

# Plano de Saúde da Quidgest

## Ficha de Inscrição de Beneficiário Titular

(Anexar documentos comprovativos)

|                      |                   |  |                          |
|----------------------|-------------------|--|--------------------------|
| Nº de Trabalhador    | _____             |  |                          |
| Nome                 | _____             |  |                          |
| Data de Nascimento   | ___ / ___ / _____ | Telefone de Contacto                   | _____                    |
| Cartão de Cidadão nº | _____             | Contribuinte nº                        | _____                    |
| E-mail               | _____             |  |                          |
| Morada de Residência | _____             |  |                          |
| Localidade           | _____             | Código Postal                          | _____ – _____            |
| Freguesia            | _____             | Concelho                               | _____                    |
| Distrito             | _____             | Adesão ao Serviço Médico ao Domicílio: |                          |
| IBAN <sup>(1)</sup>  | _____             | Sim                                    | <input type="checkbox"/> |
|                      |                   | Não                                    | <input type="checkbox"/> |

(1) O IBAN indicado neste campo será comunicado à Multicare para pagamento de reembolsos. Deverá coincidir com o IBAN autorizado para débitos.

### Tratamento de dados pessoais

Os dados pessoais recolhidos, ou outros que nos venha a fornecer, serão tratados nos termos da legislação aplicável, nomeadamente da Lei nº 67/98, de 26 de outubro e do Regulamento (UE) 2016/679 do Parlamento Europeu e do Conselho, de 27 de abril de 2016 (“RGPD”), com efeitos a 25 de maio de 2018. Este tratamento tem como finalidade a adesão ao Plano de Saúde da Quidgest e a operacionalização e prestação dos serviços inerentes a este Plano. Estes dados são indispensáveis e de fornecimento obrigatório e serão tratados pela MEO – Associação de Cuidados de Saúde (“MEO – ACS”).

Os dados que sejam estritamente necessários poderão ser transmitidos a entidades parceiras, para efeitos de operacionalização e prestação dos serviços contratados, bem como a outras entidades, nos termos legais aplicáveis, nomeadamente Autoridades Tributárias e Tribunais.

Os dados serão conservados pelo período de tempo necessário à prestação dos serviços. É garantido o seu direito de acesso, retificação e atualização através dos contactos disponibilizados pelo MEO Cuidados de Saúde.

O MEO Cuidados de Saúde protege a sua privacidade e toda a informação que nos disponibiliza, incluindo os seus dados pessoais, nos termos da respetiva Política de Privacidade disponível em [acs.pt](http://acs.pt) e que deve conhecer e rever periodicamente.

### Declaração de Inscrição no Plano de Saúde

Declaro ter conhecimento integral das regras e condições relativas ao Plano de Saúde, ao qual tive acesso e ao qual pretendo aderir, cujo regime aceito sem reservas e por cujo cumprimento integral me responsabilizo.

Declaro ter lido e entendido a informação constante desta Ficha de Inscrição pelo que assumo a inteira responsabilidade de alguma omissão ou inexactidão dos dados pessoais ou demais informações prestadas.

Reconheço e assumo a responsabilidade pela defesa da privacidade dos dados pessoais do meu agregado familiar aos quais terei acesso no âmbito da utilização deste Plano.

Autorizo o débito mensal, na minha conta bancária, sem qualquer limitação, de todas as quantias que sejam apuradas pelo MEO Cuidados de Saúde, relativas, designadamente: ao cofinanciamento dos benefícios que se mostrem devidos nos termos do Plano de Saúde; à ultrapassagem de “plafonds” (limites e sub-limites anuais); a atos excluídos do âmbito do referido Plano de Saúde; à co-participação por ato médico, quer me sejam referentes, quer respeitem aos membros do agregado familiar que por mim sejam inscritos e ao cofinanciamento anual referente ao meu agregado.

Mais declaro autorizar o registo e tratamento, designadamente informático, dos dados aqui inscritos e de caracterização do meu agregado, e a sua transmissão a entidades parceiras, exclusivamente para operacionalização do plano de saúde e prestação do serviço contratado bem como a partilha com outras entidades, decorrente de exigências legais, nomeadamente Autoridades Tributárias e Tribunais.

Li e aceito os termos da Política de Privacidade do MEO Cuidados de Saúde que se encontra publicada em [acs.pt](http://acs.pt).

Data \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_

Assinatura do Beneficiário Titular \_\_\_\_\_  
(conforme Cartão de Cidadão)

## Plano de Saúde da Quidgest

Documentos comprovativos

### Prazo de Inscrição e período de carência

De acordo com o regulamento do plano de saúde, o beneficiário-titular deve apresentar o pedido de inscrição no **prazo de 30 dias** após a data que confere o direito à inscrição (data de admissão na empresa), findo o qual serão aplicados os períodos de carência previstos no regulamento.

**ALERTA:** Em caso de dificuldade na obtenção dos documentos comprovativos no prazo de 30 dias, o beneficiário-titular deverá pelo menos remeter, dentro do prazo, o pedido de inscrição ao MEO Cuidados de Saúde anexando esta ficha de inscrição devidamente preenchida e assinada. A entrega dos restantes documentos é obrigatória para a conclusão do pedido e deve ser feita com a maior brevidade possível.

### Titular

- Fotocópia do Cartão de Cidadão <sup>(1)</sup>
- Comprovativo de vínculo contratual à Empresa, e respetiva data
- Impresso de “Autorização de Débito Direto”
- Comprovativo de IBAN

*(1) Caso não pretenda disponibilizar uma cópia do cartão de cidadão, a adesão terá de ser feita de forma presencial. Para esse efeito, solicitamos contacto para o nº de telefone 21 311 66 01 (Chamada para a rede fixa nacional) (opção “Adesões, quotas e regime de crédito” para esclarecimentos adicionais).*