

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 no MEO Cuidados de Saúde

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 no MEO Cuidados de Saúde A incluir na MULTICARE

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

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, pelo MEO Cuidados de Saúde e pelas entidades suas parceiras, para efeitos da minha avaliação.

Data

O(A) Beneficiário(a)

Assinatura conforme Cartão de Cidadão / Bilhete de Identidade

Declaração:
Este formulário de pré-adesão será apresentado a Aon Portugal, S.A. ("Aon Portugal"), pessoa coletiva inscrita no Conservatório do Registo Comercial de Lisboa, sob o número 500 946 726, com sede na Av. da Liberdade, 249 - 2º - 2350-143 Lisboa, inscrita no Autoridade de Supervisão de Seguros e Fundos de Pensões, nos Ramos Vida e não-Vida, sob o nº 407215462/7, Capacidade (Reservista e Seguro de Responsabilidade Civil, de acordo com o previsto no art.º 7.º/2.º/1.º), de 16 de janeiro, para efeitos de avaliação da proposta de adesão, bem como para a finalidade de apoiar as intervenções na obtenção de informações e na formalização dos contratos de seguro junto da Multicare. Os seus dados pessoais serão tratados para as finalidades acima referidas, sendo sempre sempre possível para Aon Portugal pedir a eliminação ou a anonimização dos mesmos.

A Aon Portugal irá atuar como responsável pelo tratamento dos seus dados pessoais. Pode consultar a sua Política de Privacidade em <https://www.aon.com/portugal/politica-de-privacidade>. A Aon Portugal tratará os seus dados com base na sua necessidade para os diligências pré-contratuais do contrato de seguro do qual o interessado será parte, bem como com base no interesse legítimo. Enquanto titular dos dados poderá exercer os seus direitos previstos na legislação de proteção de dados aplicável e descritos na Política de Privacidade da Aon Portugal, devendo, para tal, enviar um pedido nesse sentido para privacy@son.pt. Pode também contactar o Encarregado de Proteção de Dados da Aon Portugal para o email gdpr@son.pt.

Identificação do Beneficiário

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

Identificação do Agregado Incluídos no MEO Cuidados de Saúde:

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, pelo MEO Cuidados de Saúde e pelas entidades suas parceiras, para efeitos da minha avaliação.