

**BOLETIM DE ADESÃO
SEGURO DE GRUPO - SAÚDE**Sócio N.º ☐ Formulário de Boletim de Adesão de Seguro NovoN.º de Titular Apólice N.º ☐ 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.

TOMADORNome 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 N.º 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) De uma 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