



PROPOSTA DE ADESÃO AO PLANO SAÚDE SNQTB

CANAL DE ENTRADA/AFETAÇÃO

UTENTE

NOME _____

MORADA _____

CÓDIGO POSTAL _____ - _____ LOCALIDADE _____

EMAIL PESSOAL _____

TELEFONE _____ TELEMÓVEL _____

DATA DE NASCIMENTO _____ ESTADO CIVIL _____

NATURAL _____

B.I./C.C.⁽¹⁾ _____ NIF⁽¹⁾ _____ SEXO MASC. FEM.

IBAN PT50 _____

Ao assinar esta proposta dou total aceitação ao regulamento do Plano Saúde SNQTB, disponível em www.snqtb.pt. Autorizo que as informações e dados pessoais fornecidos neste impresso sejam tratados e mantidos informaticamente, pelos serviços do SNQTB, com a finalidade de registo e gestão dos aderentes.

RENOVAÇÃO SIM NÃO

DÉBITO DIRETO SIM NÃO

Data

Assinatura utente (quando menor de idade, por quem exerça o poder paternal)

O SNQTB é responsável pelo tratamento dos presentes dados e assegura aos titulares o direito de acesso, correção e supressão, sempre que, nos termos legais, o solicitem por escrito através do email: dpo@snqtb.pt. Não serão solicitados dados clínicos, nem transmitidos a terceiros quaisquer dados pessoais.

ANEXAR

- Cartão de Cidadão⁽¹⁾/Bilhete de Identidade e Cartão de Contribuinte do titular e de quem exerça o poder parental no caso de titular menor de idade.
- Regulamento do Plano Saúde SNQTB, assinado pelo titular ou pelo representante legal.
- Comprovativo de IBAN.

⁽¹⁾ Ao remeter-nos voluntariamente fotocópia do C.C. está a autorizar a sua guarda nos termos legais. Caso não remeta a fotocópia do C.C. deverá deslocar-se pessoalmente às nossas instalações para verificação dos dados necessários.



PROPOSTA DE ADESÃO AO PLANO SAÚDE SNQTB

PROPONENTE (opcional)

NOME _____

GRAU PARENTESCO (OPCIONAL) _____ NIF _____

TELEFONE _____ TELEMÓVEL _____

EMAIL _____

BANCO _____ Nº SÓCIO / EX-SÓCIO _____

Data

Assinatura (solicito inscrição do titular acima indicado)

OBSERVAÇÕES
