



Liberty Running

O Running é uma atividade que reúne cada vez mais praticantes e há cada vez mais corredores conscientes de que a proteção deve fazer parte do seu equipamento básico.

Para quem corre com regularidade, o seguro de acidentes pessoais **Liberty Running** é o companheiro certo, que acompanha sempre o seu passo independentemente do local ou do grau de exigência.

E para que comece com o pé direito, **faça um check-up médico⁽²⁾, com o Liberty Running.**

Escolha a opção que mais se adapta ao seu ritmo

Coberturas	Opção 1	Opção 2	Opção 3
Morte ou Invalidez Permanente	10 000,00 €	20 000,00 €	40 000,00 €
Desp. Tratamento ⁽¹⁾	1 000,00 €	2 000,00 €	4 000,00 €
Despesas de Funeral	1 000,00 €	2 000,00 €	2 000,00 €
Assistência/ Check-up médico ⁽²⁾	Copagamento 20,00 €	Gratuito	Gratuito
Prémios	47,00 €	58,00 €	67,99 €

⁽¹⁾ Franquia de 50,00 €/sinistro, aplicável nas 3 opções.

⁽²⁾O check-up incluiu consulta médica e as seguintes análises e exames: Urina II, Colesterol Total, HDL, Triglicéridos, Glicemia em jejum, Hemograma, Velocidade de Sedimentação, Creatinina, Transaminases, Gamma T, Ácido Úrico, Raio X Tórax com relatório e ECG em repouso.

> Vantagens

- > Acesso à rede Servimed (médicos, clínicas, hospitais), com mais de 15.000 prestadores distribuídos pelo território;
- > Rede de farmácias e óticas com desconto;
- > Descontos em lojas de desporto;
- > Descontos em agências de viagens;
- > Acesso a Rede de Saúde e Bem-estar, onde se incluem SPAs, Ginásios, Centros de Estética, Medicinas Alternativas, etc.;
- > Transporte ou repatriamento em caso de acidente ocorrido no estrangeiro.

O Liberty Running ajuda-o a melhorar o seu recorde pessoal de proteção!

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

[illegible]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: 11069 - 0011

Cidade / City: Lisboa País / Country: Portugal

Tipos de pagamento / *Type of payments*

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 indenização 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 eletrônico duradouro, nomeadamente por via de correio eletrônico, 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 eletrônico 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