



Facilidades de Pagamento

O Grupo LabMED, nos termos do disposto nos arts. 5º e 6º nº 1 al. b) e c) do Regulamento (UE) 2016/679, do Parlamento Europeu e do Conselho, de 27 de Abril de 2016 (RGPD) e demais legislação nacional e comunitária aplicável e em vigor, tem legitimidade e licitude para proceder ao tratamento dos dados pessoais constantes do formulário, dados mínimos e necessários para a finalidade de análise pré-contratual e/ou contratual e interesse legítimo, sendo os mesmos conservados durante os períodos de tempo necessários para o cumprimento de compromissos contratuais e/ou de acordo com a lei aplicável. Os dados pessoais sobre os quais não tenha sido celebrado qualquer contrato serão conservados para esta finalidade durante 2 anos de inactividade. Para mais informações sobre o tratamento dos dados abaixo submetidos, por favor consulte em www.labmedsaude.pt a nossa Política de Privacidade.

FORMULÁRIO

CLÍNICA LABMED SAÚDE / LOJA LABÓPTICA _____

PACIENTE

NOME _____

TEL./TLM. _____ / _____ E-MAIL _____

Nº CONTRIBUINTE _____ Nº BI OU CC _____ NACIONALIDADE _____

DATA NASCIMENTO (dd-mm-aaaa) ____/____/____ ESTADO CIVIL Casado(a) Solteira(a) Divorciado(a) Viúvo(a) União de Facto

MORADA _____

LOCALIDADE _____ CÓDIGO POSTAL _____ - _____

HABITAÇÃO Própria Sem Encargos Própria Com Hipoteca Arrendada Familiar

PROFISSÃO _____

RENDIMENTOS MENSAIS _____ € OUTROS RENDIMENTOS _____ € TRABALHADOR POR CONTA Própria De Outrem

TIPO DE CONTRATO Efectivo Temporário Liberal Outro _____

EMPRESA _____ TEL. DA EMPRESA _____ ANO DE ADMISSÃO _____

CÔNJUGE / COMPANHEIRO(A)

NOME _____

TEL./TLM. _____ / _____ E-MAIL _____

Nº CONTRIBUINTE _____ Nº BI OU CC _____ NACIONALIDADE _____

DATA NASCIMENTO (dd-mm-aaaa) ____/____/____ ESTADO CIVIL Casado(a) Solteira(a) Divorciado(a) Viúvo(a) União de Facto

MORADA _____

LOCALIDADE _____ CÓDIGO POSTAL _____ - _____

HABITAÇÃO Própria Sem Encargos Própria Com Hipoteca Arrendada Familiar

PROFISSÃO _____

RENDIMENTOS MENSAIS _____ € OUTROS RENDIMENTOS _____ € TRABALHADOR POR CONTA Própria De Outrem

TIPO DE CONTRATO Efectivo Temporário Liberal Outro _____

EMPRESA _____ TEL. DA EMPRESA _____ ANO DE ADMISSÃO _____

ADSE

O PACIENTE E/OU CÔNJUGE POSSUI ADSE? Sim Não EMISSÃO DA FACTURA/RECIBO Em nome do Paciente Em nome do(a) filho(a)

FIADOR(A) #1

NOME _____

TEL./TLM. _____ / _____ E-MAIL _____

Nº CONTRIBUINTE _____ Nº BI OU CC _____ NACIONALIDADE _____

DATA NASCIMENTO (dd-mm-aaaa) ____/____/____ ESTADO CIVIL Casado(a) Solteira(a) Divorciado(a) Viúvo(a) União de Facto

MORADA _____

LOCALIDADE _____ CÓDIGO POSTAL _____ - _____

HABITAÇÃO Própria Sem Encargos Própria Com Hipoteca Arrendada Familiar

PROFISSÃO _____

RENDIMENTOS MENSAIS _____ € OUTROS RENDIMENTOS _____ € TRABALHADOR POR CONTA Própria De Outrem

TIPO DE CONTRATO Efectivo Temporário Liberal Outro _____

EMPRESA _____ TEL. DA EMPRESA _____ ANO DE ADMISSÃO _____

FIADOR(A) #2

NOME _____

TEL./TLM. _____ / _____ E-MAIL _____

Nº CONTRIBUINTE _____ Nº BI OU CC _____ NACIONALIDADE _____

DATA NASCIMENTO (dd-mm-aaaa) ____/____/____ ESTADO CIVIL Casado(a) Solteira(a) Divorciado(a) Viúvo(a) União de Facto

MORADA _____

LOCALIDADE _____ CÓDIGO POSTAL _____ - _____

HABITAÇÃO Própria Sem Encargos Própria Com Hipoteca Arrendada Familiar

PROFISSÃO _____

RENDIMENTOS MENSAIS _____ € OUTROS RENDIMENTOS _____ € TRABALHADOR POR CONTA Própria De Outrem

TIPO DE CONTRATO Efectivo Temporário Liberal Outro _____

EMPRESA _____ TEL. DA EMPRESA _____ ANO DE ADMISSÃO _____

DADOS BANCÁRIOS PARA LIQUIDAÇÃO DE PRESTAÇÕES

IBAN _____ EM NOME DE _____

Autorização de débito Os pagamentos serão efectuados através do sistema de débitos directos da conta bancária do Utente, cujo IBAN se encontra acima indicado, para a conta indicada pelo Grupo LabMED, pelo que aquele se compromete pela assinatura do contrato de crédito a dar a respectiva autorização e a ter a conta devidamente provisionada para o efeito.

