

# Participação de Sinistro

Apólice Nº

## Seguro de Vida Individual

### Cobertura *(Favor assinalar com X)*

Morte  Invalidez  Complementar de Diagnóstico (P7)   
Hospitalização / Intervenção Cirúrgica  Liberação do Pagamento de Prémios de Risco (LPPR)   
Renda de Invalidez  Incapacidade Total Temporária (ITT) / Subsídio de Acidente e Doença

### Detalhes do Sinistro *(Favor assinalar com X a causa do sinistro)*

Doença  Acidente  Data de Sinistro: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

### Identificação do Tomador do Seguro

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

Morada: \_\_\_\_\_

Localidade: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

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

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

Morada: \_\_\_\_\_

Localidade: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

Data de Nascimento: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Tel.: \_\_\_\_\_ Tlm.: \_\_\_\_\_ E-mail: \_\_\_\_\_

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

Profissão: \_\_\_\_\_

### Identificação do(s) Beneficiário(s) *(Por favor preencha caso o beneficiário não seja a Pessoa Segura)*

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

Data de Nascimento: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Doc. de Identificação N.º : \_\_\_\_\_ N.º Contribuinte: \_\_\_\_\_

Nacionalidade 1: \_\_\_\_\_ Nacionalidade 2: \_\_\_\_\_ Nacionalidade 3: \_\_\_\_\_

Naturalidade: \_\_\_\_\_

Morada Principal: \_\_\_\_\_

Localidade: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

Morada Secundária: \_\_\_\_\_

Localidade: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

Telefone: (\_\_\_\_) - \_\_\_\_\_ Telefone: Tel. Alternativo: (\_\_\_\_) - \_\_\_\_\_ Telemóvel: (\_\_\_\_) - \_\_\_\_\_

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

Data de Nascimento: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Doc. de Identificação N.º : \_\_\_\_\_ N.º Contribuinte: \_\_\_\_\_

Nacionalidade 1: \_\_\_\_\_ Nacionalidade 2: \_\_\_\_\_ Nacionalidade 3: \_\_\_\_\_

Naturalidade: \_\_\_\_\_

Morada Principal: \_\_\_\_\_

Localidade: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

Morada Secundária: \_\_\_\_\_

Localidade: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

Telefone: (\_\_\_\_) - \_\_\_\_\_ Telefone: Tel. Alternativo: (\_\_\_\_) - \_\_\_\_\_ Telemóvel: (\_\_\_\_) - \_\_\_\_\_

## Dados do Médico Assistente

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

Morada: \_\_\_\_\_

Localidade: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

### Consentimento para tratamento de dados pessoais

A MetLife Europe d.a.c. – Sucursal em Portugal (“MetLife”) é a entidade responsável pelo tratamento dos dados pessoais, nomeadamente os dados de identificação, bem como os dados referentes ao sinistro, incluindo dados de saúde, do tomador de seguro, demais pessoas seguras e beneficiários (“Titulares dos Dados”). Os dados pessoais recolhidos são necessários ao processamento do sinistro. O tratamento de dados pessoais dos Titulares dos Dados no âmbito da gestão de sinistros poderá envolver a comunicação de dados a outras entidades e a subcontratantes (tais como peritos e médicos). A MetLife trata os dados pessoais anteriormente recolhidos e os dados pessoais recolhidos no presente documento, bem como aqueles recolhidos em outros documentos ou suportes (como chamadas telefónicas gravadas), com a finalidade de gestão do contrato de seguro e do processo de sinistro, nos termos do consentimento prestado no momento de adesão e subscrição da apólice e nos termos descritos na Política de Privacidade que lhe foi facultada e consultável a todo o tempo em [www.m.metlife.pt](http://www.m.metlife.pt).

Adicionalmente, o tratamento de dados no âmbito da gestão de sinistros poderá envolver a transferência de informação para outros países, dentro e fora da União Europeia, nomeadamente para países que não apresentem um nível adequado de proteção de dados pessoais. Como tal, a MetLife, implementa as medidas necessárias e adequadas à efetivação dessas transferências, [que incluem assegurar que o destinatário está vinculado por Cláusulas Contratuais-Tipo da UE, para proteção dos seus dados pessoais.]

