ok! saúde by MULTICARE

AUTORIZAÇÃO DE DÉBITO DIRETO SEPA

PREENCHER A CANETA PRETA

AUTORIZAÇÃO DE DÉBITO DIRETO SEPA
SEPA DIRECT DEBIT MANDATE

REFERÊNCIA DA AUTORIZAÇÃO (ADD) A COMPLETAR PELO SEGURADOR.
MANDATE REFERENCE – TO BE COMPLETED BY THE CREDITOR.

AO SUBSCREVER ESTA AUTORIZAÇÃO, ESTÁ A AUTORIZAR A MULTICARE - SEGUROS DE SAÚDE, S.A. A ENVIAR INSTRUÇÕES AO SEU BANCO PARA DEBITAR A SUA CONTA E O SEU BANCO A DEBITAR A SUA CONTA, DE ACORDO COM AS INSTRUÇÕES DA MULTICARE - SEGUROS DE SAÚDE, S.A.
OS SEUS DIREITOS INCLUEM A POSSIBILIDADE DE EXIGIR DO SEU BANCO O REEMBOLSO DO MONTANTE DEBITADO, NOS TERMOS E CONDIÇÕES ACORDADOS COM O SEU BANCO. O REEMBOLSO DEVE SER SOLICITADO ATÉ UM PRAZO DE OITO SEMANAS, A CONTAR DA DATA DO DÉBITO NA SUA CONTA. PREENCHA POR FAVOR TODOS OS CAMPOS ASSINALADOS COM *. O PREENCHIMENTO DOS CAMPOS ASSINALADOS COM ** É DA RESPONSABILIDADE DO SEGURADOR.

BY SIGNING THIS MANDATE FORM, YOU AUTHORISE MULTICARE - SEGUROS DE SAÚDE, S.A. TO SEND INSTRUCTIONS TO YOUR BANK TO DEBIT YOUR ACCOUNT AND YOUR BANK TO DEBIT YOUR ACCOUNT IN ACCORDANCE WITH THE INSTRUCTIONS FROM MULTICARE - SEGUROS DE SAÚDE, S.A..
*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 *. FIELDS MARKED WITH ** MUST BE COMPLETED BY THE CREDITOR.*

1. IDENTIFICAÇÃO DO TOMADOR DO SEGURO/TITULAR DA CONTA - *POLICY HOLDER/ACCOUNT HOLDER IDENTIFICATION*

* NOME DO TOMADOR DO SEGURO / TITULAR DA CONTA
** NAME OF THE POLICY HOLDER / ACCOUNT HOLDER*

* NOME DA RUA E NÚMERO
** STREET NAME AND NUMBER*

* CÓDIGO POSTAL ____ – ____ ** POSTAL CODE*
* CIDADE ** CITY*

* PAÍS
** COUNTRY*

* NÚMERO DE CONTA - IBAN
** ACCOUNT NUMBER - IBAN*

* BIC SWIFT
** SWIFT BIC*

2. IDENTIFICAÇÃO DO SEGURADOR - *INSURER IDENTIFICATION*

** NOME DO SEGURADOR VIA DIRECTA - COMPANHIA DE SEGUROS S.A
*** INSURER NAME*

** IDENTIFICAÇÃO DO SEGURADOR
*** INSURER IDENTIFIER*

** NOME DA RUA E NÚMERO RUA ALEXANDRE HERCULANO, Nº 53
*** STREET NAME AND NUMBER*

** CÓDIGO POSTAL 1250 - 010 *** POSTAL CODE*
** CIDADE LISBOA *** CITY*

** PAÍS PORTUGAL
*** COUNTRY*

3. RELATIVAMENTE À APÓLICE - *ABOUT THE INSURANCE POLICY*

NÚMERO DA APÓLICE
POLICY NUMBER

RAMO/PRODUTO
TYPE OF INSURANCE

4. TIPOS DE PAGAMENTO - *TYPE OF PAYMENTS*

* PAGAMENTO RECORRENTE ☐ ** RECURRENT PAYMENT*
OU *OR*
PAGAMENTO PONTUAL ☐ *ONE-OFF PAYMENT*

LOCAL E DATA / *LOCATION AND DATE*

* ASSINATURA / ** SIGNATURE*

OS SEUS DIREITOS, REFERENTES À AUTORIZAÇÃO ACIMA REFERIDA, SÃO EXPLICADOS EM DECLARAÇÃO QUE PODE OBTER NO SEU BANCO.
YOUR RIGHTS REGARDING THE ABOVE MANDATE ARE EXPLAINED IN A STATEMENT THAT YOU CAN OBTAIN FROM YOUR BANK.

F-GMK-07 (5)

Via Directa - Companhia de Seguros, S.A. | NIPC e Matrícula 504 011 944, na CRC Lisboa
Sede: Rua Alexandre Herculano, n.º 53, 1250-010 Lisboa – Portugal | Capital Social: € 23 000 000
Site: www.ok.pt | E-mail: equipaok@okseguros.pt
Apoio ao Cliente 9h-20h (dias úteis): 213 212 001 - Chamada para a rede fixa nacional

ok! seguros

ISO 9001 BUREAU VERITAS Certification