

Processo N.º

Apólice N.º

/ ACIDENTE

Data: Hora: Local:

/ IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRADO

Nome:

Morada: Código Postal: Localidade:

Data de Nascimento: Sexo: B.I. ou C.C.: NIF:

Estado Civil: E-mail: Tel./Tlm.:

Grau de Escolaridade: N.º de filhos:

Nome do Cônjuge:

E-mail: Tel./Tlm.:

/ SENDO MENOR

Nome do Pai:

Nome da Mãe:

/ SITUAÇÃO PROFISSIONAL

Profissão:

Ordenado Líquido: Outras Remunerações:

Entidade Patronal: Tel./Tlm: E-mail:

Nº Beneficiário SNS: Nº Segurança Social (NISS):

Morada:

Ja em serviço? Tem Seguro de Acidentes de Trabalho? Seguradora: Apólice N.º:

Participado?

Outras Atividades: Outros Rendimentos:

/ SITUAÇÃO CLÍNICA

Lesões:

Quem prestou os Primeiros Socorros?

Hospitalizado em:

Submetido a intervenção cirúrