pagamento:  Anual  Semestral  Trimestral  Mensal\*

\* O pagamento mensal só poderá ser efectuado por Débito Directo

4 - FORMA DE PAGAMENTO

Pago o valor anual/ semestral/ trimestral/ mensal (riscar o que não interessa) de  Euros através do Sistema de Débitos Directos, pelo que preencho a Autorização de Pagamento. A minha autorização renovar-se-á automaticamente, salvo instruções minhas em contrário.

Pagamento por Referência Multibanco (para os modos de pagamento: trimestral/semestral/anual).

Pago o valor anual através do Cartão de Crédito indicado a seguir. A minha adesão renovar-se-á automaticamente, salvo instruções minhas em contrário.

Nº:  Validade:  /  C.V.V ( Card Value Verification):  (últimos 3 dígitos no verso do cartão)

Autorização de Débito Directo SEPA

Ao subscrever esta autorização, está a autorizar a Saúde Prime (1) a enviar instruções ao seu Banco para debitar a sua conta e o seu Banco a debitar a sua conta, de acordo com as instruções da Saúde Prime (1). 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 \*. O preenchimento dos campos assinalados com \*\* é da responsabilidade do Credor.

Identificação do Devedor

Nome do Devedor\*

Morada\*

Código Postal\*  -  País\*

Número de Conta – IBAN\*  BIC SWIFT\*

Identificação do Credor

Nome do Credor\*\* S A Ú D E P R I M E Código de Identificação do Credor\*\* P T 7 7 Z Z Z 1 0 8 9 3 1

Morada\*\* A V . M A R E C H A L C R A V E I R O L O P E S Nº 6

Cód. Postal\*\* 1 7 0 0 - 2 8 4 L I S B O A País\*\* P O R T U G A L Tipo de Pagamento: Recorrente  Pontual

Local da Assinatura  Data\*  -  -

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

Os seus direitos, referentes à autorização acima referida, são explicados em declaração que pode obter no seu Banco. A Autorização de Débito em Conta constante desta proposta está de acordo com a legislação em vigor.

Declaro conhecer as Condições Gerais e Especiais aplicáveis a este Seguro.

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



**SAÚDE<sup>®</sup> PRIME**

Saúde para todos

## PROPOSTA DE ADESÃO RECOLHA DE CONSENTIMENTOS

Preencher e enviar por:

• Correo para: Av. Marechal Craveiro Lopes nº6, 1700-284 Lisboa  
• Fax para número: 213519032 • E-mail: comercial@saudeprime.pt

CÓDIGO

--	--	--	--	--	--	--	--

DATA DE INÍCIO

		/			/		
--	--	---	--	--	---	--	--

Nº APÓLICE

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

### 1. INFORMAÇÃO CONTRATUAL, AUTORIZAÇÕES E DECLARAÇÕES

#### 1.1. Protecção de Dados Pessoais

De acordo com a legislação em vigor, os dados agora recolhidos, assim como aqueles que vierem a ser fornecidos aquando da participação de um sinistro, serão processados e armazenados informaticamente, sendo utilizados nas relações contratuais com a Saúde Prime e seus subcontratados. As omissões, inexactidões e veracidade dos dados fornecidos são da responsabilidade do Tomador do Seguro. Os interessados podem ter acesso e alterar a informação que lhes diga diretamente respeito, que se encontra em base de dados, solicitando a sua alteração mediante contacto directo junto da Saúde Prime.

#### 1.2. Autorizações para Marketing e Publicidade

O Tomador do Seguro autoriza a utilização dos seus dados pessoais disponibilizados para o envio de futuras campanhas de Marketing e Publicidade da Saúde Prime. Caso não autorize, deve assinar aqui

O Tomador de Seguro autoriza a utilização dos seus dados pessoais disponibilizados para o envio de futuras campanhas de Marketing e Publicidade para empresas que colaborem com a Saúde Prime, bem como de outras empresas que integram a Saúde Prime, sob regime de absoluta confidencialidade. Caso não autorize deve assinar aqui

#### 1.3. Declarações

Tomei conhecimento das Condições Gerais e Condições Especiais disponibilizadas pela Saúde Prime. Respondi de forma exata e completa aos requisitos desta proposta e declarei com exactidão todas as circunstâncias que eu conheço e que são significativas para a apreciação do risco pela Saúde Prime sabendo que, em caso de incumprimento, fico sujeito às normas legais contratuais aplicáveis, de que tomei conhecimento. Tomei conhecimento e autorizo que a Saúde Prime poderá transmitir os dados de identificação das Pessoas Seguras e do respectivo contrato à entidade subcontratada para assegurar os diferentes serviços de assistência previstos no contrato. Autorizo a Saúde Prime a proceder à recolha de outros dados confirmativos ou complementares daqueles, necessários à gestão do contrato. Autorizo também a consulta destes dados, desde que para a finalidade compatível com a determinante da respetiva recolha, pelas empresas que integram o grupo, sob regime de absoluta confidencialidade.

#### 1.4. Assinatura

O Tomador do Seguro declara ter tomado conhecimento do teor das Declarações e Autorizações, subscrevendo-as mediante a sua assinatura.

\_\_\_\_\_  
Local e data

\_\_\_\_\_  
(Assinatura do Tomador do Seguro)