

**Participação de Sinistro - Apólice N.º C38012 / C38034 / C38040**

**SEGURO DE VIDA CREDITO**

**Apólice nº C38012**

**Coberturas: MetLife Europe d.a.c. – Sucursal em Portugal**

*(Favor assinalar com X)*

- Morte (M)**     **Incapacidade Total Temporária (ITT)**
- Hospitalização de trabalhadores por conta própria (HOSP)**
- Morte Beneficiário Secundário (MBS)**

**Coberturas: MetLife Europe Insurance d.a.c. – Sucursal em Portugal**

*(Favor assinalar com X)*

- Desemprego involuntário de trabalhadores por conta de outrem**

**Apólice nº C38034**

**Coberturas: MetLife Europe d.a.c. – Sucursal em Portugal**

*(Favor assinalar com X)*

- Morte (M)**     **Invalidez Absoluta e Definitiva (IAD)**
- Morte Beneficiário Secundário (MBS)**

**Apólice nº C38040**

**Coberturas: MetLife Europe d.a.c. – Sucursal em Portugal**

*(Favor assinalar com X)*

- Morte (M)**     **Invalidez Absoluta e Definitiva (IAD)**     **Incapacidade Total Temporária (ITT)**
- Hospitalização de trabalhadores por conta própria (HOSP)**
- Morte Beneficiário Secundário (MBS)**

**Coberturas: MetLife Europe Insurance d.a.c. – Sucursal em Portugal**

*(Favor assinalar com X)*

- Desemprego involuntário de trabalhadores por conta de outrem**

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

- Doença**                                     **Acidente**                                     **Outro**

Data da Ocorrência ...../...../.....

**Identificação do Tomador do Seguro**

Unicre – Av. António Augusto Aguiar, 122  
1050-019 Lisboa

**Identificação do Contrato Financeiro:**

Nº Contrato Financeiro ..... Data de Adesão ...../...../.....

**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: \_\_\_\_\_

Profissão: \_\_\_\_\_

**Dados do Médico Assistente (preencher para coberturas de M, MBS, IAD, ITT e HOSP)**

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 pela MetLife 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 da Pessoa Segura: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_  
(conforme Documento de Identificação)

Assinatura do Declarante : \_\_\_\_\_ 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 :**

1. O preenchimento desta participação é obrigatório e fundamental para a análise e regularização de todos os sinistros.
2. Para sinistros de Morte e Morte Beneficiário Secundário, deverá ser enviado original ou cópia autenticada do Assento de Óbito, Certificado de Óbito, Relatório de Autópsia (se tiver tido lugar), Auto de ocorrência das Autoridades competentes em caso de Acidente, Fotocópia do Documento de Identificação da Pessoa Segura, bem como outros elementos que permitam a compreensão clínica da causa da morte. No caso de Morte Beneficiário Secundário, deverá ainda ser entregue cópia do cartão de cidadão/bilhete de identidade do(s) Beneficiário(s) designado(s) nominalmente e a Habilitação de Herdeiros.
3. Para sinistros de Invalidez Absoluta e Definitiva (IAD) deverá ser remetido um Relatório Médico (original ou cópia autenticada) comprovativo do estado de invalidez da Pessoa Segura e respectiva data de consolidação, descrevendo pormenorizadamente a sua situação clínica, natureza da invalidez e sua origem, Doença ou Acidente, e, neste último caso, as circunstâncias em que se verificou, assim como justificar a necessidade de assistência de uma terceira pessoa para os actos ordinários da vida. Para sinistros de Hospitalização deve ser enviada Nota de Alta Hospitalar (original ou cópia autenticada) bem como declaração hospitalar indicando as datas e horas de admissão e alta.
4. Para sinistros de Incapacidade Total Temporária (ITT) deverá ser entregue Relatório Médico (original ou cópia autenticada) que atesta a incapacidade para o trabalho indicando a causa e duração provável, bem como o Certificado de Incapacidade Total Temporária para o Trabalho por Doença emitido pelo Serviço Nacional de Saúde.
5. Para sinistros de Desemprego deve ser enviada cópia do Modelo 5044 da Segurança Social, ou documento que o substitua e que corresponda ao modelo oficial, entregue e preenchido pela Entidade Empregadora, Declaração da entidade Empregadora (original ou cópia autenticada) indicando a causa do despedimento e o tipo de contrato de trabalho, Declaração comprovativa de inscrição no Centro de Emprego da área da residência (original ou cópia autenticada), bem como documento designado por “apresentações quinzenais” que deverá ser entregue mensalmente como comprovativo de situação de desemprego enquanto este se mantiver;
6. Para formalizar uma participação de sinistro, poderá dirigir-se à sede da MetLife. Caso prefira, ou em caso de dúvida relativa ao sinistro ou a este formulário, poderá contactar-nos telefonicamente através 808 500 005 (custo de chamada local), no seguinte período: 8:45 às 12:45 / 13:45 às 16:45.
7. A MetLife poderá solicitar à Pessoa Segura, sempre que necessário, documentação adicional para a avaliação do sinistro participado.

Para mais informações a respeito do procedimento em caso de sinistro recomendamos que releia o Documento Informativo da Apólice.