



## Declaração de Desconto de Vencimento

Seguro de Grupo Saúde: Açoreana/AdvanceCare

Apólice n.º 18.00011704 (2017/2018)

NOME DO ADERENTE: \_\_\_\_\_

Nº INF: \_\_\_\_\_ UNIDADE ORGÂNICA: \_\_\_\_\_ EXTENSÃO: \_\_\_\_\_

e-mail : \_\_\_\_\_ Telef./Telemóvel: \_\_\_\_\_

Pretendo subscrever o seguro de saúde Grupo Açoreana / Advancecare, a partir do próximo dia \_\_\_\_\_, pelo que autorizo a \_\_\_\_\_ a deduzir no meu vencimento a importância total de \_\_\_\_\_ €.

Descrição	Prémio Mensal	Sub-total
Aderente	21.14€	
Cônjuge	25.62€	
Filho / Filha (cada)	22.98€ x ( )	
	<b>TOTAL</b>	

Cascais, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_

\_\_\_\_\_  
(Assinatura)



**CENTRO DE CULTURA E DESPORTO DO PESSOAL DO MUNICÍPIO DE CASCAIS**

Complexo Multiserviços da Câmara Municipal de Cascais, Edifício Social, 2º Piso

Estrada de Manique, nº1830, 2645 -131 Alcabideche

Telm. 967376025 | [seguro.saude@ccdcascais.pt](mailto:seguro.saude@ccdcascais.pt) | [www.ccdcascais.pt](http://www.ccdcascais.pt)