

Proposta para Associado



Sede Social: Rua dos Bragas, 68 • 4050-122 PORTO
Tel: 22 204 63 80 • Fax: 22 204 63 89
Email:benefica-previdente@benefica-previdente.com

Apoio Domiciliário:
Rua de Santo Ildefonso, 428 - A • 4000-466 PORTO
Tel: 22 536 68 56
Email:sadomiciliario@benefica-previdente.com

Creche Infantilário - Flôr de ABRIL:
Rua de Santo Ildefonso, 428 - A • 4000-466 PORTO
Tel: 22 536 68 56
Email:florabril@benefica-previdente.com

Formação Profissional:
Rua de Camões, 788 - 1ª. Dtº - 4000-142 Porto
Tel: 22 509 10 17/8/9
Email:formacao@benefica-previdente.com

Serviços Médicos: Rua de Passos Manuel, 7 - 1º
4000-428 PORTO • Tel: 22 200 56 03 Fax: 22 208 32 10
Email:servicosmedicos@benefica-previdente.com

www.benefica-previdente.com

Associado Nº	
Inscrição Nº	
Data efeito	

1— Associado • Novo Existente

2— Dados Pessoais

Nome		
Morada		
Localidade		Código Postal
Telefone	Telem.	Email
Data de Nascimento		Idade
Naturalidade: Freguesia		
Conselho		Distrito
B.I.: Nº	De / /	Arquivo
Estado Civil	Nº Contrib.	Nº Utente Seg. Social
Act. Profissional		
Filiação de:		
e de:		
Nome do Cônjuge		

3— Modalidades Pretendidas

Quota	€	Plano de Saúde
Trimestral <input type="radio"/>		Semestral <input type="radio"/> Anual <input type="radio"/>

Quota	€	Plano de Poupança		
mensal <input type="radio"/>		Trimestral <input type="radio"/> Semestral <input type="radio"/> Anual <input type="radio"/>		
Modalidade				
Capital	€	Anos	Indexação	%

4— Forma de Pagamento

Na Sede Nos Serviços Médicos Na Creche Infantilário Por Vale Correio

Por Cobrador Morada _____

Por Transferência Bancária (preencher destacável) _____

Local _____ Data _____

— O Representante Legal

— O Candidato

5—Agregado Familiar

Parentesco

Data de Nascimento

6—Declaração do Estado de Saúde

1- Teve ou tem Seguro de Vida ou Saúde? sim não

Nome da Companhia _____ Desde de: _____

2-Teve ou tem alguma proposta de Vida ou Saúde pendente , adiada , agravada ou recusada

Nome da Companhia _____

3-Pensa estar em bom estado de Saúde? sim não

4-Sofreu ou sofre de alguma doença? * _____ c/incapacidade % _____

5-Foi submetido a alguma intervenção cirúrgica?*

6-Sofreu algum acidente grave? * _____ c/incapacidade % _____

7-Tem feito análises ao sangue? sim não Radigrafias? sim não Outros? _____

8-Bebe bebidas alcoólicas? sim não Fuma? sim não

Toxicodependente? sim não Pratica Desporto? * sim não

9-O seu peso e os valores da sua tensão arterial estão dentro do normal? * sim não

10-Faz algum tratamento/Medicação? * sim não

11-Quantos Filhos tem? _____ São saudáveis? _____

12-Já faleceu algum? * sim não _____ de que doença? _____

13-Os seus Pais são vivos ou falecidos? * sim não _____ de que doença? _____

14-Tem irmãos sim não Já faleceu algum? sim não _____ de que doença? _____

Só para senhoras

15-Está grávida? sim não Há quanto tempo? _____ Já teve abortos? sim não

16-Tem alguma queixa de foro ginecológico? (ovários ou útero) _____

17-Teve ou tem algum problema mamário? _____

*(em caso afirmativo especifique)

7—Observações

Declaro serem verdadeiras as respostas atrás dadas, responsabilizando-me assim perante A "Benéfica e Previdente", para aceitação da minha inscrição como Associado.

Local

Data

— O Representante Legal

— O Candidato

8—Relatório

Local

Data

— O Médico

— O Médico

9—A Preencher pelos Serviços

Recepção > Proposta recebida em: _____

Por: _____

Aprovado > Em reunião de Direcção na data de: _____

Eliminado > Em: _____

Por motivo de: _____

Envio Apólice e Cartão na data de: _____

— A Direcção

Autorização do Débito em Conta

Ao Banco _____

Dependência _____ Localidade _____

Nome _____

Autorizo o Débito na minha Conta nº _____ NIB _____

dos pagamentos das importâncias apresentadas pela A "Benéfica e Previdente", relativo a quotas.

— O Titular da Conta