

# Seguro de Saúde Corporativo I - Médis

## Ficha de Inscrição de Beneficiário Titular

(Anexar documentos comprovativos)

Nº de Trabalhador	_____		
Nome	_____		
Data de Nascimento	____ / ____ / ____	Telefone de Contacto	_____
Cartão de Cidadão nº	_____	Contribuinte nº	_____
E-mail	_____		
Morada de Residência	_____		
Localidade	_____	Código Postal	_____ - _____
Freguesia	_____		
Distrito	_____		
IBAN <sup>(1)</sup>	_____		
Adesão ao Serviço Médico ao Domicílio:			
Sim <input type="checkbox"/>		Não <input type="checkbox"/>	

(1) O IBAN indicado neste campo será comunicado à Médis para pagamento de reembolsos. Deverá coincidir com o IBAN autorizado para débitos.

### Tratamento de dados pessoais

Os dados pessoais recolhidos, ou outros que nos venha a fornecer, serão tratados nos termos da legislação aplicável, nomeadamente da Lei nº 67/98, de 26 de outubro e do Regulamento (UE) 2016/679 do Parlamento Europeu e do Conselho, de 27 de abril de 2016 ("RGPD"), com efeitos a 25 de maio de 2018. Este tratamento tem como finalidade a adesão ao Seguro de Saúde Corporativo I e a operacionalização e prestação dos serviços inerentes a este Seguro. Estes dados são indispensáveis e de fornecimento obrigatório e serão tratados pela MEO – Associação de Cuidados de Saúde ("MEO – ACS").

Os dados que sejam estritamente necessários poderão ser transmitidos a entidades parceiras, para efeitos de operacionalização e prestação dos serviços contratados, bem como a outras entidades, nos termos legais aplicáveis, nomeadamente Autoridades Tributárias e Tribunais.

Os dados serão conservados pelo período de tempo necessário à prestação dos serviços. É garantido o seu direito de acesso, retificação e atualização através dos contactos disponibilizados pelo MEO Cuidados de Saúde.

O MEO Cuidados de Saúde protege a sua privacidade e toda a informação que nos disponibiliza, incluindo os seus dados pessoais, nos termos da respetiva Política de Privacidade disponível em [meocuidadossauda.pt](http://meocuidadossauda.pt) e que deve conhecer e rever periodicamente.

### Declaração de Inscrição no Seguro de Saúde

Declaro ter conhecimento integral das regras e condições relativas ao Seguro de Saúde, ao qual tive acesso e ao qual pretendo aderir, cujo regime aceito sem reservas e por cujo cumprimento integral me responsabilizo.

Declaro ter lido e entendido a informação constante desta Ficha de Inscrição pelo que assumo a inteira responsabilidade de alguma omissão ou inexatidão dos dados pessoais ou demais informações prestadas.

Reconheço e assumo a responsabilidade pela defesa da privacidade dos dados pessoais do meu agregado familiar aos quais terei acesso no âmbito da utilização deste Seguro.

Autorizo o débito mensal, na minha conta bancária, sem qualquer limitação, de todas as quantias que sejam apuradas pelo MEO Cuidados de Saúde, relativas, designadamente: ao cofinanciamento dos benefícios que se mostrem devidos nos termos do Seguro de Saúde; à ultrapassagem de "plafonds" (limites e sub-limites anuais); a atos excluídos do âmbito do referido Seguro de Saúde; à co-participação por ato médico, quer me sejam referentes, quer respeitem aos membros do agregado familiar que por mim sejam inscritos e ao cofinanciamento anual referente ao meu agregado.

Mais declaro autorizar o registo e tratamento, designadamente informático, dos dados aqui inscritos e de caracterização do meu agregado, e a sua transmissão a entidades parceiras, exclusivamente para operacionalização do seguro de saúde e prestação do serviço contratado bem como a partilha com outras entidades, decorrente de exigências legais, nomeadamente Autoridades Tributárias e Tribunais.

Li e aceito os termos da Política de Privacidade do MEO Cuidados de Saúde que se encontra publicada em [meocuidadossauda.pt](http://meocuidadossauda.pt).

Data \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Assinatura do Beneficiário Titular \_\_\_\_\_

(conforme Cartão de Cidadão)

## Seguro de Saúde Corporativo I - Médis

### Documentos comprovativos

#### Prazo de Inscrição e período de carência

De acordo com o regulamento do seguro de saúde, o beneficiário-titular deve apresentar o pedido de inscrição no **prazo de 30 dias** após a data que confere o direito à inscrição (data de admissão na empresa), findo o qual serão aplicados os períodos de carência previstos no regulamento.

**ALERTA:** *Em caso de dificuldade na obtenção dos documentos comprovativos no prazo de 30 dias, o beneficiário-titular deverá pelo menos remeter, dentro do prazo, o pedido de inscrição ao MEO Cuidados de Saúde anexando esta ficha de inscrição devidamente preenchida e assinada. A entrega dos restantes documentos é obrigatória para a conclusão do pedido e deve ser feita com a maior brevidade possível.*

#### Titular

- Fotocópia do Cartão de Cidadão <sup>(1)</sup>
- Comprovativo de vínculo contratual à Empresa, e respetiva data
- Impresso de “Autorização de Débito Direto”
- Comprovativo de IBAN

<sup>(1)</sup> Caso não pretenda disponibilizar uma cópia do cartão de cidadão, a adesão terá de ser feita de forma presencial. Para esse efeito, solicitamos contacto para o nº de telefone 21 311 66 01 (Chamada para a rede fixa nacional) (opção “Adesões, quotas e regime de crédito” para esclarecimentos adicionais).