

VIDA APRIL

Proposta de Adesão

Agradecemos que complete esta Proposta de Adesão na sua totalidade de forma legível, utilizando letra maiúscula. Por favor, leia atentamente e rubrique a Informação Pré-Contratual e a Política de Privacidade, as quais fazem parte integrante deste Kit de Subscrição. Se utilizou o Simulador da APRIL, alguns campos deste documento irão surgir pré-preenchidos. Porém, deve confirmar se os dados estão corretos e corrigi-los, sempre que necessário.

DISTRIBUIDOR	RESERVADO À APRIL PORTUGAL
ID: <input type="text"/>	Contrato: <input type="text"/>
Carimbo / Assinatura:	Processo: <input type="text"/>

INTERVENIENTES NO CONTRATO	
● TOMADOR (A pessoa singular ou coletiva que celebra o Contrato de Seguro com a APRIL, à qual correspondem as obrigações que dele derivam, designadamente o pagamento do Prémio, com exceção daquelas que só possam ser cumpridas pela Pessoa Segura)	
Nomes próprios:.....	Profissão:
Apelidos:	Contactos telefónicos: <input type="text"/>
Nacionalidade:	<input type="text"/>
Cartão de Cidadão: <input type="text"/>	E-mail:
NIF: <input type="text"/>	O seu contrato vai ser enviado por email. Se pretender receber por correio assinalar: <input type="checkbox"/>
Data de Nascimento: <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	Morada:
Sexo: M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	CP: <input type="text"/> / <input type="text"/> Localidade:
Estado Civil:	Distrito: Concelho:
PESSOAS SEGURAS (Pessoa Singular no interesse da qual o Contrato é celebrado ou a pessoa sujeita aos riscos que, nos termos acordados, são objeto deste Contrato)	
● PRIMEIRA PESSOA SEGURA (Preencher apenas se diferente do Tomador do Seguro)	
Nomes próprios:.....	Profissão:
Apelidos:	Contactos telefónicos: <input type="text"/>
Nacionalidade:	<input type="text"/>
Cartão de Cidadão: <input type="text"/>	E-mail:
NIF: <input type="text"/>	O seu contrato vai ser enviado por email. Se pretender receber por correio assinalar: <input type="checkbox"/>
Data de Nascimento: <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	Morada:
Sexo: M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	CP: <input type="text"/> / <input type="text"/> Localidade:
Estado Civil:	Distrito: Concelho:
● SEGUNDA PESSOA SEGURA	
Nomes próprios:.....	Profissão:
Apelidos:	Contactos telefónicos: <input type="text"/>
Nacionalidade:	<input type="text"/>
Cartão de Cidadão: <input type="text"/>	E-mail:
NIF: <input type="text"/>	O seu contrato vai ser enviado por email. Se pretender receber por correio assinalar: <input type="checkbox"/>
Data de Nascimento: <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	Morada:
Sexo: M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	CP: <input type="text"/> / <input type="text"/> Localidade:
Estado Civil:	Distrito: Concelho:

CAPITAL SEGURO

● **CAPITAL SEGURO:** € ,

Limite mínimo de Capital Seguro: €5.000 (cinco mil euros)
Limite máximo de Capital Seguro: €500.000 (quinhentos mil euros)

● **VIDA APRIL: OPÇÕES E COBERTURAS**

Por favor, assinale com um X a opção que pretende subscrever:

ITP <input type="checkbox"/>
Morte + Invalidez Total e Permanente

IAD <input type="checkbox"/>
Morte + Invalidez Absoluta e Definitiva

APRIL Medical Serviço Médico Gratuito <input checked="" type="checkbox"/>
Consultas Médicas + 2ª Opinião Médica + Testes de Hábitos Saudáveis

● **DATA DE INÍCIO:** / /

- Data indicativa e não garantida. A data definitiva será determinada pela APRIL, após análise da proposta e riscos a segurar.

● **FRACIONAMENTO DO PAGAMENTO DO PRÉMIO:** Mensal Trimestral Semestral Anual

● **BENEFICIÁRIOS EM CASO DE MORTE:**

Em caso de falecimento de qualquer uma das Pessoas Seguras, o Capital Seguro reverterá a favor dos seguintes Beneficiários:
(Por favor, assinale com um X a opção pretendida)

- PRIMEIRA PESSOA SEGURA

1. Herdeiros Legais.

2. Outros:

Nomes próprios:.....

Apelidos:

NIF:

Contacto telefónico:

Percentagem do Benefício: %

Nomes próprios:.....

Apelidos:

NIF:

Contacto telefónico:

Percentagem do Benefício: %

Nomes próprios:.....

Apelidos:

NIF:

Contacto telefónico:

Percentagem do Benefício: %

Nomes próprios:.....

Apelidos:

NIF:

Contacto telefónico:

Percentagem do Benefício: %

- SEGUNDA PESSOA SEGURA

1. Herdeiros Legais.

2. Outros:

Nomes próprios:.....

Apelidos:

NIF:

Contacto telefónico:

Percentagem do Benefício: %

Nomes próprios:.....

Apelidos:

NIF:

Contacto telefónico:

Percentagem do Benefício: %

Nomes próprios:.....

Apelidos:

NIF:

Contacto telefónico:

Percentagem do Benefício: %

Nomes próprios:.....

Apelidos:

NIF:

Contacto telefónico:

Percentagem do Benefício: %

● BENEFICIÁRIOS EM CASO DE INVALIDEZ:

Em caso de invalidez de qualquer uma das Pessoas Seguras, o Capital Seguro reverterá a favor da mesma.

DECLARAÇÕES E AUTORIZAÇÕES

● DECLARAÇÃO DE ADESÃO

Os Candidatos confirmam que receberam, antes de se vincularem, todas as Informações Pré-Contratuais, relevantes e exigíveis por Lei, que lhes possibilitam ter uma integral compreensão do produto VA – Vida APRIL, nomeadamente, mas sem limitar, acerca das garantias, benefícios e exclusões daqueles, sobre cujo âmbito e conteúdo ficaram plenamente esclarecidos. Desta forma, e na posse de todos os elementos indispensáveis à contratação do Seguro, declaram, expressamente, a sua intenção de subscrever o produto VA – Vida APRIL, através da presente Proposta de Adesão e demais documentos que a integrem ou complementem, conforme aplicável. Os Candidatos confirmam a veracidade e exatidão de todas as declarações e informações que prestaram no âmbito do seu processo de subscrição, bem como o desconhecimento de quaisquer circunstâncias que possam influenciar a apreciação dos riscos que pretendem segurar. Reconhecem e aceitam, desta forma, que a APRIL, em nome das Seguradoras, nos termos legais, possa, em caso de incumprimento doloso, anular o Contrato de Seguro, ou em caso de incumprimento negligente, propor novas condições para o Seguro, ou eventualmente a sua resolução, provando-se que, em caso algum, cobre os riscos omitidos ou declarados de forma inexata. Por último, os Candidatos declaram conhecer que a APRIL, em nome das Seguradoras, poderá aceitar ou recusar a subscrição do Seguro, após análise de todos os elementos indispensáveis à análise dos riscos.

● DADOS PESSOAIS

Os Candidatos reconhecem que a APRIL recolhe e processa os seus Dados Pessoais constantes do Contrato de Seguro, incluindo em particular os dados por si preenchidos na Proposta de Adesão e quaisquer outros documentos que façam parte do Contrato de Seguro, os quais sejam adequados, pertinentes e não excessivos e objeto de um tratamento lícito, leal e transparente, tendo em vista a finalidade exclusiva de realizar todos os atos inerentes à gestão do Contrato de Seguro, incluindo diligências pré-contratuais a pedido do Tomador do Seguro e para a execução do Contrato de Seguro. O tratamento baseia-se, assim, na necessidade dos mesmos para a execução do Contrato e para diligências pré-contratuais. Alguns dados são, ainda, necessários para o cumprimento de obrigações legais da APRIL, nomeadamente para o cumprimento de obrigações fiscais e da Segurança Social, bem como obrigações legais específicas no ramo dos seguros. Nesse sentido, a APRIL poderá transferir os seus dados a entidades públicas, incluindo a ASF - Autoridade de Supervisão de Seguros e Fundos de Pensões e a AT - Autoridade Tributária, quando esteja legalmente obrigada a fazê-lo. A APRIL poderá, também, transferir os seus dados a outras entidades no âmbito da execução do Contrato, nomeadamente para o seu Agente de Seguros, para as Seguradoras e Resseguradores na qualidade de responsáveis pelos riscos cobertos. A APRIL poderá, também, transferir os seus Dados Pessoais para outras entidades parceiras, que prestem os serviços ou coberturas adicionais por si selecionados. Os seus Dados Pessoais podem, ainda, ser disponibilizados ao Provedor do Cliente, quando o recurso ao mesmo seja admissível e solicitado pelos agora Candidatos. Os Dados Pessoais apenas serão transferidos para outros Estados Membros da União Europeia. Na eventualidade de vir a ser necessária a transferência para um país terceiro, a APRIL assegurará que estarão verificadas todas as condições de licitude e segurança dos dados relativos a essa transferência.

Data: / /

Assinatura do Tomador do Seguro: (assinatura conforme CC)

Assinatura da Primeira Pessoa Segura: (assinatura conforme CC)

Assinatura da Segunda Pessoa Segura: (assinatura conforme CC)

DECLARAÇÕES E AUTORIZAÇÕES

● TRATAMENTO E COMUNICAÇÃO DE DADOS PESSOAIS PARA MARKETING DIRETO

Caso seja do seu interesse, os seus dados de identificação (nome) e contacto (morada, e-mail, nº de telefone) poderão ser utilizados pela APRIL para a comercialização de produtos e serviços e para fins de Marketing, incluindo por exemplo, contacto por SMS, MMS e correio eletrónico.

Consinto na utilização dos meus dados para estes efeitos. Sim Não

Data: / /

Assinatura do Tomador do Seguro: (assinatura conforme CC)

Assinatura da Primeira Pessoa Segura: (assinatura conforme CC)

Assinatura da Segunda Pessoa Segura: (assinatura conforme CC)



Av. da República, 45, 4º Esq.
1050-187 Lisboa
Tel.: +351 213 433 362
E-mail: areadecliente@april-portugal.pt
www.april-portugal.pt

Linha APRIL 808 300 123
(custo de chamada local)

Horário de atendimento:
Atendimento Geral: 9h às 13h / 14h às 17h
Sinistros: 9h às 13h / 14h às 17h

VIDA APRIL

Questionário de Adesão

Este Questionário é parte integrante da Proposta de Adesão e deve ser obrigatoriamente preenchido, assinado e declarado na sua totalidade, pelo Candidato a Pessoa Segura.

Proposta:

DISTRIBUIDOR
ID: <input type="text"/>
Carimbo/ Assinatura:

RESERVADO À APRIL PORTUGAL
Contrato: <input type="text"/>
Processo: <input type="text"/>

Assinale as suas respostas com um X e indique detalhes quando solicitado e aplicável.

