

[Nome do Titular]

[NIF do Titular]

MGEN - Mutuelle des Professionnels de l'Éducation
Rua Castilho 39, 12 A
NIF 980 414 555

Declaração para efeitos de inclusão do Agregado Familiar

Declaro ter tomado conhecimento que, para o efeito de inclusão de familiares no seguro de saúde da MGEN, é necessária a adesão da totalidade dos elementos que constituem o meu agregado familiar, conforme estabelecido no nº4 do Art.º 3º das Condições Gerais (CG_2016).

Nesse sentido descrevo abaixo o conjunto de pessoas que, coabitando, vivem em economia comum com o titular da apólice:

NIF	Nome do Familiar	Grau de Parentesco
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Certifico que qualquer alteração da composição do agregado familiar, bem como a alteração da situação acima referida, será comunicada à MGEN, no prazo máximo de 60 dias através do email **saude@mgen.pt**.

Não obstante da presente declaração, tomei conhecimento que a MGEN se reserva o direito de solicitar, a qualquer momento, documentos comprovativos da composição do meu agregado familiar.

Cumprimentos,

Data, ____ / ____ / _____

[assinatura do titular]

