



LIBERTY

In it with you

Formulário de Dados Bancários da Liberty Health Cover

Importante:

- Por favor escreva de forma clara utilizando letras maiúsculas e negrito.
- Por favor, preencha todos os campos obrigatórios neste formulário.
- Por favor envie o formulário devidamente preenchido por e-mail para membership@libertyhealth.net, ou para o seu departamento de RH, ou para o nosso Departamento de patrimónios

1. DADOS DO MEMBRO PRINCIPAL

Apelido	<input type="text"/>		
Primeiro(s) nome(s)	<input type="text"/>	Título	<input type="text"/>
Iniciais	<input type="text"/>	Data de nascimento	<input type="text" value="A A A A M M D D"/>
Número do Bilhete de identidade/Passaporte	<input type="text"/>		
Tel casa	<input type="text"/>	Inclua o código do país e da área	
No Telefone	<input type="text"/>	Email	<input type="text"/>
Endereço residencial	<input type="text"/>		
Endereço postal	<input type="text"/>		
	<input type="text"/>	Código postal	<input type="text"/>
Número do trabalhador	<input type="text"/>	Número da apólice	<input type="text"/>
País	<input type="text"/>		

2. DETALHES BANCÁRIOS

- Por favor, certifique-se de que temos os dados correctos da sua conta bancária para o pagamento electrónico dos reembolsos.
- Se adicionar ou alterar os detalhes da sua conta bancária à qual devemos usar para reembolso, por favor forneça-nos TODA documentação abaixo:
 - Este Formulário de Dados Bancários, preenchido e assinado pelo Membro Principal.
 - Uma cópia do documento de identidade do titular da conta, ou passaporte ou ainda a carta de condução válida.
 - Uma carta / extracto bancário com o carimbo do banco, com a indicação do nome do titular da conta, Nome e Código da Agência do Banco.
 - Se o titular da conta não for o membro da Liberty Health Cover, é necessária uma carta assinada pelo membro principal dando o seu consentimento para o pagamento do reembolso para a conta bancária do terceiro.

DECLARAÇÃO: Nenhum dado bancário será aceito sem os documentos obrigatórios acima mencionados.

Nome do titular da conta	<input type="text"/>		
Número de conta	<input type="text"/>		
Tipo de conta	<input type="checkbox"/> Poupanças	<input type="checkbox"/> Cheque	Outros <input type="text"/>
Banco	<input type="text"/>		
Nome da agência	<input type="text"/>	Código da Agência	<input type="text"/>
NIB (se aplicável)	<input type="text"/>	Código SWIFT	<input type="text"/>

3. DECLARAÇÃO DO TOMADOR DA APÓLICE

Dados Bancários

- Eu concordo em comunicar à Seguradora, por escrito, de quaisquer alterações aos meus dados bancários.
- Eu compreendo que ao não o fazer eu serei responsável por quaisquer encargos bancários subsequentes ou outros custos/prejuízos sofridos devido ao uso de dados bancários incorretos.
- Nós estamos comprometidos em tratar com transparência e confidencialidade as suas informações pessoais. A fim de processar o seu pedido, somos obrigados a partilhar, recolher e processar as suas informações pessoais. Tendo em vista este objectivo, as suas informações pessoais são recolhidas e processadas internamente pelo nosso pessoal, Agentes ou subcontratados e enviamos todos os esforços para salvaguardar e proteger as suas informações pessoais. Ao preencher este formulário, dá-nos o seu consentimento para recolher, processar e partilhar as suas informações pessoais. Tem o direito de, a qualquer momento, solicitar o acesso à informação que a Liberty recolheu, processou e partilhou. Para mais informações sobre a forma como as suas informações pessoais são processadas, queira ler a nossa Declaração de Privacidade detalhada no nosso website www.libertyhealth.net

Assinatura do Tomador da Apólice