INTERVENIENTES DO CONTRATO	Cada Pessoa Segura deverá preencher um Questionário de Adesão
1	Nome completo: 1ª Pessoa Segura <input type="checkbox"/> 2ª Pessoa Segura <input type="checkbox"/> Índices biométricos: Altura: __, __ metros Peso ____, __ Kg Tensão Arterial (máxima e mínima): __, __/__, __

ATIVIDADES / HÁBITOS	
2	<ul style="list-style-type: none">2.1 - Profissão: A sua profissão envolve trabalho na indústria pesqueira, na produção de óleo ou de gás, ou na mineração, atividade subaquática ou no subsolo, manuseamento de explosivos ou maquinaria pesada, trabalho nas forças armadas, como bombeiro ou em alturas superiores a 15m? Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>2.2 - Fuma? Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Em caso afirmativo, indique a quantidade diária de cigarros:2.3 - Consome álcool? Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Em caso afirmativo, indique o seu consumo de álcool semanal em unidades (1 unidade = 1 cerveja, 1 copo de vinho ou 2cl de licores):.....2.4 - Alguma vez consumiu cocaína, anfetaminas ou outros estimulantes, barbitúricos ou outros sedativos, marijuana ou outros alucinogénios, heroína, morfina, ópio ou outros narcóticos? Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Em caso afirmativo, indique os detalhes e data do último consumo:

DOENÇAS E INCAPACIDADES	
3	<ul style="list-style-type: none">3.1 - Alguma vez foi submetido (ou aconselhado a ser) a consulta, investigação médica ou algum tratamento médico, psiquiátrico ou de reabilitação, ou foi hospitalizado por alguma doença ou acidente (não considerar gravidez, amigdalite, extração dental, vasectomia, laqueação de trompas, apendicite ou cirurgia estética)? Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Em caso afirmativo indique a doença, data de diagnóstico, sintomas, medicação atual e outros tratamentos:3.2 - Tem prevista alguma consulta médica ou a realização de algum exame ou prova médica (como por exemplo análises, radiografias, TAC/scanner, ressonância, mamografia, ecografia, electrocardiograma, ecocardiograma ou outra), ou está à espera do resultado de algum diagnóstico ou de ser hospitalizado (não considerar gravidez, amigdalite, extração dental, vasectomia, ligadura de trompas, apendicite ou cirurgia estética)? Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Em caso afirmativo, indique os detalhes:

DOENÇAS E INCAPACIDADES

- **3.3 - Sofre de alguma doença ou condição crónica que exija tratamento ou cuidados médicos periódicos?** Sim Não

Em caso afirmativo indique os detalhes:

.....

.....

- **3.4 - Foi-lhe diagnosticado, esteve ou está atualmente a ser alvo de acompanhamento médico relacionado com Avaliação ou Diagnóstico do novo coronavírus (SARS-CoV-2/COVID-19), ou em contacto com portadores ou possíveis portadores do vírus?** Sim Não

Especifique:

.....

- **3.5 - Sente ou sentiu, nos últimos 14 dias, algum dos seguintes sintomas: Febre, Tosse, Dificuldade para respirar, Mal-estar (cansaço semelhante à gripe), Rinorreia (secreção de muco pelo nariz), Dor de garganta, Sintomas Gastrointestinais como náusea, vômito e/ou diarreia?** Sim Não

Especifique:

.....

- **3.6 - Encontra-se atualmente em situação de baixa laboral por doença ou acidente, ou tem alguma incapacidade ou invalidez, ou encontra-se em processo de requerimento e avaliação?** Sim Não

DECLARAÇÕES E AUTORIZAÇÕES

● OS SEUS DADOS DE SAÚDE:

A APRIL e as Seguradoras poderão ter necessidade, quer para efeitos de aceitação do Contrato, quer para efeitos de gestão e regularização de Sinistro, de aceder a dados pessoais de saúde da Pessoa Segura. Tal acesso apenas pode ter lugar desde que, para tal, a Pessoa Segura haja dado o seu consentimento informado, livre, específico e expresso, sendo o seu acesso processado de acordo com disposições legais em vigor. Assim, solicitamos-lhe que confirme o seu consentimento relativamente ao tratamento desses dados de saúde.

O tratamento dos seus dados relativos à saúde baseia-se na necessidade dos mesmos para a execução do Contrato e para diligências pré-contratuais, sendo que também consideramos que o referido tratamento é necessário por motivos de interesse público importante, não obstante necessitarmos do seu consentimento para o tratamento dos mesmos. A APRIL poderá, também, transferir os seus dados a outras entidades no âmbito da execução do Contrato, nomeadamente para as Seguradoras e Resseguradora responsáveis pela cobertura dos riscos, bem como para o Médico designado pela APRIL e/ou empresas de prestação de serviços de saúde relativamente a quaisquer exames que sejam necessários, não sendo os dados transferidos para outros países que não sejam Estados Membros da União Europeia. Os seus dados de saúde não serão transmitidos a quaisquer outros terceiros e serão conservados apenas pelo tempo de vigência do Contrato de Seguro e do prazo de prescrição de direitos ao abrigo do mesmo. No entanto, caso o Contrato de Seguro não venha a ser celebrado, os seus dados serão retidos apenas pelo **prazo de um ano**. Em caso de um Sinistro, os dados poderão ainda ser transmitidos aos nossos consultores legais, no âmbito e exclusivamente para o efeito de declaração ou exercício de um direito num processo judicial. Mais autoriza o Candidato que os seus dados pessoais possam ser disponibilizados ao Provedor do Cliente, quando o recurso ao mesmo seja admissível e solicitado pelo agora Candidato.

Consinto no processamento dos meus dados de Saúde. Sim Não

Data: / /

Assinatura da Pessoa Segura: (assinatura conforme CC)

● ACESSO A DADOS DE SAÚDE PELA APRIL:

O Candidato autoriza, ainda, o Médico designado pela APRIL a solicitar a qualquer outro Médico ou profissional de saúde as informações e documentos, nomeadamente relatórios clínicos, relatórios de internamento e resultados de exames auxiliares de diagnóstico, relativos à sua saúde, que sejam necessários para analisar o risco agora proposto ou para determinar a origem, causas, evolução e consequências de qualquer Sinistro que venha a ser participado futuramente. Autoriza, igualmente, os referidos Médicos e profissionais de saúde a prestarem ao Médico designado pela APRIL as informações e documentos por este solicitado no âmbito da presente autorização, o qual transmitirá posteriormente esses dados à APRIL. Os dados serão tratados pela APRIL nos termos do disposto supra relativo a "Os seus dados de Saúde".

Consinto na solicitação e posterior tratamento dos meus dados de Saúde. Sim Não

Data: / /

Assinatura da Pessoa Segura: (assinatura conforme CC)



Av. da República, 45, 4º Esq.
1050-187 Lisboa
Tel.: +351 213 433 362
E-mail: areadecliente@april-portugal.pt
www.april-portugal.pt

Linha APRIL 808 300 123
(custo de chamada local)

Horário de atendimento:
Atendimento Geral: 9h às 13h / 14h às 17h
Sinistros: 9h às 13h / 14h às 17h

VIDA APRIL

Questionário de Adesão

Este Questionário é parte integrante da Proposta de Adesão e deve ser obrigatoriamente preenchido, assinado e declarado na sua totalidade, pelo Candidato a Pessoa Segura.

Proposta:

DISTRIBUIDOR
ID: <input type="text"/>
Carimbo/ Assinatura:

RESERVADO À APRIL PORTUGAL
Contrato: <input type="text"/>
Processo: <input type="text"/>

Assinale as suas respostas com um X e indique detalhes quando solicitado e aplicável.

INTERVENIENTES DO CONTRATO	Cada Pessoa Segura deverá preencher um Questionário de Adesão
1	Nome completo:
	1ª Pessoa Segura <input type="checkbox"/> 2ª Pessoa Segura <input type="checkbox"/>
	Índices biométricos: Altura: __, __ metros Peso ____, __ Kg Tensão Arterial (máxima e mínima): __, __/__, __

ATIVIDADES / HÁBITOS	
2	<p>● 2.1 - Profissão: A sua profissão envolve trabalho na indústria pesqueira, na produção de óleo ou de gás, ou na mineração, atividade subaquática ou no subsolo, manuseamento de explosivos ou maquinaria pesada, trabalho nas forças armadas, como bombeiro ou em alturas superiores a 15m? Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/></p> <p>● 2.2 - Fuma? Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Em caso afirmativo, indique a quantidade diária de cigarros:</p> <p>● 2.3 - Consome álcool? Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Em caso afirmativo, indique o seu consumo de álcool semanal em unidades (1 unidade = 1 cerveja, 1 copo de vinho ou 2cl de licores):</p> <p>● 2.4 - Alguma vez consumiu cocaína, anfetaminas ou outros estimulantes, barbitúricos ou outros sedativos, marijuana ou outros alucinogénios, heroína, morfina, ópio ou outros narcóticos? Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Em caso afirmativo, indique os detalhes e data do último consumo:</p>

DOENÇAS E INCAPACIDADES	
3	<p>● 3.1 - Alguma vez foi submetido (ou aconselhado a ser) a consulta, investigação médica ou algum tratamento médico, psiquiátrico ou de reabilitação, ou foi hospitalizado por alguma doença ou acidente (não considerar gravidez, amigdalite, extração dental, vasectomia, laqueação de trompas, apendicite ou cirurgia estética)? Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Em caso afirmativo indique a doença, data de diagnóstico, sintomas, medicação atual e outros tratamentos:</p> <p>● 3.2 - Tem prevista alguma consulta médica ou a realização de algum exame ou prova médica (como por exemplo análises, radiografias, TAC/scanner, ressonância, mamografia, ecografia, electrocardiograma, ecocardiograma ou outra), ou está à espera do resultado de algum diagnóstico ou de ser hospitalizado (não considerar gravidez, amigdalite, extração dental, vasectomia, ligadura de trompas, apendicite ou cirurgia estética)? Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Em caso afirmativo, indique os detalhes:</p>

DOENÇAS E INCAPACIDADES

- **3.3 - Sofre de alguma doença ou condição crónica que exija tratamento ou cuidados médicos periódicos?** Sim Não

Em caso afirmativo indique os detalhes:

.....

.....

- **3.4 - Foi-lhe diagnosticado, esteve ou está atualmente a ser alvo de acompanhamento médico relacionado com Avaliação ou Diagnóstico do novo coronavírus (SARS-CoV-2/COVID-19), ou em contacto com portadores ou possíveis portadores do vírus?** Sim Não

Especifique:

.....

- **3.5 - Sente ou sentiu, nos últimos 14 dias, algum dos seguintes sintomas: Febre, Tosse, Dificuldade para respirar, Mal-estar (cansaço semelhante à gripe), Rinorreia (secreção de muco pelo nariz), Dor de garganta, Sintomas Gastrointestinais como náusea, vômito e/ou diarreia?** Sim Não

Especifique:

.....

