



Tomador do Seguro/Pessoa Segura

Nome: _____

Data de Nascimento: ____ / ____ / ____ Sexo: M ☐ F ☐

Atividade/Profissão: _____

N.º Contribuinte: [][][][][][][][][][][][][][][]

N.º B.I./Cartão de Cidadão: [][][][][][][][][][][][][][][]

Morada: _____

Localidade: _____

Cód. postal: [][][][][] - [][][][][] _____

E-mail: _____ Tel.: _____

Opção a contratar

☐ Riscos Extra-Profissionais ☐ Riscos Profissionais

Opção a Contratar ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5

Forma de pagamento

☐ Anual ☐ Trimestral (exceto Agente) ☐ Débito bancário em conta
☐ Semestral ☐ Mensal (só por Banco) ☐ Multicanal (multibanco/homebanking, CTT, cheque)
☐ Mediador

Tipo de Cobrança

☐ Anual ☐ Trimestral (exceto Agente) ☐ Débito bancário em conta
☐ Semestral ☐ Mensal (só por Banco) ☐ Multicanal (multibanco/homebanking, CTT, cheque)
☐ Mediador

Beneficiários

Em caso de morte

☐ Pais em partes iguais ☐ Herdeiros legais
☐ Outros: Nome: _____
 Morada: _____
 _____ ☐ Beneficiários confidenciais
 N.º Contribuinte:

| | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

 Data: ____ / ____ / ____ Assinatura _____

Pessoa(s) Segura(s)

1. Nome: _____
Data de Nascimento: ____/____/____ Sexo: M ☐ F ☐
N.º Contribuinte: | | | | | | | | | |

2. Nome: _____
Data de Nascimento: ____/____/____ Sexo: M ☐ F ☐
N.º Contribuinte: | | | | | | | | | |

3. Nome: _____
Data de Nascimento: ____/____/____ Sexo: M ☐ F ☐
N.º Contribuinte: | | | | | | | | | |

4. Nome: _____
Data de Nascimento: ____/____/____ Sexo: M ☐ F ☐
N.º Contribuinte: | | | | | | | | | |

“Na minha família é um por todos e todos por um.

E agora temos um seguro

que é “um para todos”!

Com o Liberty Protecção

Família estamos todos

protegidos pelo mesmo

seguro, o que torna tudo

simples e económico.”

Anabela Silva



Pela protecção dos valores da vida.



Pela protecção dos valores da vida.

Liberty Seguros

808 243 000

+351 213 124 300 (no estrangeiro)

Atendimento Personalizado das 9h às 17h, todos os dias úteis
Atendimento Permanente 24 horas por dia, 365 dias por ano

www.libertyseguros.pt

Av. Fontes Pereira de Melo, n.º 6 - 11.º - 1069-001 Lisboa - Fax 213 553 300



Pela protecção dos valores da vida.

Liberty Seguros, S.A. – Av. Fontes Pereira de Melo, n.º 6 - 11.º - 1 069-001 Lisboa – Tel. 21 312 43 00 – Fax 21 355 33 00 www.libertyseguros.pt
 Pessoa Coletiva matriculada na Cons. Reg. Comercial de Lisboa sob o número único 500 068 658, com o Capital Social de 26 548 290,69 €.

Liberty Protecção Família

O Liberty Protecção Família é um seguro de acidentes pessoais que lhe garante protecção em caso de acidente, a si, ao seu cônjuge e aos seus filhos, até perfazerem 24 anos, num máximo de 5 pessoas seguras.

Seja nas férias, a passear, ou simplesmente em casa, a protecção está sempre presente para si e para os seus filhos. Se tiverem um acidente em casa, se caírem da bicicleta ou até adoecerem numa viagem, **podem contar com o Liberty Protecção Família 365 dias por ano, em qualquer parte do mundo.** Com o Liberty Protecção Família tem a garantia de poder optar pelo médico ou hospital da sua preferência e fazer face aos imprevistos, sem afetar o seu orçamento familiar.

