20198000

[ACIDENTES APRIL]

Proposta de Adesão

Agradecemos que complete esta Proposta de Adesão na sua totalidade de forma legível e utilizando letra maiúscula. Por favor, leia atentamente e rubrique a Informação Pré-Contratual e a Política de Privacidade, as quais fazem parte integrante do Kit de Subscrição.

DISTRIBUIDOR

ID: ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

Carimbo / Assinatura: .....

RESERVADO À APRIL PORTUGAL

Contrato: ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

Processo: ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

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: .....

Apelidos: .....

Nacionalidade: .....

Cartão de Cidadão: ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

NIF: ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

Data de Nascimento: ☐☐ / ☐☐ / ☐☐☐☐

Sexo: M ❍ F ❍

Estado Civil: .....

Profissão: .....

Contactos telefónicos: ☐☐☐☐☐☐☐☐☐

☐☐☐☐☐☐☐☐☐

E-mail: .....

Deseja receber o seu Contrato por e-mail? Sim ❍ Não ❍

Morada: .....

CP: ☐☐☐☐ / ☐☐☐ Localidade: .....

Distrito: ..... Concelho: .....

País: .....

PESSOA SEGURA (Pessoa Singular no interesse da qual o Contrato é celebrado ou a pessoa sujeita aos riscos que, nos termos acordados, são objeto deste Contrato)

PESSOA SEGURA (A preencher apenas se diferente do Tomador do Seguro)

Nomes próprios: .....

Apelidos: .....

Nacionalidade: .....

Cartão de Cidadão: ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

NIF: ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

Data de Nascimento: ☐☐ / ☐☐ / ☐☐☐☐

Sexo: M ❍ F ❍

Estado Civil: .....

Profissão: .....

Contactos telefónicos: ☐☐☐☐☐☐☐☐☐

☐☐☐☐☐☐☐☐☐

E-mail: .....

Morada: .....

CP: ☐☐☐☐ / ☐☐☐ Localidade: .....

Distrito: ..... Concelho: .....

País: .....

APRIL PORTUGAL, S.A. - Agente de Seguros inscrito na ASF - Autoridade de Supervisão de Seguros e Fundos de Pensões sob o nº 408281627 - Matriculado na Conservatória do Registo Comercial de Lisboa com o NIF 508540887 - Sede: Av. da República, 45, 4º Esq., 1050-187 Lisboa; www.april-portugal.pt.
Axeria Insurance Limited, inscrita na ASF - Autoridade de Supervisão de Seguros e Fundos de Pensões sob o nº 4895, exercendo a sua atividade em Portugal em Livre Prestação de Serviços, com sede social em Axeria Business Centre, 380, Level 2, Canon Road, Santa Venera, SVR 9033, Malta, com o Número de Pessoa Coletiva C 55905.

PROTEÇÃO GLOBAL

PLANO DE COBERTURAS:

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

	COBERTURAS BASE + 2 OPCIONAIS	ESSENCIAL	COMPLETO	TOP	PREMIUM
COBERTURAS BASE	Morte ou Invalidez Total e Permanente por Acidente	20.000€	30.000€	60.000€	100.000€
	Reembolso de Despesas Médicas por Acidente	500€	1.750€	1.750€	3.500€
	Subsídio Diário de Hospitalização por Acidente	20€	30€	60€	100€
	Fratura de Ossos por Acidente	-	750€	750€	750€
COBERTURAS OPCIONAIS	Incapacidade Total Temporária por Acidente (valor diário)	10€ ○	15€ ○	20€ ○	30€ ○
	Subsídio Diário de Hospitalização por Doença	20€ ○	30€ ○	60€ ○	100€ ○

DECLARAÇÃO: (a preencher no caso do Tomador do Seguro subscrever a cobertura opcional de Subsidio Diário de Hospitalização por Doença)

Declaro estar em bom estado de saúde, não ter restrições na minha capacidade para trabalhar, não terem existido interrupções na minha atividade profissional por mais de 15 dias, nem haver estado hospitalizado mais de 7 dias consecutivos nos últimos 2 anos (exceto gravidez), não ter sofrido quaisquer acidentes, não ter sido submetido(a) nem estar a aguardar a realização de intervenção cirúrgica, internamento hospitalar, consulta médica não de rotina e/ou qualquer tipo de terapêutica, e não ser, atualmente, titular de uma prestação por incapacidade.
Ao assinar esta Declaração, confirmo que todas as **informações, aqui prestadas, são verdadeiras** e que qualquer dado que não corresponda à realidade implicará, **a anulação da Apólice a emitir e a recusa de qualquer possível Sinistro,** considerando a Proposta de Adesão ao Seguro agora submetida, caso o seu risco seja aceite.

