

DATA DE ENTRADA

<b>Motivo:</b>	<b>Data Efeito:</b>	<b>Data Aprovação:</b>	<b>Visto</b>
Inclusão	<input type="checkbox"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/>
Alteração	<input type="checkbox"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/>	Em caso de alteração, preencher apenas o número de apólice e os campos a alterar.	
Exclusão	<input type="checkbox"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/>		

**Nota:** As zonas a tracejado são para preenchimento do Segurador. - Preencha os espaços em letra de imprensa. - Assinale com cruz "X" os casos aplicáveis.

1

**CLIENTE / TOMADOR DO SEGURO**

Nome	<input type="text"/>
Plano	<input type="text"/> N.º Apólice <input type="text"/>

Se a Pessoa Segura 1 já é Cliente, indique por favor um dos seguintes elementos

N.º Cliente	<input type="text"/>	N.º Apólice	<input type="text"/>	Matrícula	<input type="text"/>
N.º Contribuinte	<input type="text"/>				

**PARTICIPANTE - Pessoa Segura 1 (PS1) - Preencher apenas se diferente do Tomador do Seguro**

Transferência de seguro de saúde?	Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/>	Qual a data de início desse seguro?	<input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/>
Indique o valor do capital de Hospitalização coberto por esse seguro: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> €			
Nome	<input type="text"/>		
Título/Sigla	<input type="text"/>		
Morada	<input type="text"/>		
N.º	<input type="text"/>	Andar	<input type="text"/>
Código Postal	<input type="text"/>		
Localidade	<input type="text"/>		
País Morada	<input type="text"/>		
N.º Contribuinte	<input type="text"/>	Nacionalidade	<input type="text"/>
País Naturalidade	<input type="text"/>	Dupla Nacionalidade:	Não <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/>
País	<input type="text"/>		
Cliente Individual	Data Nascimento	<input type="text"/>	Sexo: M <input checked="" type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>
Profissão	<input type="text"/>		
Código Estatístico	<input type="text"/>		
Cliente Coletivo	CAE	<input type="text"/>	
Descrição	<input type="text"/>		
Formas de representação da empresa:	Sede Social <input type="checkbox"/>	Sucursal <input type="checkbox"/>	Outro <input type="checkbox"/>
País da Sede Social	<input type="text"/>		
Existem sócios com uma participação >= 25% no capital ou direito de voto? Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> (indique no mod. 5500-321 Minuta de Sócios)			
N.º Empregados:	1 a 4 <input type="checkbox"/>	5 a 9 <input type="checkbox"/>	10 a 19 <input type="checkbox"/>
20 a 49 <input type="checkbox"/>	50 a 199 <input type="checkbox"/>	+ de 200 <input type="checkbox"/>	
Telefone	<input type="text"/>	Telemóvel	<input type="text"/>
Fax	<input type="text"/>		
E-mail	<input type="text"/>		

2

**INDICAÇÃO DE DADOS PARA MOVIMENTOS FINANCEIROS**

O IBAN abaixo indicado serve para efetuar o reembolso de despesas de saúde por crédito na sua conta, conforme referido na Proposta, bem como para a cobrança de eventuais valores adiantados pelo Segurador e não garantidos ao abrigo da apólice - em caso de Extensão Territorial a Espanha e/ou Estados Unidos da América ou Angola - nos termos mencionados em baixo.

**Autorização de Débito Direto SEPA** ☒  
SEPA Direct Debit Mandate

Referência da autorização (ADD) a completar pelo Credor.  
Mandate reference - to be completed by the creditor.

Ao subscrever esta autorização, está a autorizar o CREDOR a enviar instruções ao seu BANCO para debitar a sua conta e, simultaneamente, a autorizar o seu BANCO a debitar a sua conta, de acordo com as instruções do CREDOR.  
 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 \*.

By signing this mandate form, you authorise the CREDITOR to send instructions to your BANK to debit your account and authorise your BANK as well to debit your account in accordance with the instructions from CREDITOR.  
As part of your rights, you are entitled to a refund from your BANK under the terms and conditions of your agreement with your BANK. A refund must be claimed within 8 weeks starting from the date on which your account was debited. Please complete all the fields marked \*.

