

[Data]

[Nome do aderente]

[Nome do tomador]

[NIF do tomador]

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

Declaração para efeitos de não inclusão de um membro do Agregado Familiar

Declaro ter tomado conhecimento que, para o efeito de subscrição de seguro de saúde da MGEN, é necessária a adesão da totalidade dos elementos que constituem o meu agregado familiar.

No entanto, e conforme estabelecido no nº4 do Art.º 3º das Condições Gerais em vigor, o elemento abaixo indicado não será incluído na apólice pelo motivo abaixo assinalado:

Nome do Familiar: **[Escrever o nome do familiar]**

Parentesco: **[Escrever o grau de parentesco do aderente]**

- Não incluído por ausência prolongada no estrangeiro.
- Não incluído por estar abrangido por outra apólice de seguro, suportada por uma entidade patronal ou um outro subsistema de saúde (ADSE ou equiparado).

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.

Não obstante da presente declaração, tomei conhecimento que a MGEN se reserva o direito de solicitar, a qualquer momento, documentos comprovativos do motivo supra mencionado.

Os meus cumprimentos,

Data, ____ / ____ / _____

[nome e assinatura do aderente]