

Formulário de pré-adesão Multicare

Submeta o seu pedido com antecedência, de forma a garantir a assinatura do contrato do novo seguro (preferencialmente) até 15 dias antes do fim da validade da inscrição na ACS

1. IDENTIFICAÇÃO DO BENEFICIÁRIO

Nome

Cartão de Cidadão / Bilhete de Identidade

Nº de Beneficiário

Nº de Cliente Multicare Nº Contribuinte

2. IDENTIFICAÇÃO DO AGREGADO

Incluídos na ACS

A incluir na MULTICARE

Parentesco

Idade

Nº de Beneficiário

S N

Parentesco	Idade	Nº de Beneficiário	S	N
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

3. INFORMAÇÃO PARA CONTACTO

Nº telefone Nº telemóvel

E-mail

4. DECLARAÇÃO E ASSINATURA

Informo que estou interessado na subscrição de um seguro de saúde junto da Multicare, de forma a garantir a continuidade da minha assistência na saúde através daquela entidade, pelo que dou o meu acordo para ser contactado(a) com vista à formação do respetivo processo e obtenção de mais informação.

Para este efeito, declaro autorizar o tratamento e a transmissão de dados pessoais, nomeadamente informático, pela ACS e pelas entidades suas parceiras, para efeitos da minha avaliação.

O(A) Beneficiário(a)

Data

Assinatura conforme Cartão de Cidadão / Bilhete de Identidade

Disclaimer:

Este formulário de pré-adesão será transmitido à Aon Portugal, S.A. ("Aon Portugal"), pessoa coletiva inscrita na Conservatória do Registo Comercial de Lisboa, sob o número 500 946 728, com sede na Av. da Liberdade, 249 – 2º - 1250-143 Lisboa, inscrita na Autoridade de Supervisão de Seguros e Fundos de Pensões, nos Ramos Vida e não Vida, sob o n.º 607155481/3, Capacidade financeira e Seguro de Responsabilidade Civil, de acordo com o previsto na Lei n.º 7/2019, de 16 de janeiro, que, enquanto Mediador de seguros, tratará os dados pessoais que nele constam com a finalidade de apoiar os interessados na obtenção de simulações e na formalização dos contratos de seguro junto da Multicare. Os seus dados pessoais serão tratados para as finalidades acima referidas, sendo apenas conservados pela Aon Portugal pelo prazo estritamente necessário para a prossecução das mesmas. A Aon Portugal irá atuar como responsável pelo tratamento dos seus dados pessoais. Pode consultar a sua Política de Privacidade em <https://www.aon.com/portugal/politica-de-privacidade>. A Aon Portugal tratará os seus dados com base na sua necessidade para as diligências pré-contratuais do contrato de seguro do qual o interessado será parte, bem como com base no interesse legítimo. Enquanto titular dos dados poderá exercer os seus direitos previstos na legislação de proteção de dados aplicável e descritos na Política de Privacidade da Aon Portugal, devendo, para tal, enviar um pedido nesse sentido para suporte.seguros@aon.pt. Pode também contactar o Encarregado de Proteção de Dados da Aon Portugal para o email dpo.portugal@aon.pt.