**Identificação do Devedor**  
Debtor identification

Nome do(s) Devedor(es) / Name of the debtor(s)*	<input type="text"/>
Nome de rua e número / Street name and number*	<input type="text"/>
Código Postal / Postal code*	<input type="text"/> - <input type="text"/> Cidade / City* <input type="text"/>
País / Country*	<input type="text"/>
Número de conta - IBAN / Account number - IBAN*	<input type="text"/>
BIC SWIFT / SWIFT BIC	<input type="text"/>

**Identificação do Credor**

Creditor identification

Nome do Credor /  
Creditor name

SEGURADORAS UNIDAS, S.A.

Identificação do Credor /  
Creditor identifier

PT18100002

Nome de rua e número /  
Street name and number

AV. DA LIBERDADE, 242

Código Postal / Postal code

1250 - 149

Cidade / City

LISBOA

País / Country

PORTUGAL

**Tipos de pagamento**

Type of payments

Pagamento recorrente / Recurrent payment ☒**Local onde está a assinar**

Location in which you are signing

Localidade / Location

Data / Date

**Assinar aqui por favor:**

Please sign here

Assinatura(s) / Signature(s)\*

Os seus direitos, referentes à autorização acima referida, são explicados em declaração que pode obter no seu Banco.  
Your rights regarding the above mandate are explained in a statement that you can obtain from your bank.

3

**AGREGADO FAMILIAR**Transferência de seguro de saúde? Não ☐ Sim ☐

Qual a data de início desse seguro?

Indique o valor do capital de Hospitalização coberto por esse seguro:

€

Nome

Título/Sigla

Morada

N.º

Andar

Código Postal

Localidade

Nacionalidade

Data Nascimento

Sexo M ☐ F ☐

Estado Civil

B.I. / C. C.

Data preferencial de contacto (resposta ao questionário clínico):

(dia útil)

Horário: 9h-12h ☐12h-14h ☐14h-16h ☐16h-18h ☐18h-20h ☐Contacto preferencial: Telefone ☐Telemóvel ☐

Telefone

Telemóvel

Fax

E-mail

Nome a constar no Cartão

Transferência de seguro de saúde? Não ☐ Sim ☐

Qual a data de início desse seguro?

Indique o valor do capital de Hospitalização coberto por esse seguro:

€

Nome

Título/Sigla

Morada

N.º

Andar

Código Postal

Localidade

Nacionalidade

Data Nascimento

Sexo M ☐ F ☐

Estado Civil

B.I. / C. C.

Data preferencial de contacto (resposta ao questionário clínico):

(dia útil)

Horário: 9h-12h ☐12h-14h ☐14h-16h ☐16h-18h ☐18h-20h ☐Contacto preferencial: Telefone ☐Telemóvel ☐

Telefone

Telemóvel

Fax

E-mail

Nome a constar no Cartão

Transferência de seguro de saúde? Não ☐ Sim ☐

Qual a data de início desse seguro?

Indique o valor do capital de Hospitalização coberto por esse seguro:

€

Nome

Título/Sigla

Morada

Transferência de seguro de saúde? Não ☐ Sim ☐ Qual a data de início desse seguro?  -  -

Indique o valor do capital de Hospitalização coberto por esse seguro: ,  €

Nome   
 Título/Sigla

Morada   
 N.º  Andar  Código Postal  -

Localidade  Nacionalidade

Data Nascimento  -  -  Sexo M ☐ F ☐ Estado Civil  B.I. / C. C.

Data preferencial de contacto (resposta ao questionário clínico):  -  -  (dia útil)

Horário: 9h-12h ☐ 12h-14h ☐ 14h-16h ☐ 16h-18h ☐ 18h-20h ☐

Contacto preferencial: Telefone ☐ Telemóvel ☐

Telefone  Telemóvel  Fax

E-mail

Nome a constar no Cartão

---

---

---

---

---

---

PS1 My new email contact frame

PS2 \_\_\_\_\_

PS3 \_\_\_\_\_

PS4 \_\_\_\_\_

PS5 \_\_\_\_\_