

PARTICIPAÇÃO DE SINISTRO

1 - PARTICIPANTE

SEGURADO/TOMADOR DO SEGURO TERCEIRO LESADO

Nome _____

Profissão _____ Tel. (9h às 16h) _____

Morada _____

C. P. _____

Tel. fixo _____ Telemóvel _____

Fax _____ Email _____

2 - CONDUTOR (se não coincidente)

Nome _____

Profissão _____ Tel. (9h às 16h) _____

Morada _____

C. P. _____

Tel. fixo _____ Telemóvel _____

Fax _____ Email _____

Idade _____ É o condutor habitual da viatura? _____ Tem seguro

de carta? _____ Caso afirmativo: Seguradora _____

N.º apólice _____

Em caso de acidente, contacte:
Telef.: 213 134 417 • Fax: 21 313 47 00
E-mail: sinistros.auto@victoria-seguros.pt

Se o acidente envolver um terceiro, utilize preferencialmente a
DAAA - Declaração Amigável de Acidente Automóvel,
disponível em qualquer Delegação da VICTORIA.

3 - TITULAR DO REGISTO DE PROPRIEDADE (se não coincidente)

Nome _____

Profissão _____ Tel. (9h às 16h) _____

Morada _____

C. P. _____

Tel. fixo _____ Telemóvel _____

Fax _____ Email _____

4 - IDENTIFICAÇÃO DE OUTRAS TESTEMUNHAS

5 - Em sua opinião quem foi o culpado e porquê?

6 - Foi levantado auto pelas autoridades? GNR PSP Posto/Brigada/Esquadra de: _____

Algum dos intervenientes foi submetido ao teste de pesquisa de álcool? _____ Qual? _____

Resultado do teste: _____

7 - DADOS REFERENTES AOS VEÍCULOS

	PARTICIPANTE (A)	OUTRO VEÍCULO (B)	OUTRO VEÍCULO (C)
Marca	►		
Matrícula	►		
Características (1)	►		
Cor	►		
Titular do registo de propriedade	►		
Existiam danos anteriores? Quais	►		
Pode circular?	►		
Rebocava atrelado?	►		
Oficina reparadora	►		
Endereço e telefone	►		
N.º da Apólice	►		
Seguradora	►		

8 - OUTROS DANOS MATERIAIS ALÉM DOS CAUSADOS AOS VEÍCULOS IDENTIFICADOS NO N.º 7

Nome e morada dos proprietários _____

Natureza dos danos _____

9 - FERIDOS

Nome	_____		_____	
Morada	_____		_____	
Profissão e idade	_____		_____	
Lesões sofridas	_____		_____	
Primeiros socorros em	_____		_____	
Hospitalizado em	_____		_____	
Indique se era	Peão <input type="checkbox"/>	Ocupante de veículo <input type="checkbox"/>	Peão <input type="checkbox"/>	Ocupante de veículo <input type="checkbox"/>

10 - Os condutores dos veículos, bem como os proprietários dos bens atingidos ou qualquer dos feridos, é parente sócio empregado mandatário do segurado ou do condutor do veículo seguro? Especifique: _____

11 - Pretende formular pedido indemnizatório de lucros cessantes? sim não

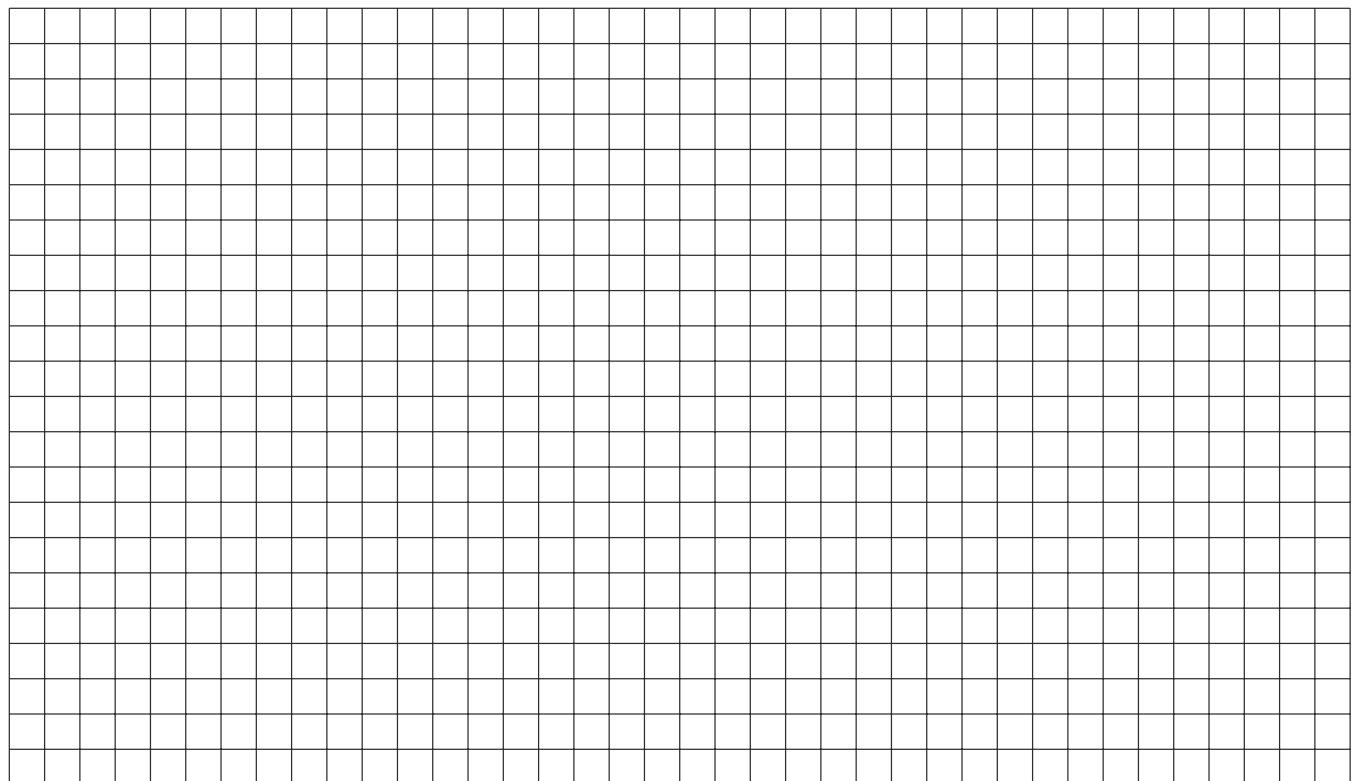
(1) Indicar se o veículo é ligeiro, pesado, particular, aluguer, duas rodas.

12 - DESCRIÇÃO PORMENORIZADA DO ACIDENTE

Data do Acidente _____ Hora _____ Local _____

Indique a que velocidade seguia o seu veículo: _____ km/h

ESQUEMA (caso não esteja já desenhado na Declaração Amigável de Acidente Automóvel)



13 - LOCAL E DATA DESTA PARTICIPAÇÃO

_____, ____ de ____ de ____

14 - ASSINATURA DO PARTICIPANTE (2)

(2) Rubricar a página anterior.

/ 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:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<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 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, hospitalares, 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