



## AUTORIZAÇÃO SEPA

Débito Bancário

PRODUTO: Seguro Vespista

V.04.19

Valor anual: 15 €

### TIPO

NOVO SEGURO: ☐

ALTERAÇÃO: ☐

EM CASO DE ALTERAÇÃO INDIQUE O SEU ID SEGURO VESPISTA

### VESPA CLUBE ASSOCIADO

### DADOS DO TITULAR DE SEGURO

NOME COMPLETO

SEXO

M ☐

F ☐

MORADA

TELEMÓVEL / TELEFONE

BI/CC - Nr Cartão Cidadão

NIF - Nr identificação Fiscal

LOCALIDADE

CÓDIGO POSTAL

EMAIL

PROFISSÃO

DATA NASCIMENTO

### DADOS BANCÁRIOS

IBAN CONTA PARA DÉBITO:

TIPO DE PAGAMENTO:

RECORRENTE: ☒

SWIFT CODE

IBAN CONTA DE CRÉDITO:

Conta a utilizar para o caso de necessidade de proceder ao depósito de quaisquer quantias que por esta sejam devidas a qualquer título (indenização, estorno)

SWIFT CODE

### ENTIDADE CREDORA

VESPA CLUBE DE PORTUGAL - APARTADO 1022 - 2499-002 SANTA CATARINA DA SERRA

Ao subscrever esta autorização, está a autorizar o Credor abaixo identificado a enviar instruções ao seu Banco para debitar a sua conta e o seu Banco a debitar a sua conta, de acordo com as instruções do credor.

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. Os seus direitos são explicados em declaração que pode obter no seu Banco.

By signing this mandate form, you authorise the below mentioned Creditor to send instructions to your bank to debit your account and your bank to debit your account in accordance with the instructions from the Creditor.

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.

Your rights are explained in a statement that you can obtain from your bank.

Li e aceito as condições propostas,

Data:

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 €.



Proposta Expresso  
Liberty Acidentes  
Pessoais Grupo

|                  |            |
|------------------|------------|
| N.º Mediador/ISP |            |
| Apólice n.º      | 1000159840 |

**Tomador do Seguro**

Nome: VESPA CLUBE DE PORTUGAL

N.º Contribuinte: | 5 | 0 | 8 | 9 | 8 | 8 | 1 | 9 | 5 |

Morada: Apartado 1022

Localidade: \_\_\_\_\_

Cód. postal: | 2 | 4 | 9 | 9 | - | 0 | 0 | 2 | Santa Catarina Serra

E-mail: info@vespaclubeportugal.pt Tel.: \_\_\_\_\_

**Pessoa Segura (Preencher somente se for diferente do Tomador do Seguro)**

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.: \_\_\_\_\_

| Forma de pagamento                        | Tipo de Cobrança                  |
|---|-----------------------------------|
| <input checked="" type="checkbox"/> Anual | <input type="checkbox"/> Mediador |

**Beneficiários** Em caso de morte

☒ Herdeiros legais

☐ Outros: Nome: \_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_ ☐ Beneficiário confidencial

N.º Contribuinte: | | | | | | | | | |

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

## 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: \_\_\_\_\_ País / Country: \_\_\_\_\_

Número de conta - IBAN / Account number - IBAN:

[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: 

|   |   |   |   |
|---|---|---|---|
| 1 | 0 | 6 | 9 |
|---|---|---|---|

 - 

|   |   |   |
|---|---|---|
| 0 | 0 | 1 |
|---|---|---|

Cidade / City: Lisboa País / 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

## Questionário

1. Se sofre ou já sofreu de enfermidades suscetíveis de determinar acidentes, de agravar as suas consequências ou de demorar a cura de lesões, refira quais\*:

---

---

---

- 2.** Se a pessoa segura está afetada por uma qualquer incapacidade permanente refira qual\*:

---

---

---

\*Em caso afirmativo o risco fica condicionado a uma análise e aceitação prévia do segurador.

## > Coberturas

|                                     |          |
|-------------------------------------|----------|
| > Morte                             | 25 000 € |
| > Incapacidade Permanente           | 25 000 € |
| > Despesas de Tratamento            | 2 500 €  |
| > Assistência Médica em Portugal    | incluída |
| > Assistência em Viagem Estrangeiro | incluída |

Esta Apólice funciona apenas fora do âmbito laboral, em caso de **acidentes pessoais ocorridos durante a condução da sua Vespa ou durante as concentrações organizadas de vespistas.**