Toda a informação recolhida pelo Segurador será tratada de acordo com o previsto na legislação portuguesa e comunitária aplicável, nomeadamente com a finalidade de recolha. É ainda garantido o compromisso de absoluta privacidade na gestão dos dados e de tomada de medidas de segurança adequadas para os preservar de forma confidencial.

Ao disponibilizar dados de terceiros declaro desde já que obtive a necessária autorização destes para o efeito, tendo-lhes disponibilizado as informações relativas ao tratamento de dados pessoais constantes na Política de Privacidade.

Este consentimento é prestado de forma inteiramente livre e com integral informação sobre os fins a que se destina:

\_\_\_\_\_  
**Assinatura do Declarante:**  
(Conforme Documento de Identificação)

**Data:** \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
**Assinatura do Beneficiário:**  
(Conforme Documento de Identificação)

**Data:** \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
**Assinatura do Beneficiário:**  
(Conforme Documento de Identificação)

**Data:** \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

**Na falta da presente autorização pelos titulares dos dados pessoais, a MetLife não poderá dar seguimento à presente participação de sinistro.**

## Notas Informativas

1. O preenchimento desta participação é obrigatório e fundamental para a análise e regularização de todos os sinistros.
2. Para sinistros de Morte, deverá ser enviado original ou cópia autenticada do Assento de Óbito, Certificado de Óbito, Relatório de Autópsia (se tiver tido lugar), Habilitação de Herdeiros (se necessário), Auto de Ocorrência das Autoridades em caso de acidente, Fotocópia do Documento de Identificação da Pessoa Segura, Fotocópias dos Documentos de Identificação e N.s de Contribuinte dos Beneficiários.
3. Para sinistros de Invalidez, deverá ser preenchido o Relatório Médico que anexamos. Juntamente com este Relatório, deverão ser remetidos outros documentos comprovativos da invalidez, nomeadamente Relatórios Médicos, exames complementares de diagnóstico, original ou cópia autenticada do documento comprovativo da situação de reforma por invalidez pelo sistema de Segurança Social a que pertence.
4. Para sinistros de Hospitalização/Intervenção Cirúrgica de Alta Hospitalar deve ser enviada Nota de Alta Hospitalar (original ou cópia autenticada).
5. Para sinistros de Incapacidade Total Temporária / Subsídio de Acidente e Doença devem ser enviadas fotocópias dos Certificados de Incapacidade Temporária emitidos pelo Serviço Nacional de Saúde, original ou cópia autenticada de Relatório Médico, últimos três Recibos do Vencimento e para sinistros comunicados a partir da 2ª anuidade do contrato cópia do IRS referente ao ano anterior ao sinistro;
6. Para formalizar uma participação de sinistro, poderá dirigir-se à sede da MetLife ou a qualquer uma das nossas agências. Caso prefira, ou em caso de dúvida relativa ao sinistro ou a este impresso, pode contactar-nos pelo telefone 808 500 005 (custo de chamada local).
7. O Segurador poderá solicitar à Pessoa Segura, sempre que necessário, documentação adicional para a avaliação do sinistro participado.
8. Prestei o consentimento à reprodução do meu Cartão do Cidadão em fotocópia, ou qualquer outro meio, para a finalidade de gestão do processo de sinistro e em cumprimento da legislação aplicável.

### DE-IVIO01-SIN-201804

MetLife Europe d.a.c. – Sucursal em Portugal registada na Conservatória do Registo Comercial de Lisboa com o número único de matrícula e de pessoa colectiva 980479436 e com sede na Av. da Liberdade, 36, 4º, 1269 – 047 Lisboa. A MetLife Europe d.a.c. é uma sociedade de responsabilidade limitada por acções registada na Irlanda com o número 415123, com sede social em 20 on Hatch, Lower Hatch Street, Dublin 2, Irlanda. A MetLife Europe d.a.c. (utilizando a marca MetLife) está autorizada pelo Central Bank of Ireland e está sujeita a uma supervisão limitada Autoridade de Supervisão de Seguros e Fundos de Pensões (ASF). O nome e logotipo da MetLife são marcas registadas da Metropolitan Life Insurance Company e das suas filiais e sucursais.  
© 2018 MetLife, Inc. Todos os direitos reservados.