- **3.6 - Encontra-se atualmente em situação de baixa laboral por doença ou acidente, ou tem alguma incapacidade ou invalidez, ou encontra-se em processo de requerimento e avaliação?** Sim Não

DECLARAÇÕES E AUTORIZAÇÕES

● OS SEUS DADOS DE SAÚDE:

A APRIL e as Seguradoras poderão ter necessidade, quer para efeitos de aceitação do Contrato, quer para efeitos de gestão e regularização de Sinistro, de aceder a dados pessoais de saúde da Pessoa Segura. Tal acesso apenas pode ter lugar desde que, para tal, a Pessoa Segura haja dado o seu consentimento informado, livre, específico e expresso, sendo o seu acesso processado de acordo com disposições legais em vigor. Assim, solicitamos-lhe que confirme o seu consentimento relativamente ao tratamento desses dados de saúde.

O tratamento dos seus dados relativos à saúde baseia-se na necessidade dos mesmos para a execução do Contrato e para diligências pré-contratuais, sendo que também consideramos que o referido tratamento é necessário por motivos de interesse público importante, não obstante necessitarmos do seu consentimento para o tratamento dos mesmos. A APRIL poderá, também, transferir os seus dados a outras entidades no âmbito da execução do Contrato, nomeadamente para as Seguradoras e Resseguradora responsáveis pela cobertura dos riscos, bem como para o Médico designado pela APRIL e/ou empresas de prestação de serviços de saúde relativamente a quaisquer exames que sejam necessários, não sendo os dados transferidos para outros países que não sejam Estados Membros da União Europeia. Os seus dados de saúde não serão transmitidos a quaisquer outros terceiros e serão conservados apenas pelo tempo de vigência do Contrato de Seguro e do prazo de prescrição de direitos ao abrigo do mesmo. No entanto, caso o Contrato de Seguro não venha a ser celebrado, os seus dados serão retidos apenas pelo **prazo de um ano**. Em caso de um Sinistro, os dados poderão ainda ser transmitidos aos nossos consultores legais, no âmbito e exclusivamente para o efeito de declaração ou exercício de um direito num processo judicial. Mais autoriza o Candidato que os seus dados pessoais possam ser disponibilizados ao Provedor do Cliente, quando o recurso ao mesmo seja admissível e solicitado pelo agora Candidato.

Consinto no processamento dos meus dados de Saúde. Sim Não

Data: / /

Assinatura da Pessoa Segura: (assinatura conforme CC)

● ACESSO A DADOS DE SAÚDE PELA APRIL:

O Candidato autoriza, ainda, o Médico designado pela APRIL a solicitar a qualquer outro Médico ou profissional de saúde as informações e documentos, nomeadamente relatórios clínicos, relatórios de internamento e resultados de exames auxiliares de diagnóstico, relativos à sua saúde, que sejam necessários para analisar o risco agora proposto ou para determinar a origem, causas, evolução e consequências de qualquer Sinistro que venha a ser participado futuramente. Autoriza, igualmente, os referidos Médicos e profissionais de saúde a prestarem ao Médico designado pela APRIL as informações e documentos por este solicitado no âmbito da presente autorização, o qual transmitirá posteriormente esses dados à APRIL. Os dados serão tratados pela APRIL nos termos do disposto supra relativo a "Os seus dados de Saúde".

Consinto na solicitação e posterior tratamento dos meus dados de Saúde. Sim Não

Data: / /

Assinatura da Pessoa Segura: (assinatura conforme CC)



Av. da República, 45, 4º Esq.
1050-187 Lisboa
Tel.: +351 213 433 362
E-mail: areadecliente@april-portugal.pt
www.april-portugal.pt

Linha APRIL 808 300 123
(custo de chamada local)

Horário de atendimento:
Atendimento Geral: 9h às 13h / 14h às 17h
Sinistros: 9h às 13h / 14h às 17h

VIDA APRIL

Questionário de Adesão

Este Questionário é parte integrante da Proposta de Adesão e deve ser obrigatoriamente preenchido, assinado e declarado na sua totalidade, pelo Candidato a Pessoa Segura.

Proposta:

DISTRIBUIDOR
ID: <input type="text"/>
Carimbo/ Assinatura:

RESERVADO À APRIL PORTUGAL
Contrato: <input type="text"/>
<input type="text"/>
<input type="text"/>
Processo: <input type="text"/>

Assinale as suas respostas com um X e indique detalhes quando solicitado e aplicável.

INTERVENIENTES DO CONTRATO

Cada Pessoa Segura deverá preencher um Questionário de Adesão

1 Nome completo:
1ª Pessoa Segura 2ª Pessoa Segura

ÍNDICES BIOMÉTRICOS

2 Peso _____, ____Kg
 O seu peso alterou mais do que 5Kg no último ano? Sim Não
Se sim, indique o motivo:
 Altura: ____, ____ metros
 Tensão Arterial (máxima e mínima): ____, ____/____, ____
 Faz medicação para controlo da Tensão Arterial? Sim Não
Especifique:

ATIVIDADES/ HÁBITOS

3 **3.1 - É fumador(a) ou foi nos últimos 2 anos?** Sim Não
Indique a média diária e o tipo de tabaco: Se não, alguma vez foi fumador? Sim Não
Se sim, indique quantos cigarros por dia ou quando deixou de fumar:
 3.2 - Consome bebidas alcoólicas? _____ Em caso afirmativo indique o consumo diário e o tipo de bebida?
 3.3 - Consome ou alguma vez consumiu alguma espécie de estupefacientes? Sim Não Especifique:
 3.4 - Foi alguma vez submetido a algum tratamento relacionado com consumo de drogas ou álcool?
Sim Não Especifique:
 3.5 - Se pratica regularmente algum desporto profissional, ou de competição, ainda que amador, que se inclua nas áreas desportivas abaixo descritas, indique por favor:
Combate Equestre Motorizado Aquáticos Desportos de Montanha e/ou Inverno
Desportos radicais ou atividades similares Outros
 3.6 - Alguma vez participou em quaisquer atividades perigosas (Exemplo: desportos motorizados, mergulho, aviação ou desportos similares)?
Sim Não Em caso afirmativo, detalhe o tipo de atividade, referindo número de participações e qualificações:
 3.7 - Deseja ficar coberto dos riscos decorrentes da(s) prática(s) desportiva(s) assinalada(s)? Sim Não
 3.8 - Encontra-se atualmente a exercer uma atividade profissional? Sim Não
Se não, por que motivo?
Se sim, qual é a sua profissão atual?
 3.9 - A sua profissão está associada a trabalhos na indústria agrícola ou das pescas, petróleo, produção de gás, subaquático, subterrâneo, com explosivos, nas Forças Armadas, desportista profissional, trabalho em alturas acima de 15m, ou utilizando maquinaria pesada?
Sim Não Especifique:
 3.10 - Tem previsto residir ou viajar fora da União Europeia por períodos superiores a 6 semanas? Sim Não
Se sim, indique para que países:

DOENÇAS E INCAPACIDADES

● **4.1 - Possui ou encontra-se em avaliação de algum tipo de invalidez ou incapacidade?** Sim Não

Se sim, indique qual(ais):
.....
Percentagem respetiva: _____ , _____ %

Descreva as causas, datas e sequelas da incapacidade ou invalidez:
.....
.....

● **4.2 - Alguma vez lhe foram diagnosticados resultados analíticos positivos para as patologias de HIV ou Hepatite B e C, ou aguarda resultados às mesmas?** Sim Não

● **4.3 - Foi-lhe diagnosticado, esteve ou está atualmente a ser alvo de acompanhamento médico relacionado com:**

Sim Não

- a) Enfarte do miocárdio, Angina de Peito, Sopro Cardíaco, Hipertensão arterial ou outra qualquer patologia ou anomalia do foro cardíaco, artérias e/ou veias?
- b) Íctus cerebral, acidente cerebrovascular, ataque isquémico transitório, epilepsia ou qualquer transtorno ou doença cerebral?
- c) Cancro, Tumores, Leucemia, Doença de Hodgkin, Quistos moles ou qualquer nódulo benigno ou maligno?
- d) Esclerose Múltipla, Neurite Ótica, Epilepsia, Paralisia Cerebral ou qualquer outro transtorno ou doença do cérebro e/ou do sistema nervoso, incluindo sintomas de entorpecimento, formigueiro, tremor, tonturas, visão dupla ou embaciada, paralisia, vertigem, perda temporária de capacidade muscular ou de sensibilidade?
- e) Doença do sistema imunitário como Artrite Reumática, Lúpus, outras?
- f) Diabetes, Açúcar na Urina, Colesterol Elevado ou Doenças da Tireoideia?
- g) Qualquer forma de perturbação nervosa ou mental, incluindo sintomas de ansiedade, depressão, palpitações, stress, crises nervosas, doença bipolar, esquizofrenia, insónia ou cansaço?
- h) Anemia ou qualquer Doença do Sangue?
- i) Úlceras, Colites, Gastrite Crónica, Esófago de Barrett, Doença de Crohn, ou qualquer outro transtorno ou anomalia que afete o estômago, intestino, fígado, pâncreas ou baço?
- j) Problemas renais, urinários, bexiga ou dos órgãos reprodutores, como nefrite, insuficiência renal, transtorno da próstata, outros?
- k) Hernia Discal, Artrose, Fibromialgia, Osteoporose ou qualquer outra doença a nível ortopédico ou reumatismal?
- l) Órgãos respiratórios como EPOC, enfisema, asma, bronquite crónica, outros ?
- m) Órgão dos sentidos audição e visão (indique dioptrias caso se aplique)?
- n) Avaliação ou Diagnóstico novo coronavírus (SARS-CoV-2/COVID-19)?
- o) Qualquer outra patologia que não se enquadre nas anteriormente descritas?

- Indique detalhes sobre todas as respostas afirmativas referindo, nomeadamente, diagnósticos, data, sequelas e duração de qualquer doença: **Exemplo - f) Diabético desde 2015 dependente de insulina**

Alínea) | Motivo

Alínea)	Motivo

● **4.4 - Nos últimos 5 anos anteriores à data de subscrição do seguro, foi hospitalizado, submetido a alguma intervenção cirúrgica, sofreu algum acidente, esteve em situação de incapacidade temporária por um período superior a 3 meses ou aguarda qualquer resultado de exames recentes?** Sim Não Especifique:

● **4.5 - Está a aguardar alguma consulta médica, diagnóstico ou resultados de exames médicos e/ou está ou prevê ser submetido a alguma cirurgia, tratamento ou hospitalização?** Sim Não Especifique:

● **4.6 - Toma alguma medicação atualmente?**
Sim Não Indique quais, quando e porquê:

● **4.7 - Sente ou sentiu nos últimos 14 dias, algum dos seguintes sintomas: Febre, Tosse, Dificuldade para respirar, Mal-estar (cansaço semelhante à gripe), Rinorreia (secreção de muco pelo nariz), Dor de garganta, Sintomas gastrointestinais como náusea, vômito e/ou diarreia?** Sim Não
Especifique:

Se respondeu afirmativamente a uma ou mais questões do quadro 4, por favor anexe relatórios ou documentação clínica que comprovem a situação atual.
A APRIL poderá solicitar o preenchimento de Questionários específicos que complementem o presente Questionário.
A APRIL poderá, igualmente, solicitar a realização de exames médicos ou informações adicionais sempre que tal se confirme necessário para análise dos riscos a segurar. Em qualquer dos casos contactá-lo-emos no sentido de obter os dados imprescindíveis para o seu processo de adesão.