| Opções | Morte ou Incapacidade Permanente | Despesas de Tratamento | Incapacidade temporária absoluta por internamento hospitalar | Despesas de funeral | Assistência | Prémio Total Anual apenas para Riscos Extra-Profissionais | Prémio Total Anual para Riscos Profissionais e Extra-Profissionais |
|--------|----------------------------------|------------------------|--|---------------------|-------------|---|--|
| 1 | 15 000 € | 1 500 € | 15 € / dia | 1 000 € | Contratada | 24,49 € | 46,37 € |
| 2 | 25 000 € | 2 500 € | 25 € / dia | 1 500 € | Contratada | 35,22 € | 67,87 € |
| 3 | 35 000 € | 3 500 € | 35 € / dia | 2 500 € | Contratada | 46,74 € | 90,90 € |
| 4 | 50 000 € | 5 000 € | 50 € / dia | 3 000 € | Contratada | 62,09 € | 121,57 € |
| 5 | 70 000 € | 7 000 € | 60 € / dia | 4 000 € | Contratada | 82,45 € | 162,30 € |

Os capitais serão por anuidade, podendo os mesmos ser utilizados por todo o agregado familiar, até ao seu limite. No 1.º recibo acresce o custo da apólice.



>Vantagens

- > Sem franquias;
- > Leque de coberturas de assistência muito completo, incluindo Assistência Doméstica para donas de casa a tempo inteiro e Assistência Médica em Portugal ou no Estrangeiro;
- > Também é válido nas férias e em viagem.

Não dispensa a consulta da informação pré-contratual e contratual legalmente exigida.

Autorização de Débito Direto SEPA / SEPA Direct Debit Authorization

Ao subscrever esta autorização, está a autorizar a Liberty Seguros S.A. (Credor) a enviar instruções ao seu Banco, para debitar a sua conta, e está a autorizar o seu Banco a seguir estas instruções.

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.

By signing this mandate form, you authorize Liberty Seguros S.A. (Creditor) to send instructions to your bank to debit your account, and your bank to follow these instructions.

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.

Identificação do Cliente (devedor) / Debtor identification

Nome / Name: _____

Nome da rua e número / Street name and number: _____

Código postal / Postal code: |_|_|_|_| — |_|_|_|_|

Cidade / City: _____ Países / Country: _____

Número de conta - IBAN / Account number - IBAN: _____

BIC SWIFT / SWIFT BIC: |_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Identificação da Liberty Seguros (credor) / Creditor identification

Nome do Credor / Name of creditor: *Liberty Seguros S.A.*

Identificação do Credor / Creditor identifier: *PT83100675*

Nome da rua e número / Street name and number: *Avenida Fontes Pereira de Melo, n.º 6, 11.º*

Código postal / Postal code: | 1 | 0 | 6 | 9 | — | 0 | 0 | 1 |

Cidade / City: *Lisboa* Países / Country: *Portugal*

Tipos de pagamento / Types of payment

Pagamento recorrente / Recurrent payment: ☒ Ou / Or:

Pagamento pontual / One-off payment: ☐ Data / Date: _____ / _____ / _____

Assinar aqui por favor / Please sign here: _____

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.

Autorização de Recebimento

Autorizo a Liberty Seguros, S.A. a proceder ao depósito de quaisquer quantias que por esta sejam devidas a qualquer título (indenização, estorno), por transferência bancária para a conta com o IBAN: _____

Data: _____ / _____ / _____

Assinatura

DECLARAÇÕES E AUTORIZAÇÕES FINAIS

O Tomador do Seguro e as Pessoas Seguras declaram que as respostas contidas nestes questionários correspondem em absoluto à verdade, que não foi ocultada qualquer informação que possa vir a influir na decisão que o segurador venha a tomar acerca do seguro proposto, e autorizam-no a inquirir, junto de quem entenda necessário e/ou conveniente, sobre o estado de saúde atual ou anterior das Pessoas Seguras, ou até mesmo após a sua morte, solicitando as informações que julgar necessárias, no estrito respeito pelo sigilo médico. Declaram também, o Tomador do Seguro e as Pessoas Seguras, que conhecem a sua obrigação de, antes da celebração do contrato de seguro, fornecerem com exatidão todas as circunstâncias que conheçam e razoavelmente devam ter por significativas para apreciação do risco pelo segurador, ainda que sejam circunstâncias que não tenham sido objeto do questionário fornecido por este. Mais declaram que estão cientes da obrigação de, durante a vigência do contrato de seguro, procederem à comunicação de quaisquer alterações às circunstâncias e ao risco do contrato.

