

3. REGISTO DE DEPENDENTES

Caso queira acrescentar dependentes, por favor forneça as informações necessárias em página separada.

1º Dependente

Apelido

Nome(s)

Data de Nascimento Relação com o Membro Principal

Altura (cm) Peso (kg)

Indicar qualquer condição médica pré-existente*:

Títulos

Género M F

2º Dependente

Apelido

Nome(s)

Data de Nascimento Relação com o Membro Principal

Altura (cm) Peso (kg)

Indicar qualquer condição médica pré-existente*:

Títulos

Género M F

3º Dependente

Apelido

Nome(s)

Data de Nascimento Relação com o Membro Principal

Altura (cm) Peso (kg)

Indicar qualquer condição médica pré-existente*:

Títulos

Género M F

4º Dependente

Apelido

Nome(s)

Data de Nascimento Relação com o Membro Principal

Altura (cm) Peso (kg)

Indicar qualquer condição médica pré-existente*:

Títulos

Género M F

5º Dependente

Apelido

Nome(s)

Data de Nascimento Relação com o Membro Principal

Altura (cm) Peso (kg)

Indicar qualquer condição médica pré-existente*:

Títulos

Género M F

Eu

(Nome do Membro Principal)

certifico que as pessoas cujos nomes aparecem acima, são os meus dependentes legais, registados para serem incluídos na minha Apólice. Estou ciente de que qualquer falsa representação de qualquer pessoa como meu dependente resultará na minha remoção e de todos os meus dependentes da Cobertura da LibertyHealth, e serei responsável por qualquer custo incorrido pelos serviços de saúde prestados. Certifico ainda que li, compreendi e concordo com todas as informações contidas na Declaração do Membro Principal (Aplicação Corporativa).

Assinatura do Membro Principal

Data da assinatura

DECLARAÇÃO DO REQUERENTE PRINCIPAL (Formulário de aplicação Corporativo)