4

DECLARAÇÕES E AUTORIZAÇÕES

● OS SEUS DADOS DE SAÚDE:

A APRIL e as Seguradoras poderão ter necessidade, quer para efeitos de aceitação do Contrato, quer para efeitos de gestão e regularização de Sinistro, de aceder a dados pessoais de saúde da Pessoa Segura. Tal acesso apenas pode ter lugar desde que, para tal, a Pessoa Segura haja dado o seu consentimento informado, livre, específico e expresso, sendo o seu acesso processado de acordo com disposições legais em vigor. Assim, solicitamos-lhe que confirme o seu consentimento relativamente ao tratamento desses dados de saúde.

O tratamento dos seus dados relativos à saúde baseia-se na necessidade dos mesmos para a execução do Contrato e para diligências pré-contratuais, sendo que também consideramos que o referido tratamento é necessário por motivos de interesse público importante, não obstante necessitarmos do seu consentimento para o tratamento dos mesmos. A APRIL poderá, também, transferir os seus dados a outras entidades no âmbito da execução do Contrato, nomeadamente para as Seguradoras e Resseguradora responsáveis pela cobertura dos riscos, bem como para o Médico designado pela APRIL e/ou empresas de prestação de serviços de saúde relativamente a quaisquer exames que sejam necessários, não sendo os dados transferidos para outros países que não sejam Estados Membros da União Europeia. Os seus dados de saúde não serão transmitidos a quaisquer outros terceiros e serão conservados apenas pelo tempo de vigência do Contrato de Seguro e do prazo de prescrição de direitos ao abrigo do mesmo. No entanto, caso o Contrato de Seguro não venha a ser celebrado, os seus dados serão retidos apenas pelo **prazo de 1 (um) ano**. Em caso de um Sinistro, os dados poderão ainda ser transmitidos aos nossos consultores legais, no âmbito e exclusivamente para o efeito de declaração ou exercício de um direito num processo judicial. Mais autorizam o Candidato que os seus dados pessoais possam ser disponibilizados ao Provedor do Cliente, quando o recurso ao mesmo seja admissível e solicitado pelo agora Candidato.

Consinto no processamento dos meus dados de Saúde. Sim Não

Data: / /

Assinatura da Pessoa Segura: (assinatura conforme CC)

● ACESSO A DADOS DE SAÚDE PELA APRIL:

Os Candidatos autorizam ainda, o Médico designado pela APRIL a solicitar a qualquer outro Médico ou profissional de saúde as informações e documentos, nomeadamente relatórios clínicos, relatórios de internamento e resultados de exames auxiliares de diagnóstico, relativos à sua saúde que sejam necessários para analisar o risco agora proposto ou para determinar a origem, causas, evolução e consequências de qualquer Sinistro que venha a ser participado futuramente. Autorizam, igualmente os referidos Médicos e profissionais de saúde a prestarem ao Médico designado pela APRIL as informações e documentos por este solicitado no âmbito da presente autorização, o qual transmitirá posteriormente esses dados à APRIL. Os dados serão tratados pela APRIL nos termos do disposto supra relativo a "Os seus dados de Saúde".

Consinto na solicitação e posterior tratamento dos meus dados de Saúde. Sim Não

Data: / /

Assinatura da Pessoa Segura: (assinatura conforme CC)



Av. da República, 45, 4º Esq.
1050-187 Lisboa
Tel.: +351 213 433 362
E-mail: areadecliente@april-portugal.pt
www.april-portugal.pt

Linha APRIL 808 300 123
{custo de chamada local}

Horário de atendimento:
Atendimento Geral: 9h às 13h / 14h às 17h
Sinistros: 9h às 13h / 14h às 17h

VIDA APRIL

Questionário de Adesão

Este Questionário é parte integrante da Proposta de Adesão e deve ser obrigatoriamente preenchido, assinado e declarado na sua totalidade, pelo Candidato a Pessoa Segura.

Proposta:

DISTRIBUIDOR
ID: <input type="text"/>
Carimbo/ Assinatura:

RESERVADO À APRIL PORTUGAL
Contrato: <input type="text"/>
<input type="text"/>
<input type="text"/>
Processo: <input type="text"/>

Assinale as suas respostas com um X e indique detalhes quando solicitado e aplicável.

INTERVENIENTES DO CONTRATO

Cada Pessoa Segura deverá preencher um Questionário de Adesão

1

Nome completo:

1ª Pessoa Segura 2ª Pessoa Segura

ÍNDICES BIOMÉTRICOS

2

● Peso _____, ____Kg

● O seu peso alterou mais do que 5Kg no último ano? Sim Não

Se sim, indique o motivo:

● Altura: ____, ____ metros

● Tensão Arterial (máxima e mínima): ____, ____ / ____, ____

● Faz medicação para controlo da Tensão Arterial? Sim Não

Especifique:

ATIVIDADES/ HÁBITOS

3

● 3.1 - É fumador(a) ou foi nos últimos 2 anos? Sim Não

Indique a média diária e o tipo de tabaco: Se não, alguma vez foi fumador? Sim Não

Se sim, indique quantos cigarros por dia ou quando deixou de fumar:

● 3.2 - Consome bebidas alcoólicas? _____ Em caso afirmativo indique o consumo diário e o tipo de bebida?

● 3.3 - Consome ou alguma vez consumiu alguma espécie de estupefacientes? Sim Não Especifique:

● 3.4 - Foi alguma vez submetido a algum tratamento relacionado com consumo de drogas ou álcool?

Sim Não Especifique:

● 3.5 - Se pratica regularmente algum desporto profissional, ou de competição, ainda que amador, que se inclua nas áreas desportivas abaixo descritas, indique por favor:

Combate Equestre Motorizado Aquáticos Desportos de Montanha e/ou Inverno

Desportos radicais ou atividades similares Outros

● 3.6 - Alguma vez participou em quaisquer atividades perigosas (Exemplo: desportos motorizados, mergulho, aviação ou desportos similares)?

Sim Não Em caso afirmativo, detalhe o tipo de atividade, referindo número de participações e qualificações:

● 3.7 - Deseja ficar coberto dos riscos decorrentes da(s) prática(s) desportiva(s) assinalada(s)? Sim Não

● 3.8 - Encontra-se atualmente a exercer uma atividade profissional? Sim Não

Se não, por que motivo?

Se sim, qual é a sua profissão atual?

● 3.9 - A sua profissão está associada a trabalhos na indústria agrícola ou das pescas, petróleo, produção de gás, subaquático, subterrâneo, com explosivos, nas Forças Armadas, desportista profissional, trabalho em alturas acima de 15m, ou utilizando maquinaria pesada?

Sim Não Especifique:

● 3.10 - Tem previsto residir ou viajar fora da União Europeia por períodos superiores a 6 semanas? Sim Não

Se sim, indique para que países:

DOENÇAS E INCAPACIDADES

● 4.1 - Possui ou encontra-se em avaliação de algum tipo de invalidez ou incapacidade? Sim Não

Se sim, indique qual(ais):

 Percentagem respetiva: _____, _____ %

Descreva as causas, datas e sequelas da incapacidade ou invalidez:

● 4.2 - Alguma vez lhe foram diagnosticados resultados analíticos positivos para as patologias de HIV ou Hepatite B e C, ou aguarda resultados às mesmas? Sim Não

● 4.3 - Foi-lhe diagnosticado, esteve ou está atualmente a ser alvo de acompanhamento médico relacionado com:

Sim Não

- | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|
| a) Enfarte do miocárdio, Angina de Peito, Sopro Cardíaco, Hipertensão arterial ou outra qualquer patologia ou anomalia do foro cardíaco, artérias e/ou veias?..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b) Íctus cerebral, acidente cerebrovascular, ataque isquémico transitório, epilepsia ou qualquer transtorno ou doença cerebral?..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c) Cancro, Tumores, Leucemia, Doença de Hodgkin, Quistos moles ou qualquer nódulo benigno ou maligno?..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d) Esclerose Múltipla, Neurite Ótica, Epilepsia, Paralisia Cerebral ou qualquer outro transtorno ou doença do cérebro e/ou do sistema nervoso, incluindo sintomas de entorpecimento, formigueiro, tremor, tonturas, visão dupla ou embaciada, paralisia, vertigem, perda temporária de capacidade muscular ou de sensibilidade?..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| e) Doença do sistema imunitário como Artrite Reumática, Lúpus, outras?..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| f) Diabetes, Açúcar na Urina, Colesterol Elevado ou Doenças da Tireoideia?..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| g) Qualquer forma de perturbação nervosa ou mental, incluindo sintomas de ansiedade, depressão, palpitações, stress, crises nervosas, doença bipolar, esquizofrenia, insónia ou cansaço?..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| h) Anemia ou qualquer Doença do Sangue?..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| i) Úlceras, Colites, Gastrite Crónica, Esófago de Barrett, Doença de Crohn, ou qualquer outro transtorno ou anomalia que afete o estômago, intestino, fígado, pâncreas ou baço?..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| j) Problemas renais, urinários, bexiga ou dos órgãos reprodutores, como nefrite, insuficiência renal, transtorno da próstata, outros?..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| k) Hérnia Discal, Artrose, Fibromialgia, Osteoporose ou qualquer outra doença a nível ortopédico ou reumatismal?..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| l) Órgãos respiratórios como EPOC, enfisema, asma, bronquite crónica, outros?..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| m) Órgão dos sentidos audição e visão (indique dioptrias caso se aplique)?..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| n) Avaliação ou Diagnóstico novo coronavírus (SARS-CoV-2/COVID-19)?..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| o) Qualquer outra patologia que não se enquadre nas anteriormente descritas?..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

- Indique detalhes sobre todas as respostas afirmativas referindo, nomeadamente, diagnósticos, data, sequelas e duração de qualquer doença: **Exemplo - f)**
Diabético desde 2015 dependente de insulina

Alínea) | *Motivo*

<i>Alínea)</i>	<i>Motivo</i>

● 4.4 - Nos últimos 5 anos anteriores à data de subscrição do seguro, foi hospitalizado, submetido a alguma intervenção cirúrgica, sofreu algum acidente, esteve em situação de incapacidade temporária por um período superior a 3 meses ou aguarda qualquer resultado de exames recentes? Sim Não Especifique:.....

