

Nº CONTRATO

CÓDIGO

Preencher e enviar por:
EMAIL inatel.saude@inatel.pt
ou associados@inatel.pt

DATA DE INÍCIO

NOVA ADESÃO

ALTERAÇÃO

Preencha o nº de Contrato e os dados a alterar

1. IDENTIFICAÇÃO DO CLIENTE

(campo a preencher pela pessoa responsável pelo pagamento do Plano Inatel Saúde)

NOME SEXO F M

MORADA

CÓDIGO-POSTAL LOCALIDADE

TELEFONE/ TELEMÓVEL E-MAIL

N.I.F. DATA DE NASCIMENTO Nº ASSOCIADO

2. IDENTIFICAÇÃO DO AGREGADO

NOME DATA DE NASC. N.I.F. SEXO F M

E-MAIL TLM. PARENTESCO: DESCENDENTE CÔNJUGE OUTROS

NOME DATA DE NASC. N.I.F. SEXO F M

E-MAIL TLM. PARENTESCO: DESCENDENTE CÔNJUGE OUTROS

NOME DATA DE NASC. N.I.F. SEXO F M

E-MAIL TLM. PARENTESCO: DESCENDENTE CÔNJUGE OUTROS

NOME DATA DE NASC. N.I.F. SEXO F M

E-MAIL TLM. PARENTESCO: DESCENDENTE CÔNJUGE OUTROS

NOME DATA DE NASC. N.I.F. SEXO F M

E-MAIL TLM. PARENTESCO: DESCENDENTE CÔNJUGE OUTROS

3. OPÇÃO

Inatel Saúde +		Inatel Saúde Platina		Nº Pessoas	Valor Total	€
Nº Pessoas	valor/mês/pessoa	Pessoas	valor/mês/pessoa			
1	8.70€	1ª pessoa	13.60€ 2)			
2	7.20€	2ª pessoa	11.25€			
3	6.50€	3ª pessoa	11.25€			
4	5.60€	4ª pessoa	11.25€			
5	4.50€	5ª pessoa	11.25€			
6	4.10€	6ª pessoa	11.25€			

Modo de pagamento 1):
 Anual Trimestral
 Semestral Mensal

1) Caso o associado escolha o fracionamento mensal, pagará inicialmente, as 3 primeiras frações.
 2) O preço da primeira pessoa é sempre fixo independentemente do nº de pessoas que sejam adicionadas ao contrato.

	Inatel Saúde +	Inatel Saúde Platina
Rede Médica	X	X
Rede Médica Dentária	X	
Rede Médica Dentária (com alguns atos médicos gratuitos)		X
Rede de Saúde e Bem Estar	X	X
Rede de Enfermagem	X	X
Check Up Anual (40€)	X	X
Assistência Médica ao Domicílio	X	X
Vídeo-Consulta		X

Assinatura

Data

Preencher e enviar por:
EMAIL inatel.saude@inatel.pt
ou associados@inatel.pt

4. FORMA DE PAGAMENTO

- Pago por **Referência Multibanco** (para os modos de pagamento: trimestre/semestre/anual).
- Pago o valor anual/ semestral/ trimestral/ mensal (riscar o que não interessa) de através do **Sistema de Débitos Diretos**, pelo que preencho a Autorização de Débito Direto SEPA. A minha autorização renovar-se-á automaticamente, salvo intruções minhas em contrário.

(preenchimento interno)

IDENTIFICAÇÃO DO CREDOR

NOME DO CREDOR	S A Ú D E P R I M E	CÓDIGO DE IDENTIFICAÇÃO DO CREDOR	1 0 5 9 4 6
MORADA	A V . M A R E C H A L C R A V E I R O L O P E S N ° 6		
CÓDIGO-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
 RECURRENTE
 PONTUAL

IDENTIFICAÇÃO DO DEVEDOR

NOME DO DEVEDOR*			
Nº DE CONTA - IBAN*		BIC SWIFT*	
		DATA *	

Assinatura/carimbo* A assinatura deverá ser igual à do banco.

Os seus direitos referentes à autorização acima referida, são explicados em declaração que pode obter junto da sua instituição. A autorização de débito em conta constante desta proposta está de acordo com a legislação em vigor.

Ao subscrever esta autorização, está a autorizar a Saúde Prime (1) a enviar instruções ao seu banco para 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 *.

5. TRATAMENTO DE DADOS PESSOAIS – DEVER DE INFORMAÇÃO

A FUTURE HEALTHCARE - CORPORATE SERVICES, UNIPessoal LDA. (FH CORPORATE) é a entidade responsável pelo tratamento dos dados pessoais do Aderente e Beneficiários constantes da presente proposta e bem assim todos aqueles que vierem a ser fornecidos no decorrer da relação contratual, com o objetivo de efetuar a gestão da mesma no âmbito do produto contratado.

Quaisquer omissões, inexatidões e falsidades, referentes ou relacionadas com a informação necessária para o tratamento de dados pessoais efetuado no âmbito da relação contratual, são da responsabilidade do titular dos dados. Sem prejuízo do exposto, nos casos em que no processo de adesão o Aderente principal faculte os dados de identificação e/ou de contato dos Beneficiários, designadamente nome, data de nascimento e contatos (e-mail e telefone) e número de contribuinte, o mesmo assume total responsabilidade pela veracidade dos mesmos e declara estar autorizado a facultá-los à FH CORPORATE para efeitos de adesão ao produto.

A FH CORPORATE poderá transmitir os dados pessoais dos titulares dos dados para os seus subcontratados, podendo inclusivamente comunicar os mesmos a outras empresas do Grupo Económico a que a FH CORPORATE pertence, no caso o Grupo Future Healthcare e/ou com entidades terceiras para efeitos de colaboração e/ou viabilização da execução dos contratos, sempre e quando tais entidades possuam medidas técnicas e organizativas adequadas ao cumprimento da legislação em vigor em matéria de dados pessoais.

A FH CORPORATE assegura aos titulares dos dados os direitos reconhecidos pela legislação em vigor, designadamente os direitos de acesso, retificação, apagamento, limitação do tratamento, portabilidade e direito de oposição nas situações de definições de perfis e interesse legítimo do responsável pelo tratamento, bem como o direito de reclamação junto da autoridade de controlo – Comissão Nacional de Proteção de Dados, cujos detalhes de contacto podem ser consultados em www.cnpd.pt.

Para exercer os direitos que são consagrados o Titular dos Dados deverá fazê-lo através do formulário disponível para o efeito e/ou dos contatos indicados na Política de Privacidade disponível em <https://future-health.care/pt-pt-politica-de-privacidade/>. Para mais informações sobre a forma como tratamos os seus dados pessoais deverá aceder às Condições Gerais Contratuais do produto, bem como à política de privacidade disponível em <https://future-health.care/pt-pt-politica-de-privacidade/>.

O Aderente declara assim ter tido conhecimento das informações supra prestadas, dos direitos que lhe assistem e das necessidades de transferência de dados pessoais para a execução do contrato conforme enunciado.