

SEGURO DE VIDA - CARTÕES PARTICIPAÇÃO DE SINISTRO

N.º de Cartão/Token N.º de Apólice N.º de Processo

1. COBERTURAS E DOCUMENTAÇÃO A APRESENTAR

Assinale com um X a cobertura que deseja acionar:

Coberturas	Documentação a enviar juntamente com a participação
☐ Morte Para acionar esta cobertura, preencha e envie a participação de sinistros para <i>SinistrosParticipacoesVIDA@mapfre.pt</i> .	• Certidão de nascimento. • Assento de óbito. • Documento comprovativo do saldo em dívida no cartão de crédito emitido ou gerido pela Unicre à data do sinistro.
☐ Invalidez Absoluta e Definitiva Para acionar esta cobertura, preencha e envie a participação de sinistros para <i>SinistrosParticipacoesVIDA@mapfre.pt</i> . Esta cobertura está disponível apenas nos cartões Proteção Financeira, Proteção UCrédito, Proteção Linha de Crédito	• Atestado Médico de Incapacidade - Multiuso • Documento comprovativo do saldo em dívida no cartão de crédito emitido ou gerido pela Unicre à data do sinistro.
☐ Incapacidade Temporária e Absoluta para o Trabalho Para acionar esta cobertura, preencha e envie a participação de sinistros para <i>protecao@mapfre.com</i> . A nossa equipa entrará em contacto consigo para indicar os documentos necessários para a gestão do sinistro. Esta cobertura está disponível apenas nos cartões Proteção Financeira, Proteção UCrédito, Proteção Linha de Crédito, Proteção Financeira Completa Cartão, Proteção Financeira Completa Crédito Pessoal.	
☐ Desemprego Involuntário/Hospitalização Para acionar esta cobertura, preencha e envie a participação de sinistros para <i>protecao@mapfre.com</i> . A nossa equipa entrará em contacto consigo para indicar os documentos necessários para a gestão do sinistro. Esta cobertura está disponível apenas nos cartões Proteção Financeira, Proteção UCrédito, Proteção Linha de Crédito, Proteção Financeira Completa Cartão, Proteção Financeira Completa Crédito Pessoal.	
☐ Assistências Para acionar esta cobertura, preencha e envie a participação de sinistros para <i>reembolso.pt@mapfre.com</i> . A nossa equipa entrará em contacto consigo para indicar os documentos necessários para a gestão do sinistro. Esta cobertura está disponível apenas nos cartões Proteção Financeira Completa Cartão, Proteção Financeira Base Cartão, Proteção Financeira Completa Crédito Pessoal e Proteção Financeira Base Crédito Pessoal.	

Eventualmente poderão ser solicitados outros elementos para avaliação do sinistro.

2. IDENTIFICAÇÃO DO TOMADOR DO SEGURO

Contribuinte N.º
Nome

CARIMBO DE ENTRADA NA MAPFRE



3333

UNICRE®

Contribuinte N.º		Nome			
Data de Nasc.		Estado Civil	☐ Solteiro(a) ☐ Casado(a) ☐ Divorciado(a) ☐ Viúvo(a) ☐ União de Facto		
Morada					
Localidade			Código- Postal		
Concelho		Telefone		Telemóvel	
Email					
Profissão					
IBAN (N.º de Identificação Bancária)					

Data		Hora		Localidade	
Local					

MAPFRE SEGUROS DE VIDA, S.A.
Matrícula C.R.C. Lisboa e NIPC 509 056 253
Capital Social €21.000.000 - CÓDIGO ESTATÍSTICO: 1186

5. CONSEQUÊNCIAS DO ACIDENTE

Quais as lesões sofridas em consequência do acidente?

Primeiros socorros (entidade que os prestou)

Ficou hospitalizado? ☐ Não ☐ Sim Onde

Período: Início Termo Está a ser assistido por alguma entidade clínica? ☐ Não ☐ Sim

Nome

Localidade Telefone/Telemóvel

6. OBSERVAÇÕES



TRATAMENTO DE DADOS PESSOAIS: INFORMAÇÃO RELATIVA A LESIONADOS COM DANOS CORPORAIS

O titular fica informado e consente expressamente o tratamento dos dados fornecidos voluntariamente no processo de sinistro, assim como o de todos aqueles dados que possa fornecer à MAPFRE I SEGUROS, e os que se obtenham mediante a gravação de conversas telefónicas ou como consequência da sua navegação pelas páginas web de Internet ou outro meio, com a finalidade de efetuar a quantificação e pagamento dos danos derivados do sinistro e demais finalidades detalhadas na Informação Adicional de Proteção de Dados, assim como, no seu caso, as comunicações ou as transferências internacionais dos dados que possam ser realizadas para as finalidades referidas.

O titular consente por sua vez, a gravação das conversas telefónicas que tenha com a MAPFRE I SEGUROS por força da gestão do sinistro.

Autorização para Acesso a Dados de Saúde: O titular autoriza expressamente a MAPFRE Seguros Gerais S.A. a inquirir junto de qualquer entidade que o tenha tratado e/ou examinado, a pedir todos os elementos clínicos e/ou médicos e/ou hospitalares necessários sobre o seu estado de saúde, relacionados com intervenções cirúrgicas, internamentos hospitalares, consultas médicas e exames complementares de diagnóstico, para efeitos de gestão do sinistro. Se os dados fornecidos se referirem a terceiros ou a pessoas singulares diferentes do titular, este garante ter obtido e contar com o consentimento prévio daqueles para a comunicação dos seus dados e tê-los informado, previamente à sua inclusão no presente documento, das finalidades do tratamento, comunicações e demais termos previstos no mesmo e na Informação Adicional sobre Proteção de Dados.

O titular garante a exatidão e veracidade dos dados pessoais fornecidos, comprometendo-se a mantê-los devidamente atualizados e a comunicar à MAPFRE I SEGUROS qualquer alteração dos mesmos.

Informação básica sobre proteção de dados:

- **Responsável:** MAPFRE I SEGUROS (MAPFRE Seguros Gerais, S.A. NIPC 502 245 816 e MAPFRE Seguros de Vida, S.A. NIPC 509 056 253)
- **Finalidades:** Gestão do sinistro, gestão integral e centralizada da sua relação com o Grupo MAPFRE.
- **Legitimidade:** Legislação aplicável em matéria do contrato de seguro.
- **Destinatários:** Poderão ser comunicados dados a terceiros elou ser realizadas transferências de dados para países terceiros nos termos indicados na Informação Adicional.
- **Direitos:** Poderá exercer os seus direitos de acesso, retificação, supressão, limitação, oposição e portabilidade, constantes na Informação Adicional sobre Proteção de Dados.
- **Informação Adicional:** Poderá consultar a Informação Adicional sobre Proteção de Dados nas Informações Pré contratuais ou em <https://www.mapfre.pt/seguros-pt/protecao-dados/>

Assinatura do Titular do Cartão

	Data		
Data de Aprovação		Visto	
Assessor Comercial		Loja	