

ACIDENTES PESSOAIS

SEGURO 2

Apólice N.º

Processo Sinistro N.º

/ IDENTIFICAÇÃO DO TOMADOR DE SEGURO

Nome:

Morada:

Localidade:

Código Postal:

-

NIF:

Tel./Tlm.:

E-mail:

/ IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRADO

Nome:

Morada:

Localidade:

Código Postal:

-

Tel./Tlm.:

E-mail:

Data de Nascimento: / /

Profissão:

IBAN:

(Necessário para pagamento)

NIF:

/ IDENTIFICAÇÃO DO ENCARGADO DE EDUCAÇÃO (Preencher caso o sinistrado seja menor)

Nome:

Morada:

Localidade:

Código Postal:

-

Tel./Tlm.:

E-mail:

Data de Nascimento: / /

Profissão:

IBAN:

(Necessário para pagamento)

NIF:

/ DATA DO ACIDENTE

Data: / /

Hora:

Local do Acidente:

Descrição pormenorizada do Acidente:

Partes do corpo atingidas:

Tipo de lesões:

Autoridade que tomou conta da ocorrência:

/ EM CASO DE ACIDENTE DE VIAÇÃO

O sinistrado era:	Condutor	Ocupante
Nome do condutor:		
Nome do proprietário:		
E-mail ou Morada completa:		
Tel./Tlm:		
Nº. da Apólice Automóvel:		
Nome da Seguradora:		
O acidente envolveu um veículo terceiro?	Sim	Não
<u>Em caso afirmativo indicar:</u>		
Nome do condutor:		
Nome do proprietário:		
E-mail ou Morada completa:		
Tel./Tlm.:		
Nº. da Apólice Automóvel:		
Nome da Seguradora:		
Responsabilidade pelo acidente (presumida):		

/ TESTEMUNHAS

Há testemunhas do acidente?	Sim	Não
<u>Em caso afirmativo indicar:</u>		
Nome:		
E-mail ou morada completa:		
Tel./Tlm:		
Nome:		
E-mail ou morada completa:		
Tel./Tlm:		
Nome:		
E-mail ou morada completa:		
Tel./Tlm:		

/ 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:

Nº. da Apólice de Acidentes de Trabalho:

Nome da Seguradora:

Nome da Entidade Patronal:

/ DADOS DA ASSISTÊNCIA MÉDICA

Entidade que prestou os primeiros socorros/primeira assistência?

Em caso de internamento hospitalar, indicar o serviço, nome do hospital e localidade:

Foi submetido a intervenção cirúrgica?

Sim

Não

/ DECLARAÇÃO E ASSINATURA (Obrigatório o preenchimento médico desta ficha)

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 inexatas, mesmo quando o preenchimento deste impresso for por interposta pessoa, desobriguem a VICTORIA do pagamento de qualquer indemnização.

Local e Data

,

de

de


FEDERAÇÃO NACIONAL
PORTUGAL

(Assinatura do Tomador do Seguro)

/ DECLARAÇÃO DE PROTEÇÃO DE DADOS PESSOAIS

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

CONSENTIMENTO

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

	Marketing e informação promocional de produtos e serviços da VICTORIA.		Partilha de dados sensíveis com entidades terceiras no âmbito da gestão contratual e gestão de processos de sinistro*	
	Sim	Não	Sim	Não
Nome:	☐	☐	☐	☐

*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 dos titulares dos dados e do respetivo contrato à(s) entidade(s) subcontratada(s) para assegurar os diferentes serviços de assistência previstos no contrato.

Autorizo(amos) a Seguradora a proceder à recolha de outros dados confirmativos ou complementares daqueles necessários à gestão do contrato, inclusive sobre o estado de saúde, junto de organismos públicos, hospitais, médicos ou outras entidades, mesmo depois da 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.

Declaro(amos) ainda que fui(fomos) informado(s), que o(s) titular(es) 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 assistem ao(s) titular(es) dos dados 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 mediante comunicação à VICTORIA ou ao Encarregado de Proteção de Dados (EPD), através dos contactos aí indicados.

/ DECLARAÇÃO DE PROTEÇÃO DE DADOS PESSOAIS (CONT.)

ASSINATURA

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

Local e Data _____, de _____ de _____

Titular(es) dos Dados:

Assinaturas	
Nome:	

Nota: Ou do(s) Titular(es) da(s) Responsabilidades Parentais caso se trate de um Menor de Idade