

5500-220-201805-02



## Declaração Individual de Adesão

Página 1 de 3

AdvanceCare Saúde Individual

		DATA DE ENTRADA
Motivo:	Data Efeito: Data Aprovação: Visto	
Inclusão		
Alteração	Em caso de alteração, preencher apenas o número de apólice e os campos a alterar.	
Exclusão		
	Nota: As zonas a tracejado são para preenchimento do Segurador Preencha os espaços em letra de imprensa Assinale com cruz	"X" os casos aplicáveis.
4	CLIENTE / TOMADOR DO SEGURO	
	N.º Apólice	
	Se a Pessoa Segura 1 já é Cliente, indique por favor um dos seguintes elementos	
	N.º Cliente N.º Apólice Matrícula	
	N.º Contribuinte	
-	PARTICIPANTE - Pessoa Segura 1 (PS1) - Preencher apenas se diferente do Tomador do Seguro	
	Fransferência de seguro de saúde? Não Sim Qual a data de início desse seguro?	
	ndique o valor do capital de Hospitalização coberto por esse seguro:	
	10000 (1000) 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1	Título/Sigla
1	10rada (B) U a da Qui m ta do Pi m C QO	
	N.º PIX Andar (1° Q q Código	Postal 6300 - 420
ı	ocalidade GUANDA País Morada Po 14	ugadill
1	N.º Contribuinte 222734590 Nacionalidade Pontuguas	
		v g a l l l
	Cliente Individual Data Nascimento 25-04-4956 Sexo: MX F	ístico
	Cliente Coletivo CAE Descrição	
	Formas de representação da empresa: Sede Social Sucursal Outro País da Sede Social	
	Existem sócios com uma participação >= 25% no capital ou direito de voto? Não Sim (indique no mod. 5500-321 Minuta	de Sócios)
	N.º Empregados: 1 a 4 5 a 9 10 a 19 20 a 49 50 a 199 + de 200	
	Telefone Telemóvel Fax	
6	E-mail	
4	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 com	o 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 Angol	a - nos termos mencionados em baixo.
	Autorização de Débito Direto SEPA X 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 autoriza 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 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 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 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)*	
	Nome de rua e número / Street name and number*	
	Código Postal / Postal code* Cidade / City*	
	País / Country*	
	Número de conta - IBAN / BIC SW Account number - IBAN*	

Identificação do Credo Creditor identification	r
Nome do Credor /	SEGURADORAS UNIDAS, S.A.
Creditor name Identificação do Credor /	PT18100002
Creditor identifier	
Nome de rua e número / Street name and number	AV. DA LIBERDADE, 242
Código Postal / Postal code	1250 - 149 Gidade / City LISBOA
País / Country	PORTUGAL
Tipos de pagamento	Pagamento recorrente / Recurrent payment $(\overline{X})$
Type of payments Local onde está a assin	nar
Location in which you are	signing Localidade /
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 FAN	ULIAR
	SZIĘS Grejti Chit Pincanica sen (jam galinje in Passine, Scopije sije) Ponjugajo in Zovije sistema (SCO) prima
Transferência de seguro de	saúde? Não Sim Qual a data de início desse seguro?
-	e Hospitalização coberto por esse seguro:
Nome	
	Título/Sigla
Morada	
7.03000	
	N.º Andar Código Postal -
Localidade (	
Data Nascimento	- Sexo M F Estado Civil B.I. / C. C.
Data preferencial de contact	to (resposta ao questionário clínico): (dia útil)
	h-14h 14h-16h 16h-18h 18h-20h
<u> </u>	
Contacto preferencial: Te	Telemóvel
Telefone	Telemóvel Fax Fax
E-mail	
Nome a constar no Cartão	
folio esta esta esta esta esta esta esta esta	Signification of the contraction
Transferência de seguro de	
-	
	e Hospitalização coberto por esse seguro:
Nome (	
	Titulo/Sigla
Morada	
1.01aca	
	N.º Andar Código Postal
1,ocalidade	Nacionalidade Nacionalidade
Data Nascimento	- Sexo M F Estado Civil B.I. / C. C.
Data preferencial de contac	to (resposta ao questionário clínico): (dia útil)
_	
	h-14h 14h-16h 16h-18h 18h-20h
Contacto preferencial: Te	elefone Delemóvel Elefone
Telefone	Telemóvel Fax Fax
E-mail	
Nome a constar no Cartão	
September 200 per a la propie de la companya de la	
Transferência de seguro de	
Indique o valor do capital d	e Hospitalização coberto por esse seguro:
Nome	
ПП	Títuto/Sigla
Morada (	

5500-220-201805-02 Página 2 de 3

	N.º Andar Código Postal
	Localidade Nacionalidade Nacionalidade
	Data Nascimento
	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
	(Perconfermal of (Post)   Congrige Congress (Emitralismon Nichology Sequence) (Descent operation) (Nichology September 1)
	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 Nome
	Título/Sigla (
	Morada Morada
	N.º Andar Código Postal
	Localidade Nacionalidade Nacionalidade
	Data Nascimento - Sexo M F Estado Civil B.I. / C. C.
	Data preferencial de contacto (resposta ao questionário clínico):
	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
	OBSERVAÇÕES
	OBBINACOLE
31:	ZVZORITAN VATINITATORACANO ASTOTETIRITAS
	despesas de saúde realizadas no âmbito de prestações indemnizatórias deverão ser apresentadas a pagamento no prazo máximo de 180 dias, exceto em situações que tenham existido edimentos objetivos de o fazer no prazo estípulado.
III	edimentos dojenvos de o raze no prazo estipulado.
100	$x(t,T_{t},T_{t})$
ΟF	Participante/Pessoa Segura garante a exatidão e completude das declarações prestadas na presente Proposta sob pena de incorrer nas consequências previstas nos artigos 25.º e 26.º do
Keg Em omi	Participante/Pessoa Segura garante a exatidão e completude das declarações prestadas na presente Proposta sob pena de incorrer nas consequências previstas nos artigos 25.º e 26.º do gime Jurídico do Contrato de Seguro (DL n.º 72/2008 de 16 de abril). Nesta conformidade, caso se trate de uma inexatidão ou omissão dolosa, o contrato será anulado e os sinistros recusados. caso de inexatidão ou omissão negligente, o contrato será alterado e os sinistros recusados. de inexatidão ou omissão negligente, o contrato será alterado e os sinistros seinistros porção da diferença entre o prémio pago e o prémio que seria devido se o facto inexato ou tido fosse conhecido, sem prejuizo da possibilidade do Segurador poder anular o contrato caso se comprove que em caso algum o teria celebrado se tivesse conhecido o facto omitido ou
ine	kato.
ďa	alquer alteração à morada ou sede do Participante/Pessoa Segura acima indicada deverá ser comunicada, por carta registada com aviso de receção, ao Segurador no prazo de 30 dias a contar data em que se verifica, sob pena das comunicações ou notificações que o Segurador venha a efetuar para a morada desatualizada serem consideradas válidas e eficazes.
	O PARTICIPANTE / PESSOAS SEGURAS
	PSI Ment Erral Contr. Engine
	O CLIENTE / TOMADOR DO SEGURO PS2
_	PS3
	PS4
	PS5

5500-220-201805-02

Página 3 de 3