● 4.5 - Está a aguardar alguma consulta médica, diagnóstico ou resultados de exames médicos e/ou está ou prevê ser submetido a alguma cirurgia, tratamento ou hospitalização? Sim Não Especifique:

● 4.6 - Toma alguma medicação atualmente?

Sim Não Indique quais, quando e porquê:

● 4.7 - Sente ou sentiu nos últimos 14 dias, algum dos seguintes sintomas: Febre, Tosse, Dificuldade para respirar, Mal-estar (cansaço semelhante à gripe), Rinorreia (secreção de muco pelo nariz), Dor de garganta, Sintomas gastrointestinais como náusea, vômito e/ou diarreia? Sim Não

Especifique:.....

Se respondeu afirmativamente a uma ou mais questões do quadro 4, por favor anexe relatórios ou documentação clínica que comprovem a situação atual.

A APRIL poderá solicitar o preenchimento de Questionários específicos que complementem o presente Questionário.

A APRIL poderá, igualmente, solicitar a realização de exames médicos ou informações adicionais sempre que tal se confirme necessário para análise dos riscos a segurar. Em qualquer dos casos contactá-lo-emos no sentido de obter os dados imprescindíveis para o seu processo de adesão.

DECLARAÇÕES E AUTORIZAÇÕES

● OS SEUS DADOS DE SAÚDE:

A APRIL e as Seguradoras poderão ter necessidade, quer para efeitos de aceitação do Contrato, quer para efeitos de gestão e regularização de Sinistro, de aceder a dados pessoais de saúde da Pessoa Segura. Tal acesso apenas pode ter lugar desde que, para tal, a Pessoa Segura haja dado o seu consentimento informado, livre, específico e expresso, sendo o seu acesso processado de acordo com disposições legais em vigor. Assim, solicitamos-lhe que confirme o seu consentimento relativamente ao tratamento desses dados de saúde.

O tratamento dos seus dados relativos à saúde baseia-se na necessidade dos mesmos para a execução do Contrato e para diligências pré-contratuais, sendo que também consideramos que o referido tratamento é necessário por motivos de interesse público importante, não obstante necessitarmos do seu consentimento para o tratamento dos mesmos. A APRIL poderá, também, transferir os seus dados a outras entidades no âmbito da execução do Contrato, nomeadamente para as Seguradoras e Resseguradora responsáveis pela cobertura dos riscos, bem como para o Médico designado pela APRIL e/ou empresas de prestação de serviços de saúde relativamente a quaisquer exames que sejam necessários, não sendo os dados transferidos para outros países que não sejam Estados Membros da União Europeia. Os seus dados de saúde não serão transmitidos a quaisquer outros terceiros e serão conservados apenas pelo tempo de vigência do Contrato de Seguro e do prazo de prescrição de direitos ao abrigo do mesmo. No entanto, caso o Contrato de Seguro não venha a ser celebrado, os seus dados serão retidos apenas pelo **prazo de 1 (um) ano**. Em caso de um Sinistro, os dados poderão ainda ser transmitidos aos nossos consultores legais, no âmbito e exclusivamente para o efeito de declaração ou exercício de um direito num processo judicial. Mais autorizam o Candidato que os seus dados pessoais possam ser disponibilizados ao Provedor do Cliente, quando o recurso ao mesmo seja admissível e solicitado pelo agora Candidato.

Consinto no processamento dos meus dados de Saúde. Sim Não

Data: / /

Assinatura da Pessoa Segura: (assinatura conforme CC)

● ACESSO A DADOS DE SAÚDE PELA APRIL:

Os Candidatos autorizam ainda, o Médico designado pela APRIL a solicitar a qualquer outro Médico ou profissional de saúde as informações e documentos, nomeadamente relatórios clínicos, relatórios de internamento e resultados de exames auxiliares de diagnóstico, relativos à sua saúde que sejam necessários para analisar o risco agora proposto ou para determinar a origem, causas, evolução e consequências de qualquer Sinistro que venha a ser participado futuramente. Autorizam, igualmente os referidos Médicos e profissionais de saúde a prestarem ao Médico designado pela APRIL as informações e documentos por este solicitado no âmbito da presente autorização, o qual transmitirá posteriormente esses dados à APRIL. Os dados serão tratados pela APRIL nos termos do disposto supra relativo a "Os seus dados de Saúde".

Consinto na solicitação e posterior tratamento dos meus dados de Saúde. Sim Não

Data: / /

Assinatura da Pessoa Segura: (assinatura conforme CC)



Av. da República, 45, 4º Esq.
1050-187 Lisboa
Tel.: +351 213 433 362
E-mail: areadecliente@april-portugal.pt
www.april-portugal.pt

Linha APRIL 808 300 123
{custo de chamada local}

Horário de atendimento:
Atendimento Geral: 9h às 13h / 14h às 17h
Sinistros: 9h às 13h / 14h às 17h

Autorização de Débito Direto SEPA

SEPA Direct Debit Mandate

Referência da autorização (ADD) a completar pelo CREDOR.
Mandate reference - to be completed by the creditor.

Ao subscrever esta autorização, está a autorizar o CREDOR a enviar instruções ao seu Banco para 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. Preencha por favor todos os campos assinalados com *. O preenchimento dos campos assinalados com ** é da responsabilidade do CREDOR.

By signing this mandate form, you authorise the CREDITOR to send instructions to your bank to debit your account and your bank to debit your account in accordance with the instructions from 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. Please complete all the fields marked *. Fields marked with ** must be completed by the Creditor.

IDENTIFICAÇÃO DO DEVEDOR / DEBTOR IDENTIFICATION

*Nome do Devedor / Name of the debtor:

*Nome da rua e número / Street name and number:

*Código Postal / Postal Code: / *Cidade / City:

*País / Country:

*Número de conta - IBAN / Account number - IBAN:

*BIC SWIFT / SWIFT BIC:

IDENTIFICAÇÃO DO CREDOR / CREDITOR IDENTIFICATION

Nome do Credor / Creditor name: **APRIL PORTUGAL, S.A.**

Identificação do Credor / Creditor identifier: **PT28104381**

Nome da rua e número / Street name and number: **Av. da República, 45, 4º Esq.**

Código Postal / Postal Code: **1050-187** Cidade / City: **Lisboa** País / Country: **Portugal**

TIPOS DE PAGAMENTO E LOCAL ONDE ESTÁ A ASSINAR / TYPE OF PAYMENTS AND LOCATION IN WHICH YOU ARE SIGNING

*Pagamento recorrente / Recurrent payment: Ou / Or Pagamento pontual / One-off payment:

Localidade / Location: Data / Date: / /

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.

** RELATIVAMENTE AO CONTRATO / IN RESPECT OF THE CONTRACT

Número de identificação do Contrato subjacente / Identification number of the underlying contract:

Vida Crédito APRIL

** A preencher pela **APRIL Portugal** / To filled in by **APRIL Portugal**

VIDA APRIL

Informação Pré-Contratual

Este documento destina-se ao esclarecimento dos Candidatos a Tomador do Seguro e Pessoas Seguras, sendo entregue aos mesmos, **antes de se vincularem**, representando um resumo das Condições Gerais e Especiais do seguro Vida APRIL, da APRIL Portugal, não dispensando a consulta integral das mesmas, as quais poderão ser solicitadas à APRIL a qualquer instante.

PRODUTO

O Seguro Vida APRIL tem 2 opções de subscrição que diferem na sua cobertura de Invalidez:

- **ITP:** Cobertura mais abrangente (vide definição abaixo),
- **IAD:** Cobertura menos abrangente (vide definição abaixo).

COBERTURAS	DEFINIÇÃO	CAPITAIS SEGUROS
Morte	Falecimento, de qualquer uma das Pessoas Seguras, motivado quer por Doença quer por Acidente.	Capital mínimo de 5 mil euros Capital máximo de 500 mil euros
Invalidez Absoluta e Definitiva	A Incapacidade, resultante de Acidente ou Doença, que tenha caráter definitivo e que impossibilite a Pessoa Segura de exercer qualquer ocupação remunerada, exigindo o recurso à assistência de uma terceira pessoa para a satisfação das suas necessidades vitais, tais como locomover-se, vestir-se, lavar-se e alimentar-se.	
Invalidez Total e Permanente	A Incapacidade, resultante de Acidente ou Doença, em que a Pessoa Segura fique total, irreversível e definitivamente incapaz, para exercer uma atividade remunerada, compatível com os seus conhecimentos, competências e habilitações, com fundamento em sintomas objetivos, clinicamente comprováveis, não sendo possível prever qualquer melhoria no seu estado de saúde, de acordo com os conhecimentos médicos atuais, e sendo o seu grau de desvalorização superior a 65% (sessenta e cinco por cento), calculado com base na Tabela Nacional de Incapacidades por Acidentes de Trabalho ou Doenças Profissionais, vigente à data da constatação da Invalidez pela Seguradora, e estando impossibilitada de recuperação através de tratamento e cuidados médicos.	

CARACTERÍSTICAS

DISPOSIÇÕES FUNDAMENTAIS

- Os direitos e as obrigações emergentes do Contrato constam das Condições Gerais, bem como das Condições Especiais e das respetivas Condições Particulares. A identificação do Tomador do Seguro e da(s) Pessoa(s) Segura(s), bem como outros elementos caracterizadores do Contrato, como é o caso dos Capitais Seguros e o montante dos Prémios devidos, constam das Condições Particulares.
- As declarações do Tomador do Seguro e da(s) Pessoa(s) Segura(s), referidas na Proposta de Adesão, bem como no(s) Questionário(s) de Adesão que a integra(m), eventuais exames Médicos e questionários complementares que sejam solicitados e submetidos para aprovação, servem de base ao Contrato e fazem parte integrante do mesmo, o qual é incontestável após a sua entrada em vigor.
- O Tomador do Seguro e a(s) Pessoa(s) Segura(s) estão obrigados a, antes da Data de Início do Contrato, declarar com exatidão todas as circunstâncias que conheçam e razoavelmente devam ter por significativas para a apreciação do risco por parte da Seguradora.
- O mencionado no ponto anterior é igualmente aplicável a circunstâncias cuja menção não seja solicitada na Proposta de Adesão ou Questionários fornecidos para o efeito.
- Em caso de incumprimento doloso do dever referido nos pontos c e d, o Contrato é anulável mediante declaração enviada pela APRIL ao Tomador do Seguro.
- Em caso de incumprimento negligente dos deveres referidos nos pontos c e d, a APRIL, em nome da Seguradora, poderá propor alterações ao Contrato, fixando um prazo, não inferior a 14 (catorze) dias, para o envio da aceitação ou de contraproposta, se aplicável, ou, em alternativa, fazer cessar o Contrato, demonstrando que, em caso algum, celebra Contratos para a Cobertura de riscos relacionados com o facto omitido ou declarado inexatamente.
- Sem prejuízo dos pontos anteriores, não é possível a Seguradora fazer-se prevalecer de omissões ou inexatidões negligentes na declaração inicial do risco, decorridos 2 (dois) anos sobre a celebração do Contrato, exceto no que respeita às Coberturas de Acidente e de Invalidez.
- Sendo a Pessoa Segura distinta do Tomador do Seguro, deverá constar na Proposta o consentimento escrito da Pessoa Segura para a celebração do presente Contrato.

