



Proposta de Plano de Saúde Mutualista (Empresas)

Data Início do Contrato

01-11-2019

Nova



Alteração



Nº Contrato

TOMADOR DO SEGURO

Nome **CINFU - Centro de Formação Profissional da Indústria de Fundição**

Morada **Rua Delfim Ferreira, 800-840**

Localidade **Porto**

Código-Postal

4100

199

Email

NIPC

501957910

Telefone

226175760

Telemóvel

Já tinha seguro anterior?



Sim



Não

Nº Contrato

Qual a seguradora?

Atividade **Formação Profissional**

CAE

85591

PESSOAS A SEGUIR

Nº Total de Colaboradores ao serviço da empresa

21

Nº Total de Colaboradores a incluir no seguro

21

Inclusão de Agregados Familiares

Facultativa



Sim



Não



Observação: Anexar 1 Boletem de Adesão para cada aderente ou enviar ficheiro Excel fornecido para o efeito.

PLANO E PRÉMIOS DE ACORDO COM SIMULAÇÃO ANEXA

Prémio anual indicado na simulação

8 507,37 €

Designação do plano escolhido

Empresas - Essencial

PAGAMENTO

Forma de pagamento



Débito Automático



Mediação

Periodicidade de pagamento



Anual



Semestral



Trimestral



Mensal

SEPA Direct Debit Mandate

Referência da autorização (ADD) - a completar pelo credor

Mandate reference - to be completed by the creditor

CREDITOR: Os seus direitos incluem a possibilidade de exigir do seu BANCO a realização do montante debitado, nos termos e condições acordados com o seu BANCO. O reembolso deve ser solicitado até um prazo de nove semanas, a contar da data do débito na sua conta. Preencha por favor todos os campos assinalados com *.

By signing this mandate form, you authorize the CREDITOR to send instructions to your bank to debit your account and your bank to debit your account in accordance with the instructions from CREDITOR. As part of your rights, you are entitled to a refund from your bank under the terms and conditions of your agreement with your bank. A refund must be claimed within 8 weeks starting from the date on which your account was debited. Please complete all the fields marked *.

IDENTIFICAÇÃO DO DEVEDOR / DEBTOR IDENTIFICATION

*Nome do(s) devedor(es) / Name of the debtor(s)

*Nome da Rua e número / Street name and number

*Código-Postal / Postal Code

*Cidade / City

*País / Country

*BIC SWIFT / SWIFT BIC

*Número da conta - IBAN / Account number - IBAN

IDENTIFICAÇÃO DO CREDOR

Nome do Credor / Name of the creditor

MGEN MUTUELLE GÉNÉRALE DE L'ÉDUCATION NATIONALE

Identificação do Credor / Creditor Identifier

PT 45ZZZ109798

Nome da Rua e número / Street name and number

RUA CASTILHO, n.º 39 - 12.º H

*Código-Postal / Postal Code

1250

068

*Cidade / City

LISBOA

*País / Country

PORTUGAL

TIPO DE PAGAMENTO

Pagamento Recorrente / Recurrent payment *

X

LOCAL ONDE ESTÁ A ASSINAR / LOCATION IN WHICH YOU ARE SIGNING

Localidade / Location

Porto

Data / date

31-10-2019

Assine aqui por favor / Please sign here

CINFU - Centro de Formação Profissional
da Indústria de Fundição

*Assinatura(s) / Signature(s)

Os seus direitos, referentes à autorização acima referida, são explicados em declaração que pode obter no seu banco.
Your rights regarding this above mandate are explained in a statement that you can obtain from your bank

MEDIADOR

Código do Mediador

Nome do Mediador

Villas-Boas - ACP Archer e Camacho - Corretores de Seguros, SA

Assinatura do Mediador

DECLARAÇÃO

Para os efeitos do presente Contrato, o Tomador do Seguro, e o Aderente declaram que:

- São exatas e completas as declarações prestadas.
- Autorizam o tratamento efetuado aos dados pessoais fornecidos e o tratamento de informação que respeite a si recolhida junto de outras entidades para fins de gestão contratual entre a Mútua e os seus subcontratados, de acordo com a obrigação legal a cargo da MGEN.
- As omissões, inexatidões ou falsidades, são da responsabilidade do Tomador de seguro, Aderente e Pessoas Seguras.
- Autorizam os médicos e outros prestadores de cuidados de saúde a que reconam, no âmbito do presente contrato, a facultar aos serviços clínicos da Mútua ou entidade subcontratada por esta, quaisquer informações relacionadas com os serviços prestados e constantes de eventuais declarações de saúde, e abrangidos pelo segredo profissional, incluindo o seu tratamento informático, com a finalidade exclusiva de gestão de sinistros de saúde, análise estatística, tarificação e auditoria.
- Tomaram conhecimento de que têm direito de informação, acesso, retificação, adiamento ou supressão dos dados pessoais, mediante comunicação escrita dirigida à Mútua de seguros, de acordo com a obrigação legal a cargo da MGEN.
- Tomaram conhecimento que a cobertura dos riscos só se verifica com o pagamento do prémio anual devido ou fracionamento deste.
- Concordam que as Condições Gerais e Especiais sejam entregues no sítio internet, indicado nas condições Particulares.

Data / Date

31-10-2019

**CINFU - Centro de Formação Profissional
da Indústria de Fundição**

Assinatura do Tomador do Seguro: