

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 | | | | - | | | | \_\_\_\_\_

\* POSTAL CODE

\* CIDADE \_\_\_\_\_

\* 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 RUA ALEXANDRE HERCULANO, Nº 53 \_\_\_\_\_

\*\* STREET NAME AND NUMBER

\*\* CÓDIGO POSTAL 1250 - 010 \*\* 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

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.