CONDIÇÕES DE ELEGIBILIDADE

- a. Para ser admitido como Pessoa Segura, o Candidato deverá, à Data de Início do Contrato, cumprir cumulativamente os seguintes requisitos de elegibilidade:
- ter Número de Identificação Fiscal Português;
 - ter mais de 18 (dezoito) anos e menos de 64 (sessenta e quatro) anos de idade (inclusive).
- b. O Candidato deverá, ainda, cumprir os seguintes requisitos:
- preenchimento integral de todos os campos da Proposta e Questionário de Adesão e dos respetivos Questionários Complementares, bem como assinar e datar as Declarações de Adesão, Proteção de Dados e Acesso a Dados Clínicos, quando tal seja solicitado;
 - anexar, junto à Proposta, cópia do Cartão de Cidadão ou, em alternativa, uma certificação notarial que ateste os seguintes elementos quanto ao Candidato:
 - nome completo;
 - data de nascimento;
 - Número de Identificação Fiscal;
 - Número de Cartão de Cidadão;
 - assinatura.
- No caso de Pessoa Coletiva, deverá ser facultada a Certidão do Registo Comercial e cópia do documento de identificação do representante legal da empresa ou, em alternativa uma certificação notarial que ateste os seguintes elementos quanto ao representante legal da empresa:
- nome completo;
 - Número de Identificação Fiscal;
 - Número do Cartão de Cidadão e assinatura.
- c. No caso do presente Contrato abranger mais do que um Candidato, os requisitos enunciados supra serão a todos aplicáveis;
- d. Podem, ainda, ser solicitadas ao(s) Candidato(s), informações adicionais no âmbito da análise do processo de adesão ao presente Contrato.

OBRIGAÇÕES DO TOMADOR DO SEGURO E DA(S) PESSOA(S) SEGURA(S)

Constituem obrigações do Tomador do Seguro e da(s) Pessoa(s) Segura(s), para além daquelas que resultem da Lei e do presente Contrato, declarar com exatidão, antes da data de início do mesmo, todos os factos ou circunstâncias que tenham ou devam ter conhecimento, suscetíveis de serem tidos em consideração na apreciação e determinação do risco, ainda que não tenham sido solicitados ou solicitadas na Proposta de Adesão ou no Questionário de Adesão fornecido para o efeito.

Quando aplicável, durante a vigência do Contrato, o Tomador do Seguro e a(s) Pessoa(s) Segura(s) devem comunicar as alterações do risco respeitantes ao objeto das informações prestadas.

Constitui obrigação do Tomador do Seguro pagar os Prémios resultantes do Contrato nas datas de vencimento acordadas.

RISCOS COBERTOS E EXCLUÍDOS

Estão cobertos todos os riscos de Morte da Pessoa Segura, independentemente das circunstâncias, causas ou locais, com exceção do falecimento que resulte, direta ou indiretamente, das causas descritas nas alíneas seguintes:

- a. **qualquer Acidente, Doença ou Invalidez ocorridos antes da Data de Adesão, ou antes da data das últimas Formalidades Médicas rececionadas, datadas e assinadas pela Pessoa Segura, assim como as consequências das mesmas;**
- b. **qualquer Acidente, Doença ou Invalidez ocorridos em consequência de cirurgia estética;**
- c. **suicídio, ou tentativa de suicídio, se ocorrida durante o primeiro ano a contar da Data de Adesão;**
- d. **cataclismos da natureza, tais como ventos ciclónicos, tremores de terra, maremotos ou outros fenómenos da natureza com efeitos análogos, atos de terrorismo e sabotagem, atentados, tumultos ou quaisquer outras alterações da ordem pública, guerra civil ou internacional, tenha ou não sido formalmente declarada, reação ou radiação nuclear e contaminação radioativa, envenenamento e inalação de gases ou vapores venenosos;**
- e. **atos ou omissões dolosas ou negligentes da Pessoa Segura, Tomador do Seguro ou qualquer um dos Beneficiários, assim como por aqueles pelos quais seja civilmente responsável;**
- f. **ato criminoso de que o Tomador do Seguro, a Pessoa Segura ou qualquer um dos Beneficiários sejam autores, co-autores materiais ou morais ou de que tenham sido cúmplices ou em que, de qualquer outra forma, tenham participado;**
- g. **uso de estupefacientes ou fármacos não receitados por Médico, bem como os riscos decorrentes de condução sob o efeito de álcool, desde que tenham sido ultrapassados os limites legalmente estabelecidos;**
- h. **acidentes aéreos, em caso de voos sem reserva ou marcação, em linhas aéreas não comerciais;**
- i. **qualquer Acidente ou Doença ocorrido durante a estadia, da Pessoa Segura, por um período superior a 6 (seis) semanas, fora do espaço da União Europeia, Reino Unido, Austrália, Canadá, Estados Unidos da América, Japão, Suíça, Nova Zelândia.**
- j. **qualquer Acidente decorrente da prática das seguintes atividades desportivas:**
- j.i. desportos equestres: circuito completo, cross country, corrida de resistência, maratonas, rodeios;
 - j.ii. desportos motorizados: Fórmula 1, 3 ou 3000, corridas de rally, corridas uphill, corridas de circuito, Stock Car, corridas de gelo, dragster, hot rod, raid, corridas e testes de velocidade, resistência, corridas de snow mobile, corridas kart;
 - j.iii. desportos de montanha e/ou Inverno: escalada e trekking a mais de 4.000m, escalada no gelo, subidas acima do nível 5, bobsled, esqui extremo (ex.: freestyle ou acrobatics, randonnee skiing, heliskiing, ski jumping, ...), ski-bob, luge no gelo;
 - j.iv. desportos aquáticos: mergulho sem equipamento a mais de 20m de profundidade, mergulho com equipamento a mais de 40m de profundidade, navegação a mais de 20 milhas náuticas da costa, corridas Outboard, corridas Offshore, catamarã, navegação (viagens longas);
 - j.v. desportos de combate: americanos, britânicos, franceses, birmaneses, boxe tailandês (kick boxing), Full Contact;
 - j.vi. desportos radicais ou atividades similares: aviação, asa delta, helicóptero, corridas de balão de ar quente, paraquedismo, parapente, asa delta, ultraleve, voo livre, saltos de paraquedas, outros desportos aéreos, bungee jumping, downhill.

As exclusões previstas nas alíneas i) e j) não são aplicáveis sempre que tenham sido expressamente declaradas pela Pessoa Segura na Data de Adesão ou comunicadas durante a vigência do Contrato, e que tais riscos tenham sido aceites pela Seguradora.

Adicionalmente está excluída para as Coberturas de Invalidez Total e Permanente e Invalidez Absoluta e Definitiva:

Qualquer Invalidez que resulte de uma qualquer situação já existente anteriormente à Data de Adesão, incluindo o seu agravamento.

INÍCIO, DURAÇÃO E FIM DO CONTRATO

- a. Salvo disposição em contrário constante das Condições Particulares, o Contrato considera-se celebrado pelo prazo de 1 (um) ano, tendo início às 0 (zero) horas da Data de Início prevista nas Condições Particulares, renovando-se automaticamente na data de aniversário, por períodos sucessivos de 1 (um) ano.
- b. O Contrato permanecerá em vigor até à sua cessação por Denúncia, Resolução, Revogação ou até ao Termo das Coberturas.

TERMO DAS COBERTURAS

A Cobertura Principal garantida no presente Contrato, bem como as respetivas Coberturas Complementares incluídas nas Condições Especiais, terminam, para cada Pessoa Segura, nas seguintes situações:

- a. garantia desta cobertura cessa com efeitos imediatos na data em que a Pessoa Segura completa 85 (oitenta e cinco) anos de idade na Cobertura Principal de Morte, e aos 70 (setenta) anos de idade nas Coberturas Complementares de Invalidez Absoluta e Definitiva e Invalidez Total e Permanente (65%);
- b. na data do falecimento ou constatação da Invalidez de qualquer uma das Pessoas Seguras (caso o Contrato tenha duas Pessoas Seguras, e ocorra a Morte ou a Invalidez da Pessoa Segura que é simultaneamente Tomador do Contrato, a outra Pessoa Segura terá a possibilidade de se tornar Tomador do Seguro, passando a pagar os Prémios do Contrato);
- c. para cada Cobertura Complementar, sempre que sejam atingidos os limites indicados nas respetivas Condições Especiais, bem como nas Condições Particulares;
- d. no termo final definido nas Condições Particulares, ou em qualquer das datas e situações indicadas nas Condições Particulares ou Especiais para as várias Coberturas contratadas;
- e. na data de Resolução, Denúncia, Caducidade ou Cessação por qualquer outra forma do Contrato de Seguro;
- f. caso não se verifique o pagamento do Prémio do Seguro no prazo estabelecido para o efeito.

PRÉMIO

- a. O Prémio é devido na data de vencimento indicada no primeiro Recibo/Aviso de Pagamento, ainda que as Coberturas possam tomar efeito anterior, designadamente na Data de Início expressa nas Condições Particulares.
- b. O Prémio é devido por inteiro, sem prejuízo de poder ser acordado o seu pagamento fracionado, caso tenha optado por essa possibilidade na Proposta de Adesão, e tal facto esteja expresso nas Condições Particulares.
- c. O Tomador do Seguro deverá proceder ao pagamento do Prémio através de Débito Direto SEPA (Área Única de Pagamentos em Euros) em conta bancária, devendo por isso mesmo indicar, no documento de Autorização de Débito Direto SEPA, o IBAN (Número Internacional de Conta Bancária) e o BIC (Código Internacional de Banco) relativos à conta bancária, da qual pretende que seja debitado o valor do Prémio, ou das frações do mesmo, sem prejuízo das Partes acordarem outra forma de pagamento.
- d. Após o pagamento da primeira fração do Prémio, os pagamentos das frações subsequentes, serão automaticamente liquidados nas datas de vencimento sucessivas, as quais têm por base a data de vencimento inicial e o respetivo fracionamento acordado, indicado no primeiro Aviso de Pagamento do Prémio.
- e. Os Prémios são calculados considerando a natureza dos riscos a cobrir e as respetivas tarifas praticadas pela Seguradora para Cobertura daqueles, considerando a informação disponibilizada pelo Candidato, bem como os dados constantes da respetiva Proposta de Adesão, Questionário de Adesão e Complementares, e resultado de Exames e Relatórios Médicos.
- f. O Prémio poderá sofrer alterações sempre que ocorra qualquer facto ou circunstância suscetível de alterar o risco inicial, devendo aqueles serem expressamente comunicados por escrito, pelo Tomador do Seguro ou pela Pessoa Segura, no prazo máximo de 14 (catorze) dias, a contar da respetiva ocorrência.
- g. Podem agravar o risco assumido pela Seguradora, a mudança da atividade profissional, ocupacional e desportiva da Pessoa Segura e/ou a mudança de residência da Pessoa Segura.
- h. Poderão ser propostas novas condições contratuais ao Tomador do Seguro, no prazo de 30 (trinta) dias, devendo aquele pronunciar-se acerca da aceitação ou recusa das mesmas.
- i. O Prémio poderá, igualmente, sofrer alterações sempre que se verifique que este não se adequa a cobrir o risco a segurar, caso em que o Tomador do Seguro será informado, com uma antecedência mínima de 90 (noventa) dias.
- j. A Seguradora poderá declinar qualquer responsabilidade relativamente a um Sinistro que ocorra, enquanto o pagamento do Prémio não tiver sido realizado, desde que já tenha decorrido o respetivo prazo de pagamento.
- k. A utilização da prerrogativa indicada no número anterior, não prejudica o direito da Seguradora ao Prémio correspondente e relativo ao período decorrido entre a data de vencimento do Prémio e o seu pagamento, acrescido dos respetivos juros moratórios.
- l. Todos os encargos fixados por Lei, relativamente ao pagamento dos Prémios, ficarão a cargo do Tomador do Seguro.

