

Sindicato: _____

N.º Sócio: _____

Proposta de Plano Mutualista de Saúde					
Data Início do Contrato	Proposta <input type="checkbox"/> Nova <input type="checkbox"/> Alteração		N.º Contrato	N.º Produto	
Código do Mediador	Nome do Mediador		Assinatura do Mediador		
1. Tomador de Seguro - pessoa que se responsabiliza pelo pagamento dos prémios					
Título	Primeiro Nome	Outros Nomes		Apelido	
Rua	N.º do Edifício		Piso	N.º Segurança Social	
Localidade	Código Postal		N.º ADSE		
Concelho	País		Telefone	Fax	
E-mail	Situação Familiar ^(a)		Profissão		
Nacionalidade	N.º Contribuinte		Tipo de Documento de Identificação <input type="checkbox"/> B.I. <input type="checkbox"/> Passaporte <input type="checkbox"/> Cartão de Cidadão		N.º Doc. Identificador
2. A incluir no Plano de Saúde					
					N.º Pessoas no Plano
Título ^(b) 1	Primeiro Nome	Outros Nomes		Apelido	
Data Nascimento	ADSE <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	N.º ADSE	Sexo M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	N.º de Contribuinte	Grau de parentesco entre Pessoa Segura e Aderente
Título 2	Primeiro Nome	Outros Nomes		Apelido	
Data Nascimento	ADSE <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	N.º ADSE	Sexo M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	N.º de Contribuinte	Grau de parentesco entre Pessoa Segura e Aderente
Título 3	Primeiro Nome	Outros Nomes		Apelido	
Data Nascimento	ADSE <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	N.º ADSE	Sexo M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	N.º de Contribuinte	Grau de parentesco entre Pessoa Segura e Aderente
Título 4	Primeiro Nome	Outros Nomes		Apelido	
Data Nascimento	ADSE <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	N.º ADSE	Sexo M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	N.º de Contribuinte	Grau de parentesco entre Pessoa Segura e Aderente
Título 5	Primeiro Nome	Outros Nomes		Apelido	
Data Nascimento	ADSE <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	N.º ADSE	Sexo M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	N.º de Contribuinte	Grau de parentesco entre Pessoa Segura e Aderente
3. Tipo de Plano e Pagamento					
Tipo de Plano: GC4 <input type="checkbox"/> G14 <input type="checkbox"/>		Forma de Pagamento: Débito Automático <input checked="" type="checkbox"/> Mediação <input type="checkbox"/>			
Periodicidade de Pagamento <input checked="" type="checkbox"/> Mensal (GC4/G14)				Prémios de acordo com Simulação em Anexo	
4. Autorização de Débito em Conta					
Nome			Banco		
Rua	N.º do Edifício	Piso	Dependência do Banco		Localidade do Banco
Localidade		Código Postal	NIB - Número de Identificação Bancária		
Exmos. Senhores, Por débito na conta indicada, queiram proceder ao pagamento das importâncias que lhe foram apresentadas pela Companhia MGEN relativas a este contrato.					
Data da Autorização do Débito Automático em Conta			Assinatura do Titular da Conta		
_____ / _____ / _____					
5. Declaração					
Para efeitos do Presente Contrato o Tomador de Seguro declara que tomou conhecimento de todas as informações necessárias à celebração do contrato, designadamente de todas as condições contractuais.					
Data _____ / _____ / _____ Assinatura do Tomador _____					

(a) Solteiro, Casado, Divorciado, Viúvo, União de Facto.

(b) Aderente, pessoa que recebe as indemnizações.

A preencher pela Companhia.