

**Participação de Sinistro
Acidentes Pessoais**

Processo Sinistro nr. _____

Seguro 1

Ramo _____ Apólice 10795669

Identificação do Tomador de Seguro

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 VerdeO 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 viaçãoO 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 PSAPE 09.07

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, 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)