

**PLANO 4 PARA  
O PROTOCOLO DO PROGRAMA DO AVAT DE INDEMNIZAÇÃO  
INDEPENDENTEMENTE DA RESPONSABILIDADE**

**AVISO DE RECURSO DE REQUERIMENTO REJEITADO  
AO ABRIGO DO PROGRAMA DO AVAT DE INDEMNIZAÇÃO  
INDEPENDENTEMENTE DA RESPONSABILIDADE**

**NOTA AO ADMINISTRADOR:** Queira anexar as Informações de Contacto dos Centros Regionais do Programa como o Anexo 2 a este formulário de recurso. É de salientar que o Anexo 1 (Resumo de “O Que Acontece a Seguir”) deste formulário de recurso já está inserido no fim deste documento.

**AVISOS IMPORTANTES/INSTRUÇÕES PARA OS REQUERENTES:**

1. **Quando usar este Formulário:** Queira usar e entregar este Formulário de Aviso de Recurso apenas se estiver a interpor recurso relativo à rejeição do Requerimento original, sob o fundamento de não constituir uma Reclamação a Receber ao abrigo do Programa. Se estiver a interpor recurso relativo à recusa de uma Reclamação a Receber, então (1) não use este formulário e (2) queira usar o Aviso de Recurso de Reclamações a Receber Recusadas, disponível em [www.avatclaims.com](http://www.avatclaims.com). Queira consultar as Secções 4 e 7 do Protocolo do Programa para mais informações relativas ao processo de recursos relativos a Requerimentos rejeitados.
2. **Línguas Aceites:** O presente Aviso de Recurso deve ser preenchido e entregue em inglês no início do Programa, e subsequentemente em francês ou português. Caso este Aviso de Recurso seja preenchido ou entregue em qualquer outra língua, não poderá ser aceite ou considerado.
3. **O Requerente ao Preencher este Formulário:** Deverá preencher todas as secções/questões deste Formulário de Aviso de Recurso. Deverá fornecer o máximo possível de pormenores e informações.
4. **Nome, Assinatura e Data Exigidos:** Deverá inserir o seu nome completo, assinar e datar nos espaços previstos na Secção F deste formulário de Aviso de Recurso, antes de o entregar ao Administrador.
5. O (i) não preencher todas as secções deste Formulário de Aviso de Recurso ou (ii) não assinar, datar e inserir o seu nome completo neste formulário levará à rejeição deste Formulário de Aviso de Recurso ou a atrasos no seu processamento.
6. **Não São Permitidos Documentos de Apoio Adicionais:** Por favor, não entregue nem anexe quaisquer documentos adicionais juntamente com este Formulário de Aviso de Recurso (além dos que possam ser exigidos nos termos da Secção B). Apenas os seguintes documentos serão considerados para os fins deste Aviso de Recurso (além do que possa ser exigido nos termos da Secção B): (i) este Aviso de Recurso, (ii) o Formulário de Requerimento original, (iii) o Formulário de Comprovativos de Apoio e (iv) qualquer informação adicional e/ou

documentação que possa ter sido pedida pelo Administrador e que tenha sido entregue atempadamente.

7. **Prazo de Entrega:** Deve submeter este formulário de Aviso de Recurso ao Administrador do Programa no prazo de 90 dias após a data do aviso do Administrador de rejeição do seu Requerimento. Se este Aviso de Recurso for submetido após este prazo, não será aceite ou considerado ao abrigo do Programa.
8. **Como Apresentar este Formulário:** Depois de devidamente preenchido, assinado e datado, deve apresentar este Formulário de Aviso de Recurso ao Administrador do Programa, por qualquer um dos seguintes meios:
  - Carregando-os para o portal *web* do Programa, disponível em [www.avatclaims.com](http://www.avatclaims.com);
  - Enviando-os por correio eletrónico para [avatclaims@esis.com](mailto:avatclaims@esis.com); ou
  - Enviando-os por correio normal para um dos Centros Regionais do Programa, cujos endereços se encontram no Anexo 2 (Informação de Contato dos Centros Regionais), anexo a este formulário, e também disponíveis no *website* do Programa em [www.avatclaims.com](http://www.avatclaims.com).
9. **Definições:** Termos em letra maiúscula usados, mas não definidos neste Aviso de Recurso, têm o significado que lhes é atribuído no Protocolo do Programa, disponível em [www.avatclaims.com](http://www.avatclaims.com).
10. **O Que Acontece a Seguir?** Queira consultar o Anexo 1 deste Aviso de Recurso, para um breve resumo de “O que acontece a seguir”, após este Formulário de Aviso de Recurso devidamente preenchido, assinado e datado ter sido apresentado ao Administrador do Programa, dentro do prazo pertinente.

