

Plano de Saúde Corporativo Tipo II

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 _____	Concelho _____
Distrito _____	Adesão ao Serviço Médico ao Domicílio:
IBAN ⁽¹⁾ _____	Sim ☐ Não ☐

(1) O IBAN indicado neste campo será comunicado à Multicare 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 Plano de Saúde Corporativo II e a operacionalização e prestação dos serviços inerentes a este Plano. Estes dados são indispensáveis e de fornecimento obrigatório e serão tratados pela Altice – 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 meocuidadossaude.pt e que deve conhecer e rever periodicamente.

Declaração de Inscrição no Plano de Saúde

Declaro ter conhecimento integral das regras e condições relativas ao Plano 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 inexactidão dos dados pessoais ou demais informações prestadas.

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

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, às contribuições e comparticipações que se mostrem devidas nos termos deste Plano de Saúde, bem como ao eventual recurso a serviços excluídos do âmbito do referido Plano de Saúde, quer me sejam referentes, quer respeitem aos membros do agregado familiar que por mim sejam inscritos.

Mais declaro autorizar o registo e tratamento, designadamente informático, dos dados para operacionalização do plano de saúde e a respetiva transmissão a entidades parceiras, no âmbito e para a prestação dos serviços contratados, bem como a partilha com outras entidades, decorrente de exigências legais, nomeadamente Autoridades Tributárias e Tribunais.

Data ____ / ____ / ____

Assinatura do Beneficiário Titular _____

(conforme Cartão de Cidadão)

Plano de Saúde Corporativo Tipo II

Documentos comprovativos

Prazo de Inscrição e período de carência

De acordo com o regulamento do plano 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 ⁽¹⁾
- Comprovativo de vínculo contratual à Empresa, respetiva data
- Impresso de “Autorização de Débito Direto”
- Comprovativo de IBAN

⁽¹⁾ 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).