BENEFICIÁRIOS

Em caso de falecimento de qualquer uma das Pessoas Seguras, o Capital Seguro reverterá a favor dos Beneficiários identificados nas Condições Particulares. Em caso de Invalidez de uma das Pessoas Seguras, o Capital reverterá a favor da mesma.

INFORMAÇÃO LEGAL

A APRIL informa a possibilidade de transmissão de Contrato, de acordo com os artigos 18.º, al.i) e 187.º, n.º1, al.e) do Decreto-Lei 72/2008.

LIVRE RESOLUÇÃO E CONSOLIDAÇÃO DO CONTRATO

- a. O Tomador do Seguro sendo Pessoa Singular, poderá resolver o Contrato, sem necessidade de invocar justa causa no prazo de 30 (trinta) dias a contar da data de receção da Apólice, através de carta ou de qualquer outro meio do qual fique registo escrito, dirigida à APRIL, ficando o Contrato sem efeito desde o seu início e tendo a APRIL direito às prestações correspondentes ao valor do Prémio calculado pro rata temporis na medida em que tenha suportado o risco, ao montante das despesas razoáveis que tenha efetuado com exames médicos sempre que esse valor seja imputado contratualmente ao Tomador do Seguro e aos custos de desinvestimento que comprovadamente tenha suportado.
- b. Decorridos 30 (trinta) dias sobre a data da entrega da Apólice, sem que o Tomador do Seguro haja invocado qualquer desconformidade entre o acordado e o conteúdo da Apólice, só são invocáveis divergências que resultem de documento escrito ou de outro suporte duradouro.

DENÚNCIA DO CONTRATO

A Denúncia do Contrato, por qualquer das Partes, deverá ser comunicada por uma Parte à outra Parte, através de carta ou de qualquer outro meio do qual fique registo escrito, com uma antecedência mínima de 30 (trinta) dias relativamente à data de produção dos seus efeitos.

RESOLUÇÃO DO CONTRATO

- a. O Contrato pode ser resolvido pelas Partes a todo o tempo, havendo justa causa, mediante o envio de carta, ou qualquer outro meio do qual fique registo escrito, ao destinatário, produzindo esta os seus efeitos às 24 (vinte e quatro) horas da data comunicada para resolução do mesmo.
- b. A resolução do Contrato produz os seus efeitos às 24 (vinte e quatro) horas da data comunicada para resolução do mesmo.
- c. O Contrato pode ainda ser resolvido pela APRIL, em nome da Seguradora, no caso de impossibilidade objetiva de cumprimento do mesmo decorrente de uma eventual inexistência de condições de legitimidade para o tratamento de dados de saúde no contexto do presente Contrato.

DENOMINAÇÃO E ESTATUTO LEGAL DA SEGURADORA E DA APRIL

AXERIA PREVOYANCE, S.A., Seguradora inscrita na Autoridade de Supervisão de Seguros e Fundos de Pensões ("ASF"), sob o nº 4925, exercendo a sua atividade em Portugal em Livre Prestação de Serviços, com sede social em 90 Avenue Felix Faure 69439 Lyon Cedex 03 França, com o Número de Pessoa Coletiva 350261129, R.C.S LYON, para a Cobertura Principal de Morte e Coberturas Complementares de Invalidez Absoluta e Definitiva e Invalidez Total e Permanente.

APRIL PORTUGAL, S.A., Agente de Seguros inscrito na Autoridade de Supervisão de Seguros e Fundos de Pensões ("ASF") sob o n.º 408281627 e matriculado na Conservatória do Registo Comercial de Lisboa com o Número de Identificação Fiscal 508540887. Sede: Av. da República, 45, 4º Esq., 1050-187 Lisboa.

PODERES DA APRIL

A AXERIA PREVOYANCE, S.A., conferiu à APRIL Portugal S.A., nos termos e para os efeitos do disposto da alínea a) do artigo 29º do Decreto-Lei 144/2006, de 31 de Julho e das alíneas e) e f) do nº 1 do artigo 8º da Norma Regulamentar da Autoridade de Supervisão de Seguros e Fundos de Pensões nº 17/2006-R, todos os poderes para, em seu nome e representação:

- Celebrar e gerir Apólices/Contratos de Seguro da Seguradora, incluindo proceder à sua emissão, colocar a respetiva data e assinar;
- Cobrar e/ou regularizar Sinistros e definir o modo de prestação de contas inerentes aos Contratos de Seguro/Apólices da Seguradora.

REGIME FISCAL

- Nos termos do Código do Imposto sobre o Rendimento das Pessoas Singulares (CIRS), este imposto não incide sobre as indemnizações devidas em consequência de lesão corporal, doença ou morte, pagas ou atribuídas ao abrigo do Contrato de Seguro, decisão judicial ou acordo homologado judicialmente.
- O Contrato fica sujeito ao regime fiscal em vigor, não assumindo a APRIL ou a Seguradora qualquer responsabilidade pelas consequências decorrentes de eventuais alterações do regime fiscal atualmente em vigor ou de uma diferente interpretação pela Autoridade Tributária das normas legais aplicáveis.

DECLARAÇÕES

Todas as informações solicitadas pela APRIL ao Tomador do Seguro ou à Pessoa Segura deverão ser respondidas com verdade, exatidão e clareza, sejam estas solicitadas antes ou depois da celebração do Contrato. As declarações inexatas, as omissões voluntárias de factos ou circunstâncias que possam influir sobre a existência ou condições do Contrato, tornam-no inválido.

O Tomador do Seguro e/ou Pessoa Segura respondem pela reparação das perdas ou danos que causem à Seguradora.

LEI APLICÁVEL

O Contrato fica sujeito à Lei Portuguesa.

Em qualquer caso de litígio decorrente da interpretação, validade e aplicação do Contrato, a Seguradora/APRIL e o Tomador do Seguro diligenciarão no sentido de obter uma solução concertada.

Na impossibilidade de obtenção de uma solução amigável e negociada, nos termos do parágrafo anterior, qualquer uma das Partes poderá, a todo o tempo, recorrer ao tribunal, sendo competente para dirimir os litígios emergentes deste Contrato, o foro fixado na lei civil.

Os direitos emergentes no âmbito de um Contrato de Seguro relativamente a um processo de Sinistro, prescrevem no prazo de 5 (cinco) anos a contar da data em que o Tomador do Seguro teve conhecimento desse direito.

INFORMAÇÕES E RECLAMAÇÕES

Para qualquer informação ou esclarecimento o Tomador do Seguro, Pessoas Seguras e Beneficiários podem, caso o pretendam, enviar e-mail para areadecliente@april-portugal.pt;

Todas as Reclamações relativas à execução ou interpretação do presente Contrato poderão ser dirigidas à APRIL através do endereço de e-mail reclamacoes@april-portugal.pt. Podem, igualmente, ser dirigidas ao Provedor de Cliente, as reclamações que já tenham sido objeto de apreciação pela Axéria, ou pela APRIL, às quais não tenha sido dada resposta no prazo máximo de 30 (trinta) dias úteis após a sua solicitação e/ou entrega dos documentos indispensáveis à resolução de um Sinistro ou, ainda, caso o reclamante discorde do sentido da resposta facultada. Para o efeito, o Tomador do Seguro e a(s) Pessoa(s) Segura(s) consentem que os seus Dados Pessoais (incluindo dados médicos) sejam disponibilizados ao Provedor do Cliente. Sempre que solicitado, a APRIL fornecerá o e-mail do Provedor. Adicionalmente, poderá, igualmente, recorrer à Autoridade de Supervisão de Seguros e Fundos de Pensões ("ASF"), Av. da República, 76, 1600-205 Lisboa, entidade de Supervisão da Atividade Seguradora, de acordo com as instruções constantes em <http://www.asf.com.pt>.



Av. da República, 45, 4º Esq.
1050-187 Lisboa
Tel.: +351 213 433 362
E-mail: areadecliente@april-portugal.pt
www.april-portugal.pt

Linha APRIL 808 300 123
{custo de chamada local}

Horário de atendimento:
Atendimento Geral: 9h às 13h / 14h às 17h
Sinistros: 9h às 13h / 14h às 17h

VIDA APRIL

Política de Privacidade

A APRIL é um grupo internacional, fundado em 1988 e cotado na Euronext Paris desde 1997, que atua em toda a cadeia de valor da indústria seguradora, assegurando, dentro das diversas entidades em que o Grupo se estrutura, o desenho e distribuição de produtos, a assunção do risco técnico através das suas Seguradoras, bem como a prestação de serviços de business process outsourcing a entidades fora do perímetro de consolidação do Grupo APRIL.

APRIL PORTUGAL, S.A., Agente inscrito na Autoridade de Supervisão de Seguros e Fundos de Pensões (ASF) sob o nº 408281627, matriculado na Conservatória do Registo Comercial de Lisboa com o NIF 508540887 e sede na Av. da República, 45, 4º Esq., 1050-187 Lisboa.

A APRIL está em Portugal desde 2008, desenvolvendo a sua atividade através de um modelo masterbroker, encontrando-se a sua distribuição estruturada numa rede independente de agentes e mediadores de seguros, que conta atualmente com mais de 400 pontos de venda ativos.

● O MODELO DE NEGÓCIO

O modelo de negócio do Grupo APRIL foi construído a pensar na satisfação de todos os Clientes e Parceiros. Quer sejam Clientes, Pessoas Seguras ou Mediadores de Seguros, mais do que simplificar as suas vidas, pretendemos adequar o nosso trabalho às suas necessidades. A proximidade e a preocupação com o Cliente, colocando-o no centro de toda a atividade da organização, fazem da APRIL Seguros uma marca de sucesso, uma marca inovadora, que acompanha todas as tendências e necessidades do mercado.