## AVISO DE RECURSO DE REQUERIMENTO REJEITADO

### Secção A – Dados do Paciente

Queira fornecer abaixo os dados do Paciente.

A informação a ser fornecida nesta Secção A deve ser a mesma informação fornecida anteriormente na Secção 1 do Requerimento original.

Nome próprio:	Inicial do meio:	Apelido:
Endereço da residência (incluindo a região e o país):		
Telefone da residência, caso exista:	Telemóvel, caso exista:  Número de WhatsApp, caso exista:	<i>E-mail</i> , caso exista:
Data de nascimento (dia/mês/ano):	Naturalidade:	Sexo:

### Secção B – Dados da pessoa com poder legal para entregar este Aviso de Recurso pelo Paciente (se essa pessoa não for o Paciente)

Se o Paciente: (a) tiver falecido; ou (b) estiver incapacitado na medida em que o Paciente não possa entregar este Aviso de Recurso por si próprio; ou (c) for uma criança; ou (d) não possuir capacidade legal por qualquer motivo para entregar este Aviso de Recurso por si próprio, então deverá ser outra pessoa, que tenha o poder legal para entregar este Aviso de Recurso pelo Paciente, a fazê-lo.

Nos casos supra, queira preencher abaixo os dados da pessoa com poder legal para entregar este Aviso de Recurso pelo Paciente.

### AVISOS IMPORTANTES/INSTRUÇÕES:

1. As informações fornecidas nesta Secção B deverão ser as mesmas fornecidas anteriormente na Secção 2 do Requerimento original, exceto se a pessoa que entregou o Requerimento original pelo Paciente tiver mudado, em cujo caso, a nova pessoa com poder legal para representar o Paciente deve entregar, juntamente com este Aviso de Recurso: (i) todas as informações exigidas na Secção 2 do formulário de Requerimento e (ii) nova documentação conforme exigida na Secção 8(c) do formulário de Requerimento.
  
2. Se o Requerimento original tiver sido entregue pelo próprio Paciente, mas, desde essa entrega, o Paciente: (a) tiver falecido; ou (b) estiver incapacitado na medida em que o Paciente não possa entregar este Aviso de Recurso por si próprio; ou (c) tiver perdido a capacidade legal por qualquer outro motivo para entregar este formulário de Aviso de Recurso, então, a pessoa que entregar este Aviso de Recurso pelo Paciente deve também entregar, juntamente com este Formulário: (i) toda a informação exigida na Secção 2 do formulário de Requerimento e (ii) documentação conforme exigida na Secção 8(c) do formulário de Requerimento.

Nome próprio:	Inicial do meio:	Apelido:
Endereço da residência (incluindo a região e o país):		
Telefone da residência, caso exista:	Telemóvel, caso exista:  Telefone WhatsApp, caso exista:	<i>E-mail</i> , caso exista:
Data de nascimento (dia/mês/ano):	Relação com o Paciente:	

### **Secção C – Dados do Requerimento Rejeitado**

Queira expor os dados do Requerimento rejeitado, ao qual este Aviso de Recurso diz respeito. A informação solicitada na Secção C figura na notificação de rejeição do Requerimento enviada ao Requerente pelo Administrador do Programa. A informação solicitada nesta secção é essencial para que o recurso da rejeição do Requerimento original prossiga.

Se acreditar haver um erro na informação contida na notificação de rejeição do Requerimento, use, não obstante, a informação que figura na notificação de rejeição do Requerimento e, na Secção D abaixo, explique por que razão tal informação está incorreta.

