

# Formulário de Substituição de Titular

(Anexar documentos comprovativos)

Nº do Beneficiário Titular	<input type="text"/>	/	<input type="text"/>
Nome do Beneficiário Titular	<input type="text"/>		
(máx. 58 caracteres, incluindo espaços)	<input type="text"/>		
Nome do Substituto de Titular	<input type="text"/>		
(máx. 58 caracteres, incluindo espaços)	<input type="text"/>		
Data de Nascimento	<input type="text"/>	/	<input type="text"/>
Telefone de Contacto	<input type="text"/>		
Cartão de Cidadão nº	<input type="text"/>	Contribuinte Fiscal nº	<input type="text"/>
E-mail	<input type="text"/>		
Morada de Residência (máximo 58 caracteres)	<input type="text"/>		
Localidade de Residência	<input type="text"/>	Código Postal	<input type="text"/>
Freguesia de Residência	<input type="text"/>	Concelho de Residência	<input type="text"/>
Distrito de Residência	<input type="text"/>		
IBAN (1)	<input type="text"/>		

(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 operacionalização e prestação dos serviços inerentes a este Plano. Estes dados são indispensáveis e de fornecimento obrigatório e serão tratados pelo MEO Cuidados de Saúde.

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 substituição de titular

Declaro ter lido e entendido a informação constante desta Ficha pelo que assumo a inteira responsabilidade como substituto do titular perante o MEO Cuidados de Saúde e por alguma omissão ou inexactidão dos dados pessoais ou demais informações prestadas.

Reconheço e assumo a responsabilidade pela privacidade dos dados pessoais do agregado familiar do beneficiário titular referido em cima e 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, que respeitem aos membros do agregado familiar inscritos no referido Plano 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 Substituto de Titular \_\_\_\_\_

(conforme BI/Cartão de Cidadão)

## Substituição de Titular

Autorização do agregado para acesso à informação pelo novo responsável

Nome	Parentesco	Assinatura (Conforme BI/Cartão de Cidadão)

Data  /  /

### Documentos comprovativos:

#### Substituto de Titular

- Fotocópia do BI / Cartão de Cidadão <sup>(1)</sup>
- Impresso de "Autorização de Débito Direto"
- Comprovativo de IBAN

<sup>(1)</sup> Caso não pretenda disponibilizar uma cópia do documento de identificação, a entrega deste documento 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).