1. Eu, o membro principal, solicito que eu e os meus dependentes nomeados nos inscrevamos na Cobertura de Seguro da Liberty Health.
2. Entendo que este pedido, juntamente com quaisquer documentos comprovativos e as Condições da Apólice de Cobertura da Liberty Health, constituem a base do meu contrato com a Seguradora.
3. Declaração a respeito do meu parceiro (se aplicável): Confirmando que eu e o meu parceiro estamos numa relação de compromisso semelhante a um casamento baseado na dependência mútua e num agregado familiar partilhado.
4. **Condições e benefícios da Cobertura da Liberty Health**
 - a. Concordo que eu, e os meus dependentes, ficaremos vinculados pelas Condições da Apólice de Cobertura da Liberty Health e iremos cumpri-las.
 - b. A Seguradora não ficará vinculada de forma alguma por quaisquer representações ou compromissos assumidos ou assumidos por qualquer pessoa, excepto nos termos contidos nas Condições da Apólice de Cobertura da Liberty Health.
5. **Exclusões**
 - a. Compreendo que a Seguradora pode impor exclusões em relação a mim próprio e/ou a qualquer um dos meus dependentes nomeados.
 - b. Aceito qualquer exclusão que possa ser imposta nos termos das Condições da Apólice de Cobertura da Liberty Health.
6. **Dados bancários**
 - a. Concordo em informar por escrito a Seguradora de quaisquer alterações aos meus dados bancários.
 - b. Compreendo que se não o fizer, serei responsável por quaisquer encargos bancários subsequentes ou outros custos/perdas incorridas devido à utilização dos dados bancários incorrectos.
 - c. Concordo que sou responsável por qualquer perda que possa surgir como resultado do fornecimento dos dados bancários incorrectos na secção Dados Bancários da Cobertura Liberty Health deste formulário.
7. **Prémios e quaisquer outros montantes devidos à Seguradora**
 - a. Reconheço que continua a ser minha responsabilidade assegurar que quaisquer montantes por mim devidos à Seguradora sejam pagos à Seguradora.
 - b. Concordo que quaisquer montantes devidos por mim em resultado de dívidas de sinistros devem ser pagos à Seguradora.
 - c. Aceito igualmente que serei responsável por quaisquer custos associados à cobrança de quaisquer dívidas.
8. **Divulgação de informação**
 - a. Confirmando que tenho as autorizações necessárias para divulgar as informações que a Seguradora possa requerer e fornecer as autorizações necessárias relativamente ao(s) meu(s) dependente(s) nomeado(s).
 - b. Confirmando que as informações fornecidas no presente pedido, e em quaisquer outros documentos apresentados em apoio do presente pedido, são verdadeiras, correctas e completas e que não retive, escondi ou adulterei qualquer informação, incluindo qualquer informação que a Seguradora deva saber para avaliar a minha elegibilidade para receber um seguro de saúde.
 - c. Confirmando ainda que compreendo que a minha adesão se tornará nula se a declaração acima for considerada incorrecta e que, nesse caso, todos os montantes pagos a título da minha adesão serão confiscados e que a Seguradora terá ainda o direito de recuperar quaisquer montantes pagos por serviços prestados pelo provedor e/ou por mim próprio.
 - d. Comprometo-me a informar prontamente a Seguradora de qualquer alteração do meu estado de saúde e de qualquer um dos meus dependentes nomeados que ocorra antes da data de registo na Seguradora e reconheço que as informações adicionais podem estar sujeitas a subscrição. Reconheço que não o fazer pode levar a Seguradora a reconsiderar a base do meu pedido de adesão.
 - e. Ao assinar o acordo acima referido, autorizo expressamente a indemnização da Liberty Health Cover, dos seus agentes e/ou administrador contra qualquer sinistro, de qualquer natureza, que possa ser feito contra qualquer um deles; resultante de, como resultado ou em conexão com a divulgação de qualquer informação médica no cumprimento deste acordo.
 - f. Autorizo irrevogavelmente qualquer médico, hospital, instituição médica ou outra pessoa a divulgar informações sobre o meu próprio, ou o estado de saúde dos meus dependentes nomeados, à Seguradora ou a qualquer entidade contratada pela Seguradora a fim de cumprir as suas funções, deveres e obrigações nos termos do presente contrato e concordo que esta autorização permanecerá em vigor após o(s) meu(s) falecimento(s).
 - g. Autorizo a Seguradora a recolher, processar e partilhar as minhas informações pessoais e as de quaisquer dependentes nomeados com qualquer entidade, incluindo qualquer entidade estrangeira, contratada pela Seguradora a fim de cumprir as suas funções, deveres e obrigações nos termos do presente contrato, concordo que a presente autorização permanecerá em vigor após o(s) meu(s) falecimento(s) e compreendo que tal poderá limitar parcialmente o meu(s) direito(s) à privacidade.
9. **Cancelamento**
 - a. Reconheço que, após o cancelamento da minha apólice, quaisquer montantes devidos à Seguradora serão deduzidos de quaisquer montantes que me sejam devidos.
 - b. Confirmando que eu, e todos os meus dependentes, iremos cancelar qualquer cobertura de seguro de saúde existente antes do início da cobertura da Liberty Health.
10. **Contacto pessoal**
 - a. Autorizo a utilização de qualquer um dos dados de contacto indicados neste pedido para me enviar informações relativas à minha apólice (confidenciais ou outras).
 - b. Comprometo-me a informar a Seguradora de qualquer alteração do endereço e dos dados de contacto. A Seguradora não será considerada responsável pelo facto de eu negligenciar informar a Seguradora de quaisquer alterações ao acima mencionado.
 - c. Autorizo que as minhas conversas telefónicas com a Seguradora sejam gravadas e façam parte dos registos da Seguradora. Concordo igualmente que tais registos permaneçam propriedade exclusiva da Seguradora.
11. **Marketing**

A fim de o manter actualizado sobre as actividades sobre a Liberty Health Cover (LHC), gostaríamos de o manter informado, sempre que necessário, através de correio electrónico ou SMS.