

Apólice N.º

Participação de Sinistro

SEGURO DE VIDA INDIVIDUAL

Motivo do Sinistro

(Favor assinalar com X o tipo de sinistro)

- Morte Invalidez Complementar de Diagnóstico (P 7)
 Renda de Invalidez Liberação do Pagamento de Prémios de Risco (LPPR)
 Hospitalização / Intervenção Cirúrgica

Identificação do Tomador do Seguro

Nome:

Morada: Localidade:

Identificação da Pessoa Segura / Núcleo Seguro (Cônjuge/Filhos)

Nome:

Morada: Localidade:

Data de Nascimento:/...../..... Tel.: Tlm.: E-mail:

Doc. de Identificação N.º : Emitido em:/...../..... N.º Contribuinte:

Profissão:

Detalhes do Sinistro

(Favor assinalar com X a causa do sinistro)

- Doença
 Acidente Data de Sinistro/...../.....

Dados do Médico Assistente

Nome:

Morada: Localidade:

Autorizo que os dados pessoais recolhidos no presente documento sejam processados e armazenados informaticamente para efeitos de gestão da apólice de seguro, incluindo a disponibilização dos dados a outras empresas, podendo envolver a transferência de informação para outros países, inclusive fora da União Europeia, assim como para efeitos de marketing directo (salvo opção em sentido diverso, indicada infra).

Autorizo qualquer médico, hospital, instituição de saúde, entidade seguradora, ou qualquer outra pessoa ou instituição, pública ou privada, a, dentro dos limites legais, facultar à MetLife, ou a um seu representante, informações sobre o meu estado de saúde, incluindo historial médico, hospitalizações, recomendações médicas, diagnósticos, tratamentos e doenças.

É-me garantido o direito de acesso e rectificação de qualquer dado que me diga respeito, podendo solicitar a sua correcção, aditamento ou eliminação, mediante contacto pessoal ou por escrito, para a sede da MetLife, em Lisboa. É-me ainda garantido o compromisso de privacidade dos meus dados e de tomada de medidas adequadas para os preservar de forma confidencial e segura.

- Não aceito que seja efectuado tratamento dos meus dados pessoais para efeitos de marketing pela MetLife.

Assinatura do Declarante:
(conforme Documento de Identificação)

Local e Data:,/...../.....

