



N.º Apólice: DI56252574

Canal: www.medis.pt

Contrato: Novo

A assinatura e envio deste impresso para a Médis é imprescindível para o pagamento dos prémios de seguro inerentes ao contrato, na periodicidade acordada.

#### TOMADOR DO SEGURO

**Nome:** COMPAN GAUTHIER**Morada:** RUA DA CORREDOURA**Código Postal:** 4990-599 FACHA**Data de Nascimento:** 02-01-2001**Sexo:** Masculino**Número de Identificação Fiscal:** 332974375**E-mail:** yazhgar30@gmail.com

#### DATA INÍCIO, TIPO DE CONTRATO E PRÉMIOS

**Data Início:** 01-11-2025 (sujeito ao pagamento do prémio ou fração inicial)**Tipo de Contrato:** Um Ano e Seguintes**Periodicidade de Pagamento do Prémio:** Mensal**Prémio Total / Prestação (1º Ano):** € 151,25

#### AUTORIZAÇÃO DE DÉBITO DIRETO/CRÉDITO SEPA

**Titular da Conta:** COMPAN GAUTHIER

Autorizo o Banco a proceder ao pagamento à Médis - Companhia Portuguesa de Seguros de Saúde, S.A., do prémio relativo ao Seguro contratado na periodicidade acordada.

**Banco Número de Conta - IBAN** PT50 3560 0001 90018109231 26**BIC SWIFT****Tipo de pagamento:** Pagamento recorrente  ou Pagamento pontual 

Ao subscrever esta autorização, está a autorizar (i) a Médis - Companhia Portuguesa de Seguros de Saúde, S.A. a enviar instruções ao seu Banco para debitar a sua conta e (ii) o seu Banco a debitar a sua conta, de acordo com as instruções da Médis - Companhia Portuguesa de Seguros de Saúde, S.A.

Os seus direitos, referentes à autorização acima referida, são explicados em declaração que pode obter no seu Banco e 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. Alertamos, no entanto, para o facto de que a satisfação do pedido de reembolso por parte do seu Banco, não extingue a obrigação de pagamento do prémio em causa, nem as eventuais responsabilidades decorrentes do consequente incumprimento do contrato de Seguro.

Na situação de pagamento de quaisquer valores decorrentes do presente contrato de Seguro, deverá ser feito o crédito na mesma conta, salvo instruções expressas em contrário.

No caso de subscrição em contas conjuntas ou mistas, é necessário o acordo expresso dos contitulares aos termos da subscrição, devendo a presente instrução de pagamento ser assinada de acordo com as condições de movimentação da conta de depósito à ordem.

**Local e Data:** Quarteira - fira, 5 de Novembro de 2025

**Assinatura dos Titulares da Conta:**

(Conforme Ficha de Assinaturas, ou Documento de Identificação, e de acordo com as condições de movimentação da conta de depósito à ordem)

P.f. envie para a Médis por email

**Email:** aderir@medis.pt

