

Ficha de Avaliação: Acidentes de Trabalho Acidentes Pessoais

Tipo de Boletim: Incapacidade
 Exame
 Alta

Apólice

Sinistrado

Nome

Morada

Telefone

Profissão / Posto de Trabalho

Data do Acidente

/ /

Exame

Existe nexó causal entre a lesão e o acidente? Sim Não

Lesões ou doenças anteriores ou coexistentes ao acidente

Lesões ou doenças intercorrentes

Lesões resultantes do acidente

Tratamentos efectuados (Médicos / Cirúrgicos) e respectivas datas

Exames complementares / resultados e respectivas datas

O sinistrado mantém ITA por _____ dias ITP de _____ % por _____ dias SI por _____ dias

Data da próxima consulta

Alta

O sinistrado teve alta em _____ / _____ / _____

Pode retomar o trabalho em _____ / _____ / _____

Cura sem desvalorização

Alta por transferência

Outras

Atribuição de IPP de _____ % (preencher a página 2)

Abandono de tratamento

Hospitalização

Estabelecimento

De

/

/

/

a

/

/

/

Estabelecimento

De

/

/

/

a

/

/

/

Período de incapacidade

ITA

de

/

/

/

a

/

/

/

ITP

% de

/

/

/

a

/

/

/

ITP

% de

/

/

/

a

/

/

/

de

/

/

/

a

/

/

/

de

/

/

/

a

/

/

/

Assistência Médica

Nome da Clínica ou Médico Assistente

Telefone

Fax

E-mail

Feito em

a

de

de

(Assinatura do Médico)



WEBDOC FAAT 09.07

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)