

MULTICANAL

MEDIADOR

BANCO

(Agradecemos o preenchimento da Autorização de Débito Direto SEPA, que se encontra na última página desta proposta)

ATIVIDADES PROFISSIONAIS

CAPITAL SEGURO p/ sinistro e p/ anuidade

25.000 €

50.000 €

100.000 €

Atividades Profissionais	CAPITAIS		
	25.000 €	50.000 €	100.000 €
	PRÉMIOS POR PESSOA		
<input type="checkbox"/> Barbeiro	€ 100	€ 125	€ 250
<input type="checkbox"/> Cabeleireiro	€ 100	€ 125	€ 250
<input type="checkbox"/> Canalizador	€ 300	€ 400	€ 650
<input type="checkbox"/> Contabilista	€ 300	€ 400	€ 650
<input type="checkbox"/> Costureira	€ 180	€ 225	€ 285
<input type="checkbox"/> Economistas	€ 300	€ 400	€ 650
<input type="checkbox"/> Eletricistas	€ 300	€ 400	€ 650
<input type="checkbox"/> Enfermeiro/a	€ 180	€ 225	€ 285
<input type="checkbox"/> Esteticista	€ 220	€ 315	€ 450
<input type="checkbox"/> Estofador	€ 180	€ 225	€ 285
<input type="checkbox"/> Fisioterapeutas	€ 220	€ 315	€ 450
<input type="checkbox"/> Floristas	€ 60	€ 75	€ 95
<input type="checkbox"/> Formadores/Professores (que não de educação física)	€ 60	€ 75	€ 95
<input type="checkbox"/> Lavandarias	€ 300	€ 400	€ 650
<input type="checkbox"/> Massagista (sem manipulação)	€ 220	€ 315	€ 450
<input type="checkbox"/> Notário	€ 180	€ 225	€ 285
<input type="checkbox"/> Padeiro / Pasteleiro	€ 180	€ 225	€ 285
<input type="checkbox"/> Prof. Educação Física	€ 85	€ 100	€ 125
<input type="checkbox"/> Personal Trainers	€ 60	€ 75	€ 95
<input type="checkbox"/> Sapateiro	€ 180	€ 225	€ 285
<input type="checkbox"/> Terapeutas da fala	€ 180	€ 225	€ 285

Data de início da atividade - -

Experiência profissional inferior a 3 anos

Descrição da atividade _____

Franquia

10% do valor da indemnização no mínimo de 250 €

ENÓLOGO

CAPITAL SEGURO p/ sinistro e p/ anuidade

100.000 €

150.000 €

250.000 €

Atividade Profissional	CAPITAIS		
	100.000 €	150.000 €	250.000 €
PRÉMIOS POR PESSOA			
Enólogo	350.00 €*	400.00 €*	500.00 €*

*Acréscio o custo da apólice na 1ª anuidade

Data de início da atividade - -

Experiência profissional inferior a 3 anos

Profissionais da auxiliar de enologia

Técnico de enologia

Enólogo

Franquia

Capital de 100.000 €: 10% do valor da indemnização no mínimo de 1.000 €

Capital de 150.000 €: 10% do valor da indemnização no mínimo de 1.250 €

Capital de 250.000 €: 10% do valor da indemnização no mínimo de 3.500 €

Lei aplicável

As presentes condições do Contrato são aplicáveis a Lei Portuguesa. Caso o subscritor deseje propor uma Lei aplicável ao contrato diferente da Lei portuguesa deverá especificá-la no campo "Observações" da proposta ficando, todavia, tal proposta sujeita ao acordo expresso do Segurador.

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 (indenização, estorno) por transferência bancária para:

NIB do Banco
desde que seja o titular do direito às mesmas.

Assinatura _____

Autorização de Débito Direto SEPA

As subscrições, está a autorizar a Liberty Seguros, S.A. (credor) a enviar instruções ao seu Banco para debitar a sua conta. 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.

By signing this mandate form, you authorise Liberty Seguros (creditor) to send instructions to your bank to debit your account. 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.

Identificação do Cliente _____ Nome do cliente / *Client name*
Client identification _____ Nome da rua / *Street name and number*
_____ Código Postal - Cidade / *Postal code - City*
_____ País / *Country*
_____ Número de conta - IBAN / *Account number IBAN*
_____ BIC SWIFT / *SWIFT BIC*

Identificação do Credor **LIBERTY SEGUROS, S.A.** _____ *Identificação do credor / Creditor identifier*
Creditor identification **PT83100675** _____ *Nome da rua e número / Street name and number*
AV. FONTES PEREIRA DE MELO, 6 - 11º _____ *Código Postal - Cidade / Postal code - City*
1069-001 LISBOA _____ *País / Country*
PORTUGAL _____

Tipos de pagamento: Pagamento recorrente / *Recurrent payment* ou / or Pagamento pontual / *One-off payment*
Type of payments:

Assinar aqui por favor: _____
Please sign here: **Assinatura(s) / Signature(s)**

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.

Declarações 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.

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

Assinaturas

Local e data _____ Mediador _____
_____ - - _____
Tomador do Seguro _____ Segurado (se diferente do Tomador do Seguro) _____