



cartão

Unibanco Saúde

PROPOSTA DE ADESÃO  
Cartão Unibanco SaúdeUnicre - Rua General Firmino Miguel, nº 6-B 1600-300  
Lisboa  
via E-mail: clientes.unibanco@future-healthcare.eu  
Linha de apoio: 217 818 282

DATA DE INÍCIO

## 1 - IDENTIFICAÇÃO DO CLIENTE (Campo a preencher pela pessoa responsável pelo pagamento do Cartão Unibanco Saúde)

Nome:  Sexo:

Morada:

Localidade:  Código Postal:  -

Telefone:  Telemóvel:  Email:

Contribuinte nº:  BI nº:  Data Nasc:

Profissão:  Estado Civil:

## 2 - IDENTIFICAÇÃO DO AGREGADO

Nome:  Data Nasc:  NIF:

Nome:  Data Nasc:  NIF:

Nome:  Data Nasc:  NIF:

Nome:  Data Nasc:  NIF:

## 3 - OPÇÃO

Selecione no Produto pretendido, o número de pessoas:

Nº Pessoas	1	2	3	4	5	6
Unibanco Saúde	€ 7,00 <input type="checkbox"/>	€ 6,50 <input type="checkbox"/>	€ 5,00 <input type="checkbox"/>	€ 4,00 <input type="checkbox"/>	€ 3,25 <input type="checkbox"/>	€ 2,75 <input type="checkbox"/>
*Unibanco Saúde Oral	€ 6,50 <input type="checkbox"/>	€ 6,00 <input type="checkbox"/>	€ 5,50 <input type="checkbox"/>	€ 5,00 <input type="checkbox"/>	€ 5,00 <input type="checkbox"/>	€ 5,00 <input type="checkbox"/>
Unibanco Saúde +	€ 10,80 <input type="checkbox"/>	€ 10,00 <input type="checkbox"/>	€ 8,40 <input type="checkbox"/>	€ 7,20 <input type="checkbox"/>	€ 6,60 <input type="checkbox"/>	€ 6,20 <input type="checkbox"/>

Valor Mensal por Pessoa.  
\*Selecionar apenas o nº de pessoas pagantes.

Selecione o Modo de Pagamento:

Anual  Trimestral

Semestral  Mensal

Notas: 1. No pagamento Mensal, o primeiro pagamento corresponde a 3 prestações. Após este débito, as prestações posteriores têm início no 4º mês. 2. Plano Unibanco Saúde Oral - Pacote família - na adesão de 2 adultos, pode ser incluída sem custo adicional, 1 criança até aos 14 anos (inclusive). A criança incluída sem custo adicional deve ser registada na presente proposta de adesão (Campo 2 - Identificação do Agregado). Consideram-se, como nº de pessoas para efeito de desconto de agregado familiar, apenas as pessoas pagantes.

## 4 - FORMA DE PAGAMENTO

Autorizo que a FutureHealthcare S.A. e a Unlimited Care S.A. debitem no meu cartão, abaixo indicado, emitido pela UNICRE/Unibanco, a Anuidade do Cartão UnibancoSaúde:

Nome do cartão: 4 últimos dígitos do cartão: 

Declaro que autorizo a UNICRE a transmitir para a FutureHealthcare, SA e UnlimitedCare, SA, a informação contendo os meus dados indicados neste formulário de adesão, para a gestão do pedido.

 Aceita receber informações enviadas, por meios de comunicações electrónicas.Data: Assinatura: