

PREENCHER A CANETA PRETA

AUTORIZAÇÃO DE DÉBITO DIRETO SEPA
SEPA DIRECT DEBIT MANDATEREFERÊNCIA 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 _____ * CIDADE _____

* POSTAL CODE

* CITY

* PAÍS _____

* COUNTRY

* NÚMERO DE CONTA - IBAN _____

* ACCOUNT NUMBER - IBAN

* BIC SWIFT _____

* SWIFT BIC

2. IDENTIFICAÇÃO DO SEGURADOR - INSURER IDENTIFICATION** NOME DO SEGURADOR **MULTICARE - SEGUROS DE SAÚDE, S.A.**

** INSURER NAME

** IDENTIFICAÇÃO DO SEGURADOR _____

** INSURER IDENTIFIER

** NOME DA RUA E NÚMERO **AVENIDA ÁLVARO PAIS, N.º 7**

** STREET NAME AND NUMBER

** CÓDIGO POSTAL **1600-007** ** CIDADE **LISBOA**

** POSTAL CODE

** 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 ☐ OU PAGAMENTO PONTUAL ☐

* RECURRENT PAYMENT

OR

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.