

Apólice N.º

Participação de Sinistro

ACIDENTES PESSOAIS

Identificação do Tomador do Seguro

Tomador do Seguro: _____

Identificação da Pessoa Segura

Nome: _____

Morada: _____

Localidade: _____ Código Postal: _____ - _____

Data de Nascimento: ____ / ____ / _____

Tel.: _____ Tlm.: _____ E-mail: _____

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

Natureza das Funções: _____

Morada local trabalho: _____

N.º telef./emprego: _____

Caso a pessoa segura tenha outra(s) apólice(s) de seguro de Acidentes Pessoais, indique a(s) Companhia(s), N.º(s) Apólice(s) e respectivas coberturas:

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: (____) - _____

Apólice N.º

Detalhes do Sinistro (Favor assinalar com X a causa do sinistro)	
<input type="checkbox"/> Doença	<input type="checkbox"/> Acidente
Data de Sinistro/...../.....	
Data do Acidente: ____ / ____ / ____	
Local do Acidente: _____ Horas/minutos: ____ h ____ m	
Data da 1ª consulta médica: ____ / ____ / ____ Internamento: Entrada ____ / ____ / ____ Saída: ____ / ____ / ____	
Descreva detalhadamente as causas e circunstâncias do Acidente:	

Parte do corpo atingida: _____	
Lesões produzidas: _____	
Estab. Hospitalar em que foi prestada assistência médica: _____	
Médico: _____	Telefone: _____
Morada: _____	
Como consequência do Acidente, o sinistrado ficou totalmente impedido de exercer a sua actividade <input type="checkbox"/>	
Como consequência do Acidente, o sinistrado ficou parcialmente impedido de exercer a sua actividade <input type="checkbox"/>	
Testemunhas	Telefone:
_____	_____
_____	_____
_____	_____

Consentimento para tratamento de dados pessoais

Autorizo que os dados pessoais recolhidos no presente documento, bem como aqueles recolhidos em outros documentos ou suportes (como chamadas telefónicas gravadas), sejam processados e armazenados informaticamente pela MetLife com a finalidade de gestão do contrato de seguro e do processo de sinistro. Reconheço e autorizo que a referida finalidade poderá envolver a comunicação de dados a outras entidades e a subcontratantes, podendo inclusivamente envolver a transferência de informação para outros países, dentro e fora da União Europeia.

Autorizo o médico designado pela MetLife a solicitar a qualquer médico, profissional de saúde, hospital, instituição de saúde, pública ou privada, as informações e documentos relativos à minha saúde (nomeadamente historial médico, hospitalizações, recomendações médicas, diagnósticos, tratamentos e doenças), que julgue necessários para determinar a origem, causas e evolução de qualquer sinistro participado ao Segurador, por mim ou pelos Beneficiários do seguro. Autorizo igualmente aqueles que receberem tal pedido a prestarem as informações e documentos solicitados.

Apólice N.º

Toda a informação recolhida pelo Segurador será tratada de acordo com o previsto na legislação portuguesa e comunitária aplicável, nomeadamente com a finalidade da recolha. Os dados serão conservados de forma a permitir a identificação dos titulares até que tenham cessado definitivamente as relações contratuais. É garantido o direito de acesso e rectificação, correcção e oposição referente a qualquer dado pessoal podendo estes direitos ser exercidos, mediante contacto pessoal ou postal na sede da MetLife em Lisboa, ou por email para o endereço dados pessoais@metlife.pt. 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.

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

Assinatura do Declarante: _____ Data: ____ / ____ / ____
(conforme Documento de Identificação)

Assinatura do Beneficiário: _____ Data: ____ / ____ / ____
(conforme Documento de Identificação)

Assinatura do Beneficiário: _____ Data: ____ / ____ / ____
(conforme Documento de Identificação)

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

NOTAS INFORMATIVAS:

MetLife Europe Limited – 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 Limited 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 Limited (utilizando a marca MetLife) está autorizada pelo Central Bank of Ireland e está sujeita a uma supervisão limitada Autoridade de Seguros e Fundos de Pensões (ASF).

Apólice N.º

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, e original da Apólice.
3. Para sinistros de Incapacidade Temporária, deverão ser enviados: o relatório detalhado do médico assistente indicando patologia resultante do acidente bem como períodos de incapacidade e sua percentagem, o boletim de internamento, a ficha de urgência da data do acidente, o Auto de Ocorrência das Autoridades Policiais (em caso de Acidente) e, no final do período de incapacidade, o Boletim de alta médica.
4. Para sinistros de Hospitalização 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 fotocópia autenticada de Relatório Médico, últimos três Recibos de 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.