

## Beneficiários

### Em caso de morte

Pais em partes iguais  Herdeiros Legais

Outros:

Nome: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Morada: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

N.º Contribuinte: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Beneficiários Confidenciais

Data: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Assinatura

## Pessoa(s) Segura(s)

1. Nome \_\_\_\_\_

N.º Contribuinte: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Data de nascimento \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Sexo  M  F

2. Nome \_\_\_\_\_

N.º Contribuinte: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Data de nascimento \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Sexo  M  F

3. Nome \_\_\_\_\_

N.º Contribuinte: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Data de nascimento \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Sexo  M  F

4. Nome \_\_\_\_\_

N.º Contribuinte: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Data de nascimento \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Sexo  M  F

### AUTORIZAÇÃO ESPECIAL

O Tomador do Seguro autoriza expressamente a Liberty Seguros, S.A., a proceder ao depósito de quaisquer quantias que por esta sejam devidas a qualquer título (índemnização, estorno) por transferência bancária para o NIB

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

do Banco \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Assinatura

Queira separar este destacável e entregá-lo, devidamente preenchido, ao seu Agente de Seguros. No primeiro recibo acresce o custo da apólice.

## DECLARAÇÕES E AUTORIZAÇÕES FINAIS

Declaro 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 autorizo-o a inquirir junto de quem entenda necessário e/ou conveniente sobre o estado de saúde actual ou anterior das Pessoas Seguras, ou até mesmo após a sua morte, solicitando as informações que julgar necessárias, no estrito respeito pelo sigilo médico. Declaro, também, que conheço a obrigação de, antes da celebração do contrato de seguro, fornecer com exactidão todas as circunstâncias que conheça e razoavelmente deva ter por significativas para apreciação do risco pelo Segurador, ainda que sejam circunstâncias que não tenham sido objecto do questionário fornecido por este, reconhecendo que o incumprimento doloso desta obrigação implicará a anulabilidade do Contrato de Seguro pelo Segurador e o incumprimento negligente implicará ou a alteração do contrato ou a sua cessação pelo Segurador. Mais declaro estar ciente da obrigação de, durante a vigência do contrato de seguro, proceder à comunicação de quaisquer alterações às circunstâncias e ao risco do contrato.

Mais declaro que tomei conhecimento e aceito a condição segundo a qual, independentemente da data de efectividade por mim indicada 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 esta última ser responsabilizada por qualquer indemnização antes da data de produção dos efeitos, salvo disposição expressa em contrário.

Declaro que recebi um exemplar das Condições Gerais e Especiais da modalidade subscrita e delas tive conhecimento antes da celebração do contrato. Mais declaro ter recebido, em documento escrito, toda a informação pré-contratual legalmente prevista e necessária ao meu total esclarecimento acerca do contrato de seguro.

Autorizo expressamente a Liberty Seguros, S.A., a recolher e tratar os dados pessoais fornecidos, que se destinam à efectivação e gestão do contrato de seguro pela Liberty Seguros. Declaro ter conhecimento e autorizo 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. Estou ciente do meu direito de, a todo o tempo, solicitar e obter, por mim ou através de representante, o acesso à totalidade da informação, podendo solicitar a sua correcção, aditamento ou eliminação, mediante o contacto directo ou por escrito, junto de qualquer dependência da Liberty Seguros.

Autorizo 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.

Ao assinalar não autorizo o tratamento dos dados para a apresentação de produtos e serviços da Liberty Seguros, S.A.

Comprometo-me a manter actualizados todos os dados fornecidos, bem como a comunicar quaisquer alterações aos mesmos, durante a vigência do contrato

Data: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Assinatura



**Liberty  
Seguros**

**Pela protecção dos valores da vida.**



**Liberty Seguros**

808 243 000 ou +351 213 124 300 (no estrangeiro)  
Atendimento Personalizado das 9h às 18h, todos os dias úteis  
Atendimento Permanente 24h por dia, 365 dias por ano

Mod. 7.160949 - 06.2010  
Reg. Comercial de Lisboa sob o número 500 068 658, com o Capital Social de €24,348,750,69  
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 Colectiva matriculada na Cons. Reg. Comercial de Lisboa sob o número 500 068 658

# Liberty Protecção Família



Um por todos...  
... e um para todos!



**Liberty  
Seguros**

