

**BOLETIM DE ADESÃO
SEGURO DE GRUPO - SAÚDE**

Sócio N.º

Formulário de Boletim de Adesão de Seguro Novo

Nº de Titular

Apólice N.º

(a preencher pela companhia)

Formulário de Boletim de Adesão de Alteração à Apólice

(a preencher pela Companhia)

É OU FOI CLIENTE DA TRANQUILIDADE?

SIM NÃO

Os dados recolhidos serão processados e armazenados informaticamente e destinam-se à utilização nas relações contratuais com a Companhia e seus Subcontratados. As omissões, inexactidões e falsidades, quer no que respeita a dados de fornecimento obrigatório, quer facultativo, são da responsabilidade do cliente. Os interessados podem ter acesso à informação que lhes diga diretamente respeito solicitando a sua correção, aditamento ou eliminação, mediante contato direto ou por escrito, junto das sucursais da Companhia.

TOMADOR

Nome

Morada Contribuinte nº

Freguesia Concelho C. Postal - Telef.

SÓCIO (todos os campos são de preenchimento obrigatório)

Nome

(Nunca abreviar os dois primeiros e os dois últimos nomes)

Morada

Freguesia Concelho C. Postal - Telef.

Data de Nascimento - - Sexo Estado Civil Contribuinte nº

Nº Beneficiário ADSE / Outro B.I. Arquivo

IBAN (para efeitos de participação de reembolsos)

AGREGADO FAMILIAR A INCLUIR

Cônjuge N.º Beneficiário ADSE / Outro

Nome Data Nasc. - - NIF

FILHOS

1-Nome Data Nasc. - - NIF

2-Nome Data Nasc. - - NIF

3-Nome Data Nasc. - - NIF

OPÇÃO PRETENDIDA

Modalidade A

Modalidade B

O Sócio declara que tomou conhecimento:

a) Que a falta de pagamento dos prémios devidos suspende automaticamente as garantias;

b) Das Condições Gerais, Especiais e Particulares disponíveis em www.sabseg.com/spm;

c) Que, de acordo com o estipulado na Condições Gerais, a receção do presente Boletim Individual de Adesão não pressupõe a aceitação da respetiva adesão ao Contrato de Seguro, podendo a Seguradora ainda solicitar informações clínicas, relatórios ou questionários médicos complementares para efeitos de avaliação do risco.

O Sócio

