



A MUTUALIDADE DA MOITA

ASSOCIAÇÃO MUTUALISTA

## PROPOSTA PARA ASSOCIADO

AGRADECEMOS QUE PREENCHA COM LETRAS MAIÚSCULAS

DATA DE NASCIMENTO				SEXO		NATURALIDADE																	
A	A	A	A	M	M	D	D	M	F														
NOME (COMPLETO)																							
MORADA																							
CÓDIGO POSTAL				LOCALIDADE																			
PROFISSÃO									HABILITAÇÕES														
ESTADO CIVIL				NOME DO CÔNJUGE																			
S	C	D	V																				
TELEFONE						TELEMÓVEL						E-MAIL											
CARTÃO DE CIDADÃO / BI						DATA DE VALIDADE						Nº DE CONTRIBUINTE						Nº DE UTENTE					
						A A A A M M D D																	

### MODALIDADES

<input type="checkbox"/>	1) Capital em Caso de Morte, por Doença ou Acidente (Desp.Funeral)	0,15€ mensal
<input type="checkbox"/>	Assistência Médica, por Serviços Clínicos ou Enfermagem prestados nas Inst. Da Associação	1,00€ mensal
<input type="checkbox"/>	Assistência Medicamentosa/Farmácia	1,50€ mensal
<input checked="" type="checkbox"/>	Fundo de Solidariedade Associativa (Contribuição <b>Obrigatória</b> )	1,00€ mensal

1) Idade de admissão até aos 45 anos

### JÓIAS

<input type="checkbox"/>	Associados até aos 20 anos	Isenção de jóia
<input type="checkbox"/>	Associados entre 21 e 35 anos	Jóia de 15,00€
<input type="checkbox"/>	Associados entre 36 e 40 anos	Jóia de 25,00€
<input type="checkbox"/>	Associados entre 41 e 45 anos	Jóia de 60,00€
<input type="checkbox"/>	Associados com mais de 45 anos	Jóia de 80,00€

### COBRANÇA DE QUOTAS

Poderá efectuar o pagamento da quotização nos Serviços Administrativos, na Policlínica ou por Transferência Bancária

Se pretender a última opção deverá preencher os seguintes dados:

TRANSFERÊNCIA BANCÁRIA				NÚMERO DE IDENTIFICAÇÃO BANCÁRIA (NIB)											
ANUAL		SEMESTRAL													
TRIMESTRAL		MENSAL													

ASSINATURA (ACEITE PELO BANCO) \_\_\_\_\_



A MUTUALIDADE DA MOITA

ASSOCIAÇÃO MUTUALISTA

### QUESTIONÁRIO CLÍNICO

Sofreu ou sofre de qualquer doença? Não  Sim

No caso de SIM, indicar qual ou quais: \_\_\_\_\_

Observações: \_\_\_\_\_

Nota: O Conselho de Administração reserva-se o direito de submeter o candidato a inspeção médica a realizar na Policlínica desta Mutualidade

### CONDIÇÕES DE ADMISSÃO

#### 1. ACTO DE INSCRIÇÃO

No acto de inscrição o associado deverá:

- a) Entregar proposta devidamente preenchida;
- b) Entregar uma fotografia tipo passe;
- c) Apresentar o Cartão de Cidadão/Bilhete de Identidade;

#### 2. DIREITOS

O associado passará a usufruir dos seus direitos, conforme as modalidades subscritas, nas condições previstas no Regulamento de Benefícios.

Para conhecimento dos restantes direitos e obrigações deverão ser consultados os Estatutos e Regulamento de Benefícios

O SÓCIO PROPOSTO
_____ Declaro ter lido e aceitei as Condições de Admissão

O SÓCIO PROPONENTE
_____ Associado nº _____

Nota: Tratando-se de menor deverá a proposta ser assinada por: Pai, Mãe ou Tutor

DATA DE ADMISSÃO
A A A A M M D D

Associado APROVADO com o nº \_\_\_\_\_

O CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO
_____