

Formulário de pré-adesão Multicare

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 PT ACS

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"/>				

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 PT ACS e pelas entidades suas parceiras, nomeadamente a Sabseg e a Multicare, para efeitos da minha avaliação.

O(A) Beneficiário(a)

Data

Assinatura conforme Cartão de Cidadão / Bilhete de Identidade