CCD CASCAIS

Formulário de Adesão ao Seguro de Saúde

Apólice MGEN

Informações Pessoais

Data de Adesão ___/___/_____

Nome completo do Associado Titular	
Morada	
Localidade	Código Postal
Telemóvel	email
Entidade	Nº Informático/Associado
Data de nascimento (DD/MM/AAAA)	
Nº Contribuinte	

Dados bancários para efeitos de reembolso

Número de Conta IBAN

Agregado Familiar (1)

Nome
Data de nascimento (DD/MM/AAAA)
Nº Contribuinte
Relação com o titular

Agregado Familiar (2)

Nome
Data de nascimento (DD/MM/AAAA)
Nº Contribuinte
Relação com o titular

Agregado Familiar (3)

Nome

Data de nascimento (DD/MM/AAAA)

Nº Contribuinte

Relação com o titular

Agregado Familiar (4)

Nome

Data de nascimento (DD/MM/AAAA)

Nº Contribuinte

Relação com o titular

Em conformidade com o regulamento (EU) 2016/679 de 27 abril de 2016, relativamente à proteção de pessoas singulares no que diz respeito ao tratamento de dados pessoais e à circulação desses dados, autorizo a utilização dos meus dados pessoais pelo CCD, exclusivamente para tratamento administrativo.

A titular pessoa segura deve informar diretamente o CCD de qualquer alteração às informações prestadas, tais como:

1- Alteração das informações prestadas neste formulário;
2- Novas adesões ao agregado;
3- Intenção de anulação deste seguro;
4- Rescisão de funções ou mobilidade da entidade municipal.

Assinatura do titular

Cascais, _____ de _____202__