

Formulário de Adesão Seguro Saúde Aptca

ATENÇÃO: Terá que ser preenchido um formulário para cada pessoa que pretenda aderir ao seguro.

Nome completo:

Condição: ☐ 1. Associado

Nome guerra Associado:

☐ 2. Familiar

Profissão:

Morada:

Código postal:

Localidade:

Data Nascimento:

Nº BI:

NIF:

IBAN:

Email:

Telefone:

Estado Civil: ☐ Solteiro ☐ Casado ☐ União de facto ☐ Divorciado ☐ Viúvo

Sexo: ☐ Feminino ☐ Masculino Opção do plano de Saúde AdvanceCare: ☐ Base ☐ Completo

Seguro: ☐ Novo seguro ☐ Transferência do seguro já existente

Nome que queres que conste no cartão:

Condições gerais para acesso ao Seguro de Saúde

1. Ser Sócio APTCA e ter as quotas regularizadas;
2. Novas inscrições como Associados, ou reentradas, que permitem a adesão aos seguros de saúde APTCA devem antes observar todas as condições estatutárias em vigor;
3. A adesão aos seguros de seguro saúde APTCA é extensível aos familiares directos dos Sócios da APTCA;
4. O cancelamento da inscrição de sócio na APTCA, leva ao cancelamento imediato do seguro para o próprio e também dos familiares directos que estejam estiverem a usufruir do mesmo;
5. A falta de pagamento da apólice leva automaticamente ao cancelamento da mesma;
6. A APTCA não se responsabiliza em momento algum por qualquer suspensão que possa ocorrer decorrente da falta de pagamento do seguro ou do cancelamento da condição de Sócio APTCA que permite aos familiares directos usufruir do mesmo;
7. Os familiares que reúnam condições para serem associados APTCA e queiram aceder aos seguros de saúde devem obrigatoriamente ser sócios APTCA;

☐ **Li e aceito as condições acima referidas para adesão ao seguro de saúde da Aptca e comprometo-me a cumpri-las.**

☐ **Declaro que todas as informações acima prestadas são verdadeiras e assumo inteira responsabilidade pelas mesmas. Tomei conhecimento que as falsas declarações poderão levar à exclusão deste seguro.**

_____ de _____ de 20____

Assinatura