

## Acidentes Pessoais

Processo Sinistro nº: 

## 1. IDENTIFICAÇÃO DO TOMADOR DE SEGURO

Ramo

Apólice

11003909

Nome  N.I.F.

Morada

Localidade  Código Postal  Telefone

E-mail

## 2. IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRADO

Nome

Morada

Localidade  Código Postal  Telefone

Data de Nascimento  -  -  N.I.F.

IBAN  Profissão

(Necessário para pagamento)

E-mail

## 3. IDENTIFICAÇÃO DO ENCARREGADO DE EDUCAÇÃO

(PREENCHER CASO O SINISTRADO SEJA MENOR)

Nome

Localidade  Código Postal  Telefone

Data de Nascimento  -  -  N.I.F.

IBAN  Profissão

(Necessário para pagamento)

E-mail

## 4. DATA DO ACIDENTE

Data  -  -  Hora  Local do acidente

Descrição do Acidente

Partes do corpo atingidas

Tipo de lesões

Autoridade que tomou conta da ocorrência

**5. EM CASO DE ACIDENTE DE VIAÇÃO**

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

Nome do condutor

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

**6. INFORMAÇÃO SOBRE APÓLICE DE ACIDENTES DE TRABALHO**

O acidente encontra-se coberto por uma apólice de Acidentes de Trabalho?  Sim  Não Apólice nº

Em caso afirmativo, indicar a seguradora

Entidade patronal

**7. DADOS DA ASSISTÊNCIA MÉDICA**

Quem prestou a primeira assistência?

Morada do médico assistente

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

**8. 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.

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

  
  
 (Assinatura do Tomador do Seguro)  
**FEDERAÇÃO NACIONAL PORTUGAL**

**9. DECLARAÇÃO DE PROTEÇÃO DE DADOS**

De acordo com a legislação em vigor, os dados pessoais agora recolhidos, bem como 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 outras empresas do Grupo SMA ou VICTORIA, e com entidades terceiras para efeitos de colaboração na realização de estudos estatísticos, inquéritos de mercado e/ou viabilização da execução dos contratos.

As omissões, inexactidões 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.

**CONSENTIMENTO**

Relativamente a outras finalidades de tratamento de dados pessoais, consinto na utilização dos meus dados pessoais para os seguintes efeitos:

	Titular dos Dados (Pessoa Segura)	
	Sim	Não
Partilha de dados sensíveis com entidades terceiras no âmbito da gestão contratual e gestão de processos de sinistro*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

\*Informamos que para os seguros de Vida, Saúde e Acidentes Pessoais e outros seguros que impliquem o tratamento de dados sensíveis (nomeadamente de saúde), atendendo ao seu âmbito, natureza e objeto e à necessidade de cumprir as condições que o Regulamento Geral de Proteção de Dados determina, o consentimento representa a causa de licitude do tratamento deste tipo de dados, sem o qual não é possível formalizar a cobertura do risco proposto.

**DIREITOS E DEVER DE INFORMAÇÃO**

Tomei(amos) conhecimento e autorizo(amos) que a VICTORIA poderá transmitir os dados de identificação das Pessoas seguras e do respetivo contrato à entidade subcontratada para assegurar os diferentes serviços de assistência previstos no contrato.

Autorizo(amos) a VICTORIA a proceder à recolha de outros dados confirmativos ou complementares daqueles necessários à gestão do contrato, inclusive sobre o meu estado de saúde, junto de organismos públicos, hospitais, médicos ou outras entidades, mesmo depois da minha morte, bem como a utilizar os dados recolhidos no âmbito de qualquer processo judicial que tenha por objeto o presente contrato de seguro.

Autorizo(amos) também a consulta destes dados, desde que para a finalidade compatível com a determinante da respetiva recolha, pelas empresas que integram o grupo VICTORIA, sob regime de absoluta confidencialidade.

Adicionalmente ao consentimento solicitado acima, declaro(amos) ainda que fui(omos) informado(s), que o titular dos dados tem(têm) direito de oposição ao tratamento dos seus dados nas situações de definição de perfis, comercialização direta e interesse legítimo do responsável pelo tratamento.

Para além do direito de oposição, reconheço(emos) ainda que me(nos) 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 mediante comunicação à VICTORIA ou ao Encarregado de Proteção de Dados (EPD), através dos contactos aí indicados.

**ASSINATURA**

O titular dos dados declara ter tomado conhecimento das informações acima descritas, do consentimento que prestou e dos direitos que lhe assistem na proteção dos seus dados pessoais e sensíveis, subscrevendo-os mediante a sua assinatura.

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

\_\_\_\_\_  
(Assinatura do Titular dos Dados ou do(s) Titular(es) da(s)  
Responsabilidade(s) Parental(ais), caso se trate de Menor de Idade

WEBDOC VSI FE 10.19

Este impresso pode ser fotocopiado.