



- SEGURO NOVO**
- ALTERAÇÃO**
Preencha o nº de apólice e os dados a alterar
- TRANSFERÊNCIA**
Assinale, se transferência de pelo menos uma pessoa segura

PROPOSTA DE ADESÃO
PLANO SAÚDE PRIME

Preencher e enviar por:
CORREIO Av. Marechal Craveiro Lopes 6,
1700-284 Lisboa
EMAIL comercial@saudeprime.pt

Nº APÓLICE

DATA DE INÍCIO

CÓDIGO

1. IDENTIFICAÇÃO DO TOMADOR DO SEGURO

NOME

SEDE

CÓDIGO-POSTAL LOCALIDADE

TELEFONE/ TELEMÓVEL EMAIL

NIPC

2. GRUPO SEGURO - N.º ADERENTES

N.º DE PESSOAS SEGURAS ADERENTES, CONFORME LISTAGEM EM ANEXO

COLABORADORES

CÔNJUGES

DESCENDENTES

PREÇO ANUAL POR ADERENTE*

*A preencher pela Saúde Prime.

- Plano Saúde Prime Base
- Plano Saúde Prime Ideal
- Plano Saúde Prime Oral

3. MODO DE PAGAMENTO

ANUAL SEMESTRAL TRIMESTRAL MENSAL* *O pagamento mensal só poderá ser efetuado através do Sistema de Débito Direto (SDD).

4. FORMA DE PAGAMENTO

- Pagamento por Referência Multibanco (para os modos de pagamento: trimestral/semestral/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 presente autorização renovar-se-á automaticamente, salvo instruções em contrário.

AUTORIZAÇÃO DE DÉBITO DIRETO SEPA (preenchimento interno)

IDENTIFICAÇÃO DO CREDOR

NOME DO CREDOR SAÚDE PRIME CÓDIGO DE IDENTIFICAÇÃO DO CREDOR 1 0 5 9 4 6

MORADA AV. MARECHAL CRAVEIRO LOPES N.º 6

CÓDIGO-POSTAL* 1 7 0 0 - 2 8 4 LISBOA PAÍS PORTUGAL

TIPO DE PAGAMENTO
RECORRENTE PONTUAL

IDENTIFICAÇÃO DO DEVEDOR

NOME DO DEVEDOR*

N.º 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 à entidade bancária supra referida para debitar da conta bancária indicada, 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 *.

