

Declaração de Corresponsável de Pagamento de Dívida

Reconhecimento de Dívida e Promessa de Pagamento

(Por favor preencher com letra legível, em maiúsculas)

_____ (*nome do corresponsável*),
nascido em ____ / ____ / ____ residente em _____,
localidade _____ código postal _____ - _____,
titular do Bilhete de Identidade/Cartão de Cidadão nº _____, com validade até
____ / ____ / ____, e do nº de identificação fiscal (NIF) _____, declara, para os devidos
efeitos legais que é corresponsável pelo pagamento da dívida resultante do adiantamento
financeiro no montante de _____ € (*valor por extenso* _____),
concedido a _____ (*nome completo do
beneficiário*), nº de identificação fiscal (NIF) _____, beneficiário nº _____ / _____
do Plano de Saúde Clássico da MEO, S.A. gerido pela “MEO-Associação de Cuidados de Saúde”
(MEO-ACS), crédito esse, que respeita ao adiantamento supra solicitado, conforme condições e
procedimentos em vigor que conhece e aceita, concedido pela MEO-ACS para o pagamento de
ato(s)/serviço(s) médico(s), no prestador _____ conforme
comprovativo apresentado por prescrição/orçamento anexo.

Reconhece ainda que, se aquele valor não for utilizado para o fim acima referido, o beneficiário
incurrerá numa violação do Plano de Saúde, que poderá conduzir à perda definitiva da qualidade
de beneficiário titular e do seu agregado familiar, de acordo com o previsto no mesmo.

Declara ainda, que este reconhecimento interrompe todo e qualquer prazo de prescrição que
possa ser invocado quanto ao crédito supra referido, bem como impede a caducidade do direito
de reclamar judicial ou extra judicialmente este crédito.

Mais declara, comprometer-se a liquidar a dívida, nas prestações não liquidadas pelo beneficiário
acima indicado/responsável.

(*local/data*) _____, ____ de _____ de _____

O(A) Declarante

(*Assinatura igual ao BI/CC*)