Data: □□ / □□ / □□□□

Assinatura da Pessoa Segura: ..... (assinatura conforme CC)

Portal APRIL Medical
Serviço Médico que lhe permite aceder, de forma simples e sem quaisquer encargos, a Consultas Médicas, 2ª Opinião Médica, Orientação Nutricional e Testes de Hábitos Saudáveis.
Visite-nos em www.april-advance-medical.pt.

DATA DE INÍCIO*: □□ / □□ / □□□□

*O contrato deverá ter início num dos seguintes dias: 01, 07, 15 ou 21. De notar que o dia do débito será determinado tendo por base o dia de início selecionado, ou seja, se o contrato iniciar ao dia 1, e de acordo com o fracionamento escolhido, o débito ocorrerá sempre ao dia 1.

FRACIONAMENTO DO PAGAMENTO DO PRÉMIO: Mensal ○ Trimestral ○ Semestral ○ Anual ○

BENEFICIÁRIOS

Em caso de falecimento que ocorra em virtude de um Acidente, garantimos o pagamento ao(s) Beneficiário(s) designado(s) para o efeito, do valor do Capital suprarreferido com um limite do cúmulo que previamente já tenha sido liquidado pela cobertura de Invalidez a:

Cônjuge ○ **ou** **Herdeiros Legais, em partes iguais** ○ **e/ou** **Outros, em partes iguais** ○

Preencher apenas se assinalar a opção "Outros, em partes iguais":

Nomes próprios:.....
Apelidos: .....
Cartão de Cidadão: □□□□□□□□□
NIF: □□□□□□□□□
Contacto telefónico: □□□□□□□□□

Nomes próprios:.....
Apelidos: .....
Cartão de Cidadão: □□□□□□□□□
NIF: □□□□□□□□□
Contacto telefónico: □□□□□□□□□

Para as Coberturas Complementares o Beneficiário será sempre a Pessoa Segura.

APRIL PORTUGAL, S.A. - Agente de Seguros inscrito na ASF - Autoridade de Supervisão de Seguros e Fundos de Pensões sob o nº 408281627 - Matriculado na Conservatória do Registo Comercial de Lisboa com o NIF 508540887 - Sede: Av. da República, 45, 4º Esq., 1050-187 Lisboa; www.april-portugal.pt.
Axeria Insurance Limited, inscrita na ASF - Autoridade de Supervisão de Seguros e Fundos de Pensões sob o nº 4895, exercendo a sua atividade em Portugal em Livre Prestação de Serviços, com sede social em Axeria Business Centre, 380, Level 2, Canon Road, Santa Venera, SVR 9033, Malta, com o Número de Pessoa Coletiva C 55905.

DECLARAÇÕES E AUTORIZAÇÕES

DECLARAÇÃO DE ADESÃO

O(s) Candidato(s) confirma(m) que recebeu(ram), antes de se vincular, todas as Informações Pré-Contratuais, relevantes e exigíveis por Lei, que lhe possibilita ter(em) uma integral compreensão do produto AA – Acidentes APRIL, e das suas Coberturas Complementares Opcionais de Incapacidade Total Temporária por Acidente e Subsídio Diário de Hospitalização por Doença nomeadamente, mas sem limitar, acerca das garantias, benefícios e exclusões daqueles, cujo âmbito e conteúdo ficaram plenamente esclarecidos. Desta forma, e na posse de todos os elementos indispensáveis à contratação do Seguro, declara(m) expressamente a sua intenção de subscrever o produto AA – Acidentes APRIL através da presente Proposta de Adesão e demais documentos que a integrem ou complementem, com ou sem as coberturas complementares opcionais de Incapacidade Total Temporária por Acidente e/ou Subsídio Diário de Hospitalização por Doença conforme aplicável. O(s) Candidato(s) confirma(m) a veracidade e exatidão de todas as declarações e informações que prestadas no âmbito do seu processo de subscrição, bem como o desconhecimento de quaisquer circunstâncias que possam influenciar a apreciação dos riscos que pretende(m) segurar. Reconhece e aceita, desta forma, que a APRIL, em nome da Seguradora 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, o(s) Candidato(s) declara(m) conhecer que a APRIL, em nome da Seguradora, poderá aceitar ou recusar a subscrição do Seguro após análise de todos os elementos indispensáveis à análise dos riscos.

