

PARTICIPAÇÃO DE SINISTRO - DESEMPREGO

Por favor, siga rigorosamente as seguintes instruções:

1. Enquanto a sua participação está a ser apreciada, os seus compromissos de pagamento deverão ser mantidos.
2. Em caso de dúvida relativa ao sinistro ou a este impresso é favor contactar-nos através do telefone 21 381 26 55 se se tratar de uma apólice Plano Protecção Emprego ou pelo telefone 21 780 04 21 para as restantes modalidades de seguro. Atendimento personalizado: dias úteis das 9h às 17h.

1. Preencha os **DADOS DA PESSOA SEGURA**, **DADOS DO SEGURO** e **DECLARAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO**, utilizando letra bem legível.
2. Obtenha os seguintes Documentos:
 - a) **CÓPIA DO MODELO RP 5044 - DGSS**, preenchido e carimbado pela Entidade Patronal (Antigo Modelo 346).
 - b) **CÓPIA DO EXTRACTO DE REMUNERAÇÕES** para o período mínimo de 1 ano anterior à situação de Desemprego, emitido pelos Serviços de Segurança Social ou ADSE
 - c) **DECLARAÇÃO DE INSCRIÇÃO NO CENTRO DE EMPREGO** da área de residência passados 30 dias após a data de desemprego, renovada mensalmente (para o PPO declaração passada após 60 dias de desemprego).
 - d) **FOTOCÓPIA DO COMPROVATIVO DO REQUERIMENTO DE PRESTAÇÕES DE DESEMPREGO** emitido pelo Centro de Emprego.
 - e) **CÓPIA DOS ÚLTIMOS TRÊS RECIBOS DE VENCIMENTO** anteriores à data de Desemprego (apenas para o PPO).
 - f) **CÓPIA DO CARTÃO DE CONTRIBUINTE** da Pessoa Segura.
 - g) **CÓPIA DO CONTRATO DE TRABALHO E DA CARTA DE DESPEDIMENTO**.
3. **Após ter cumprido todas as instruções anteriores**, proceda à devolução desta Participação e de todos os Documentos solicitados para o Segurador. Por favor, apenas proceda ao envio da Participação de Sinistro após ter obtido todos os Documentos solicitados, evitando dispersão de informações.

DADOS OBRIGATÓRIOS

O não preenchimento destes campos invalida por parte do Segurador toda e qualquer análise do Sinistro.

Nome:	<input type="text"/>	NIF:	<input type="text"/>
Morada:	<input type="text"/>	Localidade:	<input type="text"/>
Código Postal:	<input type="text"/>	Profissão:	<input type="text"/>
Telefone(s):	<input type="text"/>	Data de nascimento:	<input type="text"/>
N.º Apólice:	<input type="text"/>	<small>(dd/mm/aaaa)</small>	
Prazo:	<input type="text"/>	Produto:	<input type="text"/>
		Data de Adesão:	<input type="text"/>
		<small>(dd/mm/aaaa)</small>	
E-mail:	<input type="text"/>		

DECLARAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO

Autorizo, por este meio, qualquer pessoa ou entidade a prestar declarações ao Segurador relativas a este Sinistro.
(Caso o próprio não possa assinar os campos abaixo deverão ser preenchidos por um familiar)

Nome: Parentesco:

Assinatura: _____

Data: ____ / ____ / ____.