

**Participação de Sinistro
Acidentes Pessoais Grupo**

Identificação do Tomador de Seguro		Ramo	Apólice
Nome			
Morada			
Localidade	Cód. Postal	-	Telefone

Identificação do Sinistrado			
Nome			
Nr. Aluno (quando aplicável)	Data de nascimento	/ /	Telefone
Morada			
Localidade	Cód. Postal	-	N.I.F.

Identificação do Encarregado de Educação			
Preencher caso o Sinistrado seja menor.			
Nome			
Data de nascimento	/ /	Telefone	N.I.F.
Morada			
Localidade	Cód. Postal	-	

Dados do acidente		
Data	/ /	Hora h
Local do acidente		
Descrição do acidente		
Partes do corpo atingidas		
Tipo de lesões		

Em caso de acidente de viação			
Autoridade que tomou conta da ocorrência			
O acidente está relacionado com a utilização de qualquer veículo? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Matrícula			
Nome do Condutor		Nome do Proprietário	
Morada		Localidade	
Nº de apólice automóvel	Companhia	Responsabilidade presumida	
Há testemunhas do acidente? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Em caso afirmativo indique nome e morada			
Nome			
Morada			
Nome			
Morada			

WEBDOC PSAPG 09.07



20 00 07 00 00 00 45

Dados da assistência médica

Quem prestou a primeira assistência? _____ Data da 1ª assistência médica / / _____

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)