O Tomador do Seguro e as Pessoas Seguras mais declaram que tomaram conhecimento e aceitam a condição segundo a qual, independentemente da data de efetividade indicada pelo Tomador do Seguro na presente proposta, e sem prejuízo do prazo legal imperativo, a produção dos efeitos do contrato de seguro ficará condicionada à sua aceitação expressa pelo segurador, não podendo este último ser responsabilizado por qualquer indemnização antes da data de produção dos efeitos, salvo disposição expressa em contrário.

O Tomador do Seguro declara que recebeu um exemplar das Condições Gerais e Especiais da modalidade subscrita e delas teve conhecimento antes da celebração do contrato. Mais declara ter recebido, em documento escrito, toda a informação pré-contratual legalmente prevista e necessária ao seu total esclarecimento acerca do contrato de seguro. O Tomador do Seguro declara que autoriza que a documentação do presente contrato de seguro lhe seja entregue em suporte eletrónico duradouro, nomeadamente por via de correio eletrónico, cujo endereço se compromete a facultar à Liberty Seguros, S.A., obrigando-se ainda a mantê-lo atualizado. Por este motivo, a falta de entrega da documentação por não atualização do endereço eletrónico ou por errada indicação do mesmo à Liberty Seguros, S.A. não poderá, em caso algum, acarretar responsabilidades para a seguradora.

O Tomador do Seguro e as Pessoas Seguras declaram ter perfeito conhecimento de que os dados recolhidos no âmbito da presente proposta serão processados e armazenados informaticamente e destinam-se à utilização nas relações contratuais com a Liberty Seguros, S.A., responsável pelo aludido tratamento, bem como ao cumprimento de obrigações legais a que a Liberty Seguros, S.A. se encontra adstrita. Mais autorizam expressamente a Liberty Seguros, S.A., a recolher e tratar os dados pessoais fornecidos, cujo fornecimento é obrigatório para efetivação e gestão do contrato de seguro pela Liberty Seguros, S.A. Declaram ter conhecimento e autorizam expressamente a recolha, tratamento e comunicação à Liberty Seguros, S.A., seus subcontratados, mediadores, resseguradores e empresas do Grupo Liberty Mutual, para os fins referidos. Estão cientes do respetivo direito de, a todo tempo, solicitar e obter, por si ou através de representante, o acesso à totalidade da informação, podendo solicitar a sua correção, aditamento ou eliminação, mediante o contacto direto ou por escrito, junto de qualquer dependência da Liberty Seguros, S.A.

O Tomador do Seguro e as Pessoas Seguras autorizam que os dados recolhidos sejam tratados, processados e armazenados informaticamente, para efeitos de apresentação de produtos e serviços de seguros fornecidos pela Liberty Seguros, S.A., independentemente do meio utilizado para esse efeito, incluindo, nomeadamente, o recurso ao correio eletrónico.

O Tomador do Seguro e as Pessoas Seguras comprometem-se a manter atualizados todos os dados fornecidos, bem como a comunicar quaisquer alterações aos mesmos, durante a vigência do contrato.

Ao assinarem, o Tomador do Seguro e as Pessoas Seguras tomam conhecimento das informações acima, dão os consentimentos requeridos e exercem as opções de contratação assinaladas.

Data: _____ / _____ / _____

Assinatura

Queira separar este destacável e enviá-lo devidamente preenchido para: Liberty Seguros S.A. - Av. Fontes Pereira de Melo, n.º 6 - 8.º Esq. - 1069-001 Lisboa

Liberty Seguros, S.A. - Av. Fontes Pereira de Melo, n.º 6 - 11.º - 1069-001 Lisboa - Tel. 21 312 43 00 Fax 21 355 33 00 - www.libertyseguros.pt - Pessoa Coletiva matriculada na Cons. Reg. Comercial de Lisboa sob o número único 500 068 658, com o Capital Social de 26 548 290,69 €.