Número do Requerimento:	Data (dia/mês/ano) do Requerimento:
Local onde o Requerimento foi entregue:	Data (dia/mês/ano) da Notificação de Rejeição do Requerimento:

#### **Secção D – Motivos do recurso**

Por palavras suas, queira indicar na caixa abaixo os motivos por que considera que o Requerimento deveria ser a Receber ao abrigo do Programa.

Por favor, não refira quaisquer documentos ou comprovativos, exceto: (i) o formulário original do Requerimento, (ii) o formulário de Comprovativos de Apoio e (iii) qualquer informação adicional e/ou documentação que possa ter sido pedida pelo Administrador e que tenha sido entregue atempadamente ao mesmo à data da notificação de rejeição do Requerimento.

Por favor, não anexe quaisquer documentos a este Aviso de Recurso.

#### **Secção E – Confirmações do Requerente**

Ao assinar e submeter este Aviso de Recurso, o Requerente confirma todos os consentimentos, acordos, certificações e declarações fornecidos nas Secções 10 a 13 do Requerimento original e reconhece, acorda e certifica o seguinte:

- a. Caso haja qualquer conflito ou inconsistência entre a versão em língua inglesa deste formulário de Aviso de Recurso e quaisquer traduções, a versão em língua inglesa controlará e prevalecerá em todos os aspetos; e
- b. As declarações e respostas contidas neste Aviso de Recurso são verdadeiras e corretas tanto quanto é do conhecimento e crença do Requerente; e, caso qualquer dessas declarações ou respostas não sejam verdadeiras, o Administrador terá o direito, quando aplicável, de remeter este recurso para a autoridade competente de aplicação da lei, para investigação adicional.

**Secção F – Assinatura, Nome e Data**

O Requerente (i.e., o Paciente ou o indivíduo que submeta este Requerimento em nome do Paciente, conforme aplicável) assinou este Aviso de Recurso de Requerimento Rejeitado a contar da data estabelecida abaixo.

Assinatura: \_\_\_\_\_

Nome completo: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_\_

Local: \_\_\_\_\_

**[FIM DO AVISO DE RECURSO DE REQUERIMENTO REJEITADO]**

## ANEXO 1

### DO AVISO DE RECURSO DE REQUERIMENTO REJEITADO

#### RESUMO DO QUE ACONTECE A SEGUIR

***O que acontece após este Aviso de Recurso de Requerimento Rejeitado ter sido devidamente preenchido e entregue?***

1. No prazo de 7 dias após o Administrador do Programa ter recebido um Aviso de Recurso de Requerimento Rejeitado devidamente preenchido, assinado e datado, apresentado dentro do prazo aplicável, o Administrador enviará o Aviso de Recurso (juntamente com quaisquer documentos que possam ser exigidos nos termos da Secção B, o Formulário de Requerimento original, o Formulário de Comprovativos de Apoio e qualquer informação adicional e/ou documentação que possa ter sido pedida pelo Administrador e que tenha sido entregue atempadamente ao mesmo à data da notificação de rejeição do Requerimento) ao Vice-Presidente da Consultoria de Risco do Administrador.
2. No prazo de 30 dias após a receção, o Vice-Presidente da Consultoria de Risco do Administrador: (i) irá rever o Aviso de Recurso de Requerimento Rejeitado, juntamente com os outros documentos mencionados acima e (ii) nessa base, determinará se a anterior rejeição do Requerimento em questão será mantida ou revertida.
3. O Vice-Presidente da Consultoria de Risco do Administrador comunicará por escrito ao Administrador a sua determinação de manter ou reverter uma rejeição anterior de um Requerimento (incluindo os fundamentos de tal determinação) logo que tenha uma determinação, mas, em qualquer caso, nos 7 dias seguintes.
4. O Administrador enviará ao Requerente um aviso por escrito da determinação supramencionada, incluindo os seus fundamentos, logo que possível após o Vice-Presidente ter submetido tal determinação ao Administrador, mas, o mais tardar, 14 dias depois.

A decisão do Vice-Presidente da Consultoria de Risco do Administrador nos termos deste Aviso de Recurso é final e não pode ser objeto de recurso.