CONDIÇÕES E FINALIDADE DO EMPRÉSTIMO

MONTANTE DO TRATAMENTO _____ € MONTANTE DO CRÉDITO _____ € PRAZO DE PAGAMENTO _____

DIA PARA O DÉBITO DIRECTO 5 10 FINALIDADE Medicina Dentária Outro _____

O Titular dos dados dá o seu consentimento expresso para que os seus dados pessoais sejam tratados pelo Grupo LabMED para:

- Gestão do seu pedido e apresentação de novas propostas
- Newsletters
- Eventos e campanhas
- Inquéritos e controlo de qualidade
- Passatempos
- Aceito todos

TERMOS DE CONCESSÃO DE CRÉDITO

O QUE É?

O Grupo LabMED criou uma linha de crédito específica e inovadora, sem juros, que irá financiar as suas necessidades clínicas, permitindo que, de forma suave e sem grande esforço, realize tratamentos essenciais para a sua saúde e bem-estar.

MONTANTES A FINANCIAR

O crédito do Grupo LabMED financia as suas despesas de saúde até €60.000.

PRAZO DE PAGAMENTO

Com o crédito do Grupo LabMED pode escolher o prazo de pagamento, o qual poderá ir até aos 60 meses.

VALORES REDUZIDOS EM TODOS OS ACTOS MÉDICOS E DE SAÚDE

Terá acesso a tratamentos e consultas a preços reduzidos em todos os prestadores de saúde do Grupo LabMED.

RAPIDEZ DE RESPOSTA

A resposta do seu financiamento será dada no prazo máximo de 30 minutos e todo o processo será tratado de uma forma rápida e discreta.

DOCUMENTOS NECESSÁRIOS PARA FORMALIZAR O CONTRATO DE CRÉDITO

- Bilhete de Identidade e Cartão de Contribuinte ou Cartão de Cidadão
- Comprovativo do NIB/IBAN (caderneta bancária, cheque, cabeçalho de extracto bancário ou talão de NIB/IBAN das ATMs)
- Comprovativo de rendimentos
 - Por conta de outrem: três últimos recibos de vencimento
 - Por conta própria (ENI): duas últimas declarações anuais de IRS com prova de liquidação, caso tenha havido lugar a esta
- Comprovativo de morada (factura da luz, água, telefone, etc.)

COMO SOLICITAR O CRÉDITO DO GRUPO LABMED?

Preencher a proposta de crédito em anexo e efectuar a entrega por uma das seguintes formas:

- Em qualquer uma das nossas unidades de atendimento
- Por correio: Grupo LabMED - Centro Corporativo | Rua Presa da Cavada, n° 209 | 4510-640 Fânzeres - Gondomar
- Por e-mail: financiamento@labmedsaude.pt

Notas:

- 1) Ao valor dos produtos / serviços acresce as seguintes quantias:
 - despesas administrativas referentes ao contrato e processo de avaliação no valor de 15,00€ nos produtos / serviços ópticos ou 25,00€ nos restantes serviços (IVA incluído à taxa legal em vigor);
 - processamento administrativo do lançamento dos débitos directos no valor de 1,50€ em todos os produtos e serviços por cada prestação mensal (IVA incluído à taxa legal em vigor).
- 2) Antes do início do tratamento, o Utente deverá entregar o contrato devidamente rubricado e assinado, a declaração de autorização do pagamento das prestações através de débito directo e realizar o pagamento da primeira prestação e das despesas administrativas de elaboração do contrato e das despesas do pagamento por débito directo.
- 3) Qualquer alteração efectuada ao contrato, por interesse ou responsabilidade do Utente, terá um custo de 20,00€ relativo a despesas de elaboração do aditamento ao contrato inicial e de 1,50€ referente ao processamento administrativo do lançamento dos débitos directos que sejam adicionados ao plano prestacional inicial, em virtude do aditamento (IVA incluído à taxa legal em vigor).

Para qualquer esclarecimento, contacte-nos pela Linha de Atendimento 220 966 999 (todos os dias úteis das 10 às 19 horas).

DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO

- Declaro que fui informado(a) e aceito expressamente que os tratamentos objecto deste pedido de pagamento em prestações poderão não ter continuidade pelo mesmo médico dentista que realizou o orçamento ou o início dos mesmos, por motivos clínicos, de término da relação da prestação de serviços ou da relação laboral deste com o Grupo LabMED, sem que tal facto invalide, influencie ou altere a prestação dos serviços orçamentados e/ou solicitados e o cumprimento atempado e integral do respectivo pagamento.

DATA ____/____/____ ASSINATURA DO UTENTE _____