Data: ☐☐ / ☐☐ / ☐☐☐☐

Assinatura do Tomador do Seguro: ..... (assinatura conforme CC)

Assinatura da Pessoa Segura: ..... (assinatura conforme CC)

DADOS PESSOAIS

O(s) Candidato(s) reconhece(m) que a APRIL recolhe e processa os seus Dados Pessoais constantes do Contrato de Seguro, incluindo em particular os dados que preencheu(ram) 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 de 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 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 a Entidade Financeira no âmbito de cobrança de Prémios de seguro, para a Seguradora 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 pelo(s) agora Candidato(s). 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 Pessoa Segura: ..... (assinatura conforme CC)

OS SEUS DADOS DE SAÚDE

A APRIL e a Seguradora poderão ter necessidade, para efeitos de gestão e regularização de Sinistro, de aceder aos seus Dados Pessoais de saúde. Tal acesso apenas pode ter lugar desde que, para tal, 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 dados relativos à sua saúde baseia-se na necessidade dos mesmos para a execução do Contrato e para deligências 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 a Seguradora 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 autorizam os Candidatos que os seus Dados Pessoais possam ser disponibilizados ao Provedor do Cliente, quando o recurso ao mesmo seja admissível e solicitado pelos agora Candidatos.

Consinto no processamento dos meus dados de Saúde Sim ☐ Não ☐

Data: ☐☐ / ☐☐ / ☐☐☐☐

Assinatura do Tomador do Seguro: ..... (assinatura conforme CC)

Assinatura da Pessoa Segura: ..... (assinatura conforme CC)

APRIL PORTUGAL, S.A. - Agente de Seguros inscrito na ASF - Autoridade de Supervisão de Seguros e Fundos de Pensões sob o nº 408281627 - Matriculado na Conservatória do Registo Comercial de Lisboa com o NIF 508540887 - Sede: Av. da República, 45, 4º Esq., 1050-187 Lisboa; www.april-portugal.pt.
Axeria Insurance Limited, inscrita na ASF - Autoridade de Supervisão de Seguros e Fundos de Pensões sob o nº 4895, exercendo a sua atividade em Portugal em Livre Prestação de Serviços, com sede social em Axeria Business Centre, 380, Level 2, Canon Road, Santa Venera, SVR 9033, Malta, com o Número de Pessoa Coletiva C 55905.

20198000

TRATAMENTO E COMUNICAÇÃO DE DADOS PESSOAIS PARA MARKETING DIRETO

Caso seja do seu interesse, os seus dados de identificação (nome) e contato (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, contatos 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 Pessoa Segura: ..... (assinatura conforme CC)

ASPPPSP Associação Sindical dos Profissionais da Polícia

PSG SEGUROS

april | Portugal

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 18h
Sinistros: 9h às 13h / 14h às 17h

april

O seguro que facilita a sua vida.

Mod. AA_PA_1219

APRIL PORTUGAL, S.A. - Agente de Seguros inscrito na ASF - Autoridade de Supervisão de Seguros e Fundos de Pensões sob o nº 408281627 - Matriculado na Conservatória do Registo Comercial de Lisboa com o NIF 508540887 - Sede: Av. da República, 45, 4º Esq., 1050-187 Lisboa; www.april-portugal.pt.
Axeria Insurance Limited, inscrita na ASF - Autoridade de Supervisão de Seguros e Fundos de Pensões sob o nº 4895, exercendo a sua atividade em Portugal em Livre Prestação de Serviços, com sede social em Axeria Business Centre, 380, Level 2, Canon Road, Santa Venera, SVR 9033, Malta, com o Número de Pessoa Coletiva C 55905.

20198000

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.

O seguro que facilita a sua vida.

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:* DD / MM / AAAA

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:* ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

Acidentes APRIL

☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐
☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐
☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐
☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐
☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

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

Mod. AA_ADDS_1219

APRIL PORTUGAL, S.A. - Agente de Seguros inscrito na ASF - Autoridade de Supervisão de Seguros e Fundos de Pensões sob o nº 408281627 - Matriculado na Conservatória do Registo Comercial de Lisboa com o NIF 508540887 - Sede: Av. da República, 45, 4º Esq., 1050-187 Lisboa; www.april-portugal.pt.
Axeria Insurance Limited, inscrita na ASF - Autoridade de Supervisão de Seguros e Fundos de Pensões sob o nº 4895, exercendo a sua atividade em Portugal em Livre Prestação de Serviços, com sede social em Axeria Business Centre, 380, Level 2, Canon Road, Santa Venera, SVR 9033, Malta, com o Número de Pessoa Coletiva C 55905.