

Identificação da Empresa

Denominação Social _____

NIPC _____ AMI n.º _____ APEMIP n.º _____

Morada _____

Cód. Postal _____ - _____ Localidade _____

Telefone _____ Telemóvel _____ Fax _____

NIB _____ Banco _____ Balcão _____

(para pagamento de prémio)

Beneficiário APEMIP

Nome _____

Morada _____

Cód. Postal _____ - _____ Localidade _____

Telefone _____ Email _____

NIF _____ Data de Nascimento _____ Sexo: Masculino Feminino

NIB _____ Banco _____ Balcão _____

(para pagamento de prémio)

Segundo Beneficiário

Nome _____

Morada _____

Cód. Postal _____ - _____ Localidade _____

Telefone _____ Email _____

NIF _____ Data de Nascimento _____ Sexo: Masculino Feminino

NIB _____ Banco _____ Balcão _____

(para pagamento de prémio)

Terceiro Beneficiário

Nome _____

Morada _____

Cód. Postal _____ - _____ Localidade _____

Telefone _____ Email _____

NIF _____ Data de Nascimento _____ Sexo: Masculino Feminino

NIB _____ Banco _____ Balcão _____

(para pagamento de prémio)

Quarto Beneficiário

Nome _____

Morada _____

Cód. Postal _____ - _____ Localidade _____

Telefone _____ Email _____

NIF _____ Data de Nascimento _____ Sexo: Masculino Feminino

NIB _____ Banco _____ Balcão _____
(para pagamento de prémio)

Quinto Beneficiário

Nome _____

Morada _____

Cód. Postal _____ - _____ Localidade _____

Telefone _____ Email _____

NIF _____ Data de Nascimento _____ Sexo: Masculino Feminino

NIB _____ Banco _____ Balcão _____
(para pagamento de prémio)

Declaração de Privacidade

Os dados recolhidos têm como exclusiva finalidade o requerimento da subscrição do Seguro de Saúde. A APEMIP comunica obrigatoriamente os dados à TRANQUILIDADE.

Tomei conhecimento e aceito que os meus dados pessoais sejam comunicados à seguradora TRANQUILIDADE, tendo como propósito a subscrição do seguro de saúde.

Assinatura e carimbo da empresa

Declaro que tomei conhecimento das condições gerais de adesão

Assinatura _____

Data _____