

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 _____