● TRATAMENTO DE DADOS PESSOAIS E DIREITOS

A APRIL PORTUGAL, S.A., exercerá a função de responsável pelo tratamento dos seus Dados Pessoais. Sempre que pretenda, ou em caso de qualquer dúvida sobre a Política de Privacidade, poderá contactar-nos para:

APRIL PORTUGAL

Morada: Av. da República, 45, 4º Esq., 1050-187 Lisboa

E-mail: privacidade@april-portugal.pt

Número APRIL: 808 300 123 (custo de chamada local, disponível de 2ª a 6ª feira das 09h00 às 13h00 e das 14h00 às 17h00)

Telefone: (+351) 213 433 362 (disponível de 2ª a 6ª feira das 09h00 às 13h00 e das 14h00 às 17h00)

Site: www.april-portugal.pt

Encarregado de Proteção de Dados:

Av. da República, 45, 4º Esq., 1050-187 Lisboa

E-mail: encarregado.protecao.dados@april-portugal.pt

Se preferir, poderá igualmente contactar a **Autoridade de Controlo Nacional:** Comissão Nacional de Proteção de Dados: Rua de S. Bento, 148, 3.º, 1200-821 Lisboa | **Telefone:** (+351) 213 928 400 | **Site:** www.cnpd.pt

● POR QUE NECESSITAMOS DOS DADOS PESSOAIS?

A APRIL recolhe e processa os Dados Pessoais constantes do Contrato de Seguro, incluindo em particular os dados preenchidos na Proposta de Adesão, Questionário de Adesão, Autorização de Débito Direto SEPA e demais documentos que façam parte integrante do Contrato de Seguro, os quais sejam adequados, pertinentes e não excessivos e sejam objeto de um tratamento lícito, leal e transparente, tendo em vista a finalidade exclusiva de realizar todos os atos inerentes à gestão do Contrato de Seguro, incluindo diligências pré-contratuais a pedido do Tomador de Seguro.

● TITULARES DOS DADOS

Os dados tratados pela APRIL referem-se a Candidatos, Tomadores do Seguro, Pessoas Seguras e Beneficiários e os quais foram transmitidos à APRIL na Proposta de Adesão ou nos pedidos de Simulação de Seguros APRIL, bem como a dados recolhidos para efeitos de determinar a origem, causas, evolução e consequências de qualquer Sinistro. As Pessoas Seguras deverão autorizar a transmissão dos seus Dados Pessoais, bem como ter conhecimento do tratamento dos mesmos pela APRIL, conforme descrito na presente Política de Privacidade.

A APRIL apenas procederá ao tratamento de Dados Pessoais de menores, se o responsável pelo poder paternal o tiver expressamente autorizado.

● TIPO DE DADOS

Os Dados Pessoais tratados no âmbito dos Seguros APRIL podem incluir as seguintes informações:

- Nome;
- Dados de contacto:
 - morada;
 - e-mail;
 - números de telefone;
- Documentos de Identificação:
 - Número de Identificação Fiscal;
 - Número de Cartão de Cidadão;
- Data de Nascimento;
- Género;
- Profissão e âmbito geográfico da atividade laboral;
- Dados Financeiros:
 - Dados para Autorização de Débito Direto SEPA;
 - Dados de Contratos de Créditos Hipotecários;
- Atividades recreativas e/ou desportivas;
- Categorias especiais de Dados Pessoais (no âmbito da avaliação de risco e gestão de sinistros);
- Número da Apólice.

● O TRATAMENTO DOS SEUS DADOS PESSOAIS

O tratamento dos Dados Pessoais, baseia-se na necessidade dos mesmos para a execução do Contrato e para diligências pré-contratuais. Alguns dados são ainda necessários para o cumprimento de obrigações legais da APRIL, nomeadamente para o cumprimento de obrigações fiscais, bem como obrigações legais específicas no ramo da atividade seguradora.

Nesse sentido, a APRIL poderá transferir os seus dados a entidades públicas, incluindo a ASF - Autoridade de Supervisão de Seguros e Fundos de Pensões e AT - Autoridade Tributária, quando esteja legalmente obrigada a fazê-lo.

A APRIL poderá, igualmente, transferir alguns dos seus dados a outras entidades no âmbito da execução do Contrato, nomeadamente para o seu Agente de Seguro, para Entidades Financeiras (Bancos) como Beneficiário Irevogável ou no âmbito de cobrança de prémios de seguro, para a Seguradora e Resseguradora, na qualidade de responsáveis pelos riscos cobertos.

A APRIL poderá, também, transferir os seus Dados Pessoais para outras entidades parceiras, que prestem os Serviços ou Coberturas adicionais por si contratadas.

Os seus Dados Pessoais podem ainda ser disponibilizados ao Provedor do Cliente, quando o recurso ao mesmo seja admissível e solicitado pelos Candidatos, Tomador do Seguro e Pessoas Seguras. Os Dados Pessoais apenas serão transferidos para outros Estados Membros da União Europeia. Na eventualidade de vir a ser necessária a transferência para um país terceiro, a APRIL assegurará que estarão verificadas todas as condições de licitude e segurança dos dados relativos a essa transferência.

O tratamento dos seus dados pode igualmente ser utilizado para o contactarmos através de um dos canais de comunicação, nomeadamente por telefone, correio, e-mail, mensagem de texto (SMS), mensagem instantânea ou outro meio eletrónico, no âmbito da relação contratual, quer na fase de formação do Contrato, quer durante a vigência do mesmo.

A gravação de conversações telefónicas realizadas entre as Partes, bem como a manutenção do registo digital dos dados e das informações transmitidas por via telefónica ou telemática, garantem a segurança das informações prestadas ou das operações realizadas, permitindo eventuais confirmações futuras e a utilização de gravações como meio probatório.

● O TRATAMENTO DE DADOS PESSOAIS DE SAÚDE

Para efeitos de avaliação do risco proposto, assim como para análise de Sinistros participados, a APRIL poderá ter necessidade de aceder aos Dados de Saúde da Pessoa Segura. O acesso a esses dados é essencial para a execução do Contrato de Seguro.

Em todo o caso, é solicitado à Pessoa Segura o seu consentimento informado, livre, específico e expresso, sendo o seu acesso processado de acordo com disposições legais em vigor. Consideramos também que o tratamento é necessário para motivos de interesse público importante.

Como Pessoa Segura foi chamado a prestar esse consentimento, aquando da subscrição do Contrato, de forma a prevenir eventuais situações de litígio em caso de regularização de Sinistro e é chamado a prestar esse consentimento para efeitos de determinar a origem, causas, evolução e consequências de qualquer Sinistro.

A recusa de consentimento nos termos e para os efeitos acima referidos poderá, na falta de outra condição de legitimidade para o tratamento de tais Dados de Saúde, *inter alia* determinar que a APRIL fique impossibilitada de proceder, enquanto não forem prestadas as informações por ela requeridas, à regularização do Sinistro que vier a ser participado ao abrigo do Contrato de Seguro. O Consentimento foi dado nos termos da Proposta de Adesão e respetivos anexos, os quais são partes integrantes do Contrato de Seguro.

● CONSERVAÇÃO DE DADOS PESSOAIS

Os Dados Pessoais e de Saúde serão conservados pelo prazo de execução do Contrato de Seguro e pelo prazo de prescrição dos direitos decorrentes dos mesmos, o qual poderá ascender até 20 (vinte) anos após a cessação da Apólice. Não obstante, previamente a esse prazo, a APRIL poderá eliminar, anonimizar ou proceder à limitação de dados que deixem de ser necessários. Caso o Contrato de Seguro não seja celebrado, os seus dados serão eliminados no prazo de 1 (um) ano.

● DIREITOS DOS INTERVENIENTES

Direito de Acesso [artigo 15º do RGPD]

O titular dos dados tem o direito de obter do responsável pelo tratamento a confirmação de que os Dados Pessoais que lhe digam respeito são ou não objeto de tratamento e, se for esse o caso, o direito de aceder aos seus Dados Pessoais e às atividades de tratamento dos mesmos.

Direito de Retificação [artigo 16º do RGPD]

O titular tem o direito de obter, sem demora injustificada, do responsável pelo tratamento a retificação dos Dados Pessoais inexatos que lhe digam respeito. Tendo em conta as finalidades do tratamento, o titular dos dados tem direito a que os seus Dados Pessoais incompletos sejam completados, incluindo por meio de uma declaração adicional.

Direito de Apagamento [artigo 17º do RGPD]

O titular tem o direito, a todo o momento e para todos os tratamentos para os quais deu o seu consentimento, de o retirar obtendo do responsável pelo tratamento o apagamento dos seus Dados Pessoais, exceto se houver outro fundamento jurídico para o seu tratamento.

Direito à Limitação do Tratamento [artigo 18º do RGPD]

O titular tem o direito de, a todo o momento e em determinadas situações, exigir a limitação do tratamento dos seus Dados Pessoais. A limitação dos dados permite a sua conservação, não sendo, no entanto, realizadas outras operações de tratamento, exceto quando previstas no RGPD.

Direito de Oposição [artigo 21º do RGPD]

O titular tem o direito de se opor ao tratamento dos seus Dados Pessoais por motivos relacionados com a sua situação particular.

Direito à Portabilidade [artigo 20º do RGPD]

O titular tem o direito de receber os seus Dados Pessoais ou que os mesmos sejam transmitidos a outro responsável pelo tratamento.

Poderão, igualmente, apresentar qualquer reclamação a uma autoridade de controlo. Os seus Dados Pessoais não serão utilizados para a definição de perfis ou outras decisões automatizadas.

● SEGURANÇA DOS SEUS DADOS PESSOAIS

Medidas de segurança técnica, administrativa e física:

- Implementação de acessos devidamente identificados às plataformas de gestão de contratos;
- Arquivos físicos de acesso restrito e identificado quando aplicável;
- Serviço de email baseado em protocolos seguros encriptados;
- Os dispositivos móveis (smartphones, portáteis, tablets) protegidos com códigos de acesso ou outra forma de desbloqueio com códigos pessoais e intransmissíveis;
- Encriptação dos discos dos portáteis;
- Proteção de sistemas de TI e garantia de aptidão de restauração dos seus dados, caso se verifique a existência de dados corrompidos ou perdidos numa situação de recuperação de catástrofe.

De forma a assegurar a segurança dos seus dados, estão igualmente previstas revisões de segurança sempre que se julgue necessário e sempre que sejam identificadas atualizações tecnológicas que assim o permitam.

● TRATAMENTO E COMUNICAÇÃO DE DADOS PESSOAIS PARA MARKETING DIRETO

Caso seja do seu interesse, os seus dados de identificação (nome) e contacto (morada, email, nº de telefone) poderão ser utilizados pela APRIL para a comercialização de produtos e serviços e para fins de Marketing, incluindo por exemplo, contactos por SMS, MMS e correio eletrónico.

A não prestação de consentimento relativamente ao tratamento destes dados não tem qualquer impacto no seu Contrato de Seguro.