

Formulário de Pré-Adesão

(a disponibilizar a potenciais interessados)



Formulário de pré-adesão Multicare

Submeta o seu pedido com antecedência, de forma a garantir a assinatura do contrato do novo seguro (preferencialmente) até 15 dias antes do fim da validade da inscrição na ACS

1. IDENTIFICAÇÃO DO BENEFICIÁRIO

Nome

Cartão de Cidadão / Bilhete de Identidade

Nº de Beneficiário

Nº de Cliente Multicare Nº Contribuinte

2. IDENTIFICAÇÃO DO AGREGADO

Incluídos na ACS A incluir na MULTICARE

Parentesco	Idade	Nº de Beneficiário	S	N
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3. INFORMAÇÃO PARA CONTACTO

Nº telefone Nº telemóvel

E-mail

4. DECLARAÇÃO E ASSINATURA

Informo que estou interessado na subscrição de um seguro de saúde junto da Multicare, de forma a garantir a continuidade da minha assistência na saúde através daquela entidade, pelo que dou o meu acordo para ser contactado(a) com vista à formação do respetivo processo e obtenção de mais informação.

Para este efeito, declaro autorizar o tratamento e a transmissão de dados pessoais, nomeadamente informático, pela ACS e pelas entidades suas parceiras, para efeitos da minha avaliação.

O(A) Beneficiário(a)

Data

Assinatura conforme Cartão de Cidadão / Bilhete de Identidade

Identificação do Beneficiário

Nome
Cartão Cidadão/Bilhete de Identidade
Nº de beneficiário
Nº Cliente Multicare
Nº Contribuinte

Identificação do Agregado

Incluídos na ACS:

Parentesco
Idade
Nº de beneficiário

A incluir na MULTICARE:

Sim
Não

Informação para contacto

Nº Telefone
Nº Telemóvel
E-mail

Declaração e Assinatura

Informo que estou interessado na subscrição de um seguro de saúde junto da Multicare, de forma a garantir a continuidade da minha assistência na saúde através daquela entidade, pelo que dou o meu acordo para ser contactado(a) com vista à formação do respetivo processo e obtenção de mais informação.

Para este efeito, declaro autorizar o tratamento e a transmissão de dados pessoais, nomeadamente informático, pela ACS e pelas entidades suas parceiras, para efeitos da minha avaliação.