

## Participação de Sinistro Acidentes Pessoais

Processo Sinistro nr. \_\_\_\_\_

Seguro 2

Identificação do Tomador de Seguro

Ramo \_\_\_\_\_

Apólice

11003909

Nome \_\_\_\_\_

N.I.F. | | | | | | | | | | | | | | | |

Morada \_\_\_\_\_

Localidade \_\_\_\_\_

Cód. Postal -

\_\_\_\_\_

Telefone \_\_\_\_\_

Identificação do Sinistrado

Nome \_\_\_\_\_

Morada \_\_\_\_\_

Localidade \_\_\_\_\_

Cód. Postal -

\_\_\_\_\_

Telefone \_\_\_\_\_

Data de nascimento / /

N.I.B. | | | | | | | | | | | | | | | |

N.I.F. | | | | | | | | | | | | | | | |

(Necessário para a abertura do processo)

Linha Verde

O sinistro já foi participado através da Linha Verde?  Sim  Não

Em caso afirmativo, indique a data e a hora do seu contacto: / / às h

Dados do acidente

Data / /

Hora h

Local do acidente \_\_\_\_\_

Descrição do acidente  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Partes do corpo atingidas \_\_\_\_\_

Tipo de lesões \_\_\_\_\_

Autoridade que tomou conta da ocorrência \_\_\_\_\_

Em caso de acidente de viação

O acidente está relacionado com a utilização de qualquer veículo?  Sim  Não Matrícula \_\_\_\_\_

Nome do Conductor \_\_\_\_\_

Nome do Proprietário \_\_\_\_\_

Morada \_\_\_\_\_

Localidade \_\_\_\_\_

Nº de apólice automóvel \_\_\_\_\_

Companhia \_\_\_\_\_

Responsabilidade presumida \_\_\_\_\_

Há testemunhas do acidente?  Sim  Não Em caso afirmativo indique nome e morada:

Nome \_\_\_\_\_

Morada \_\_\_\_\_

Nome \_\_\_\_\_

Morada \_\_\_\_\_

WEBDOC PS/APE 09.07

20 00 07 00 00 02 29

Informação sobre apólice de Acidentes de Trabalho

O acidente encontra-se coberto por uma apólice de Acidentes de Trabalho?  Sim  Não

Em caso afirmativo, indicar a seguradora

Apólice nr.

Entidade patronal

Dados da assistência médica

Quem prestou a primeira assistência?

Morada do médico assistente

Telefone

Em caso de internamento hospitalar, indicar o nome e endereço do hospital / serviço

Declarações e assinaturas

Autorizo a VICTORIA a pedir a qualquer médico, hospital ou clínica todos os dados necessários sobre o meu estado de saúde e consequências do acidente, pelo que os considero desobrigados do sigilo profissional.

É do meu conhecimento que as declarações falsas ou inexactas, mesmo quando o preenchimento deste impresso for por interposta pessoa, desobriguem a VICTORIA do pagamento de qualquer indemnização.

Feito em \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

Assinatura do Tomador

Assinatura do Sinistrado

## 1. DECLARAÇÃO

De acordo com a legislação em vigor, os dados recolhidos, e aqueles que vierem a ser fornecidos em sede de regularização de sinistro, serão processados e armazenados informaticamente, sendo utilizados nas relações contratuais com a VICTORIA e seus subcontratados, podendo ser comunicados a entidades terceiras para efeitos de colaboração na realização de estudos estatísticos, inquéritos de mercado e/ou viabilização da execução dos contratos.

Quaisquer omissões, inexatidões e falsidades, referentes ou relacionadas com a informação necessária para o tratamento de dados efetuado no âmbito da relação contratual, são da responsabilidade do titular dos dados.

### 1 . Direitos e dever de informação

Declaro ainda que fui informado do direito de oposição ao tratamento dos mesmos nas situações de definição de perfis, comercialização direta e interesse legítimo do responsável pelo tratamento.

Para além do direito de oposição, reconheço ainda que me assistem os direitos de acesso, retificação, apagamento, limitação do tratamento e portabilidade, nos termos definidos na Política de Privacidade disponível em [www.victoria-seguros.pt](http://www.victoria-seguros.pt), podendo exercê-los perante a VICTORIA ou junto do Encarregado de Proteção de Dados (EPD) através dos contactos aí indicados.

### 2. Assinatura

Declaro ter tomado conhecimento das informações acima descritas e dos direitos que me assistem na proteção dos seus dados pessoais, subscrevendo-os mediante a sua assinatura.

Local e Data \_\_\_\_\_ , \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(Assinatura do Titular dos Dados)