

Ficha de Avaliação: Acidentes de Trabalho Acidentes Pessoais

Tipo de Boletim: Incapacidade  
Exame  
Alta

Apólice N.º

## / SINISTRADO

Nome:

Morada:

Localidade:

Código Postal: -

Tel./Tlm.:

Profissão/Posto de Trabalho:

Data do Acidente: / /

## / EXAME

Existe nexo causal entre a lesão e o acidente? **Sim** **Não**

Lesões ou doenças anteriores ou coexistentes ao acidente:

Lesões ou doenças intercorrentes:

Lesões resultantes exclusivamente do acidente:

Tratamentos efetuados (Médicos/Cirúrgicos) e respetivas datas:

Exames complementares/resultados e respetivas datas:

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

Data da próxima consulta: / /

WEBDOC FAAT 02.22





## / INFORMAÇÃO COMPLEMENTAR

(A) A utilizar para justificação, pelo(s) Perito(s), quando ocorrem desvios dos coeficientes previstos na TNI — Ponto 7  
das Instruções Gerais:

## / LOCAL E ASSINATURA

Local e Data

,

de

de

(Assinatura do Médico)

Nome do Médico:

Nº Cédula Profissional:

## / 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, 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](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.

## / 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

WEBDOC FAAT 02.22