

ANEXO I

PARTICIPAÇÃO DE ACIDENTE DE TRABALHO

(Por exemplo: contacto com corrente elétrica, temperatura, substância perigosa, afogamento, soterramento, envolvimento por gases, esmagamento em movimento vertical ou horizontal, sobre ou contra um objeto imóvel, pancada por objeto em movimento, colisão com, contacto com agente material cortante, perfurante ou áspero, entalção esmagamento, constrangimento físico do corpo ou psíquico, mordedura, pontapé, cabeçada, estrangulamento, etc.)

93. Que materiais e/ou objetos estiveram associados ao acontecimento que conduziu à lesão
(Ver exemplos da Questão 89)

94. A tarefa descrita é ... 1.Tarefa habitualmente exercida 2.Tarefa ocasionalmente exercida 9.Outra situação

95. Posto de trabalho 1.Local habitual 2.Local ocasional 9.Outro

96. Nº de horas executadas ininterruptamente até ao momento do acidente

97. Nº total de horas executadas até ao momento do acidente

IDENTIFICAÇÃO DAS CONSEQUÊNCIAS DO ACIDENTE

98. O acidente teve apenas consequências materiais? 1.Sim 2.Não (Se não, responda às questões 99 e 101)

99. Natureza da lesão
(Por exemplo: Feridas ou lesões superficiais, fratura, deslocação, entorse ou distensão, amputação, concussão ou lesão interna, queimadura, congelação, envenenamento, infeção, afogamento, asfixia, efeitos de ruído, vibrações ou pressão, efeitos de temperaturas extremas, luz ou radiações, choque elétrico, agressão, lesões múltiplas, só danos materiais, outras)

100. Parte do corpo atingida
(Por exemplo: Cabeça, Pescoço, Costas, Tórax e órgãos torácicos, extremidades superiores, extremidades inferiores, corpo inteiro ou partes múltiplas do corpo, outras partes do corpo não especificadas)

101. Consequências do acidente à data da declaração 1.Não mortal 2.Mortal

IDENTIFICAÇÃO DO RESPONSÁVEL PELA PARTICIPAÇÃO

102. Nome

103. Data de preenchimento 104. Assinatura
Ano Mês Dia

IDENTIFICAÇÃO COMPLEMENTAR

DA RESPONSABILIDADE DE CADA SEGURADOR

/ 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(amos) 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