

Apólice N.º

Participação de Sinistro

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: (____) - _____

Apólice N.º **Dados do Médico Assistente**

Nome: _____

Morada: _____

Localidade: _____ Código Postal: ____ - ____

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.

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 dadospessoais@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:

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.