



SÓCIO NR.: _____

DATA: ____/____/____

FICHA DE INSCRIÇÃO NO SEGURO DE SAÚDE

PREENCHER TODOS OS CAMPOS

Nome Completo																	
Escola/Serviço											Data de Nascimento						
B.I./C.C.											E-mail Pessoal						
NIF											E-mail Institucional						
Morada																	
Cód. Postal						Localidade						Telemóvel					
IBAN																	

Relação de familiares aderentes																
Nome Completo																
Grau de Parentesco											Data de Nascimento					
NIF																

Nome Completo																
Grau de Parentesco											Data de Nascimento					
NIF																

Nome Completo																
Grau de Parentesco											Data de Nascimento					
NIF																

Nome Completo																
Grau de Parentesco											Data de Nascimento					
NIF																

Nome Completo																
Grau de Parentesco											Data de Nascimento					
NIF																

Data _____

Assinatura (conforme B.I. | C.C.) _____

NOTA: O prémio anual será descontado mensalmente por débito direto pela seguradora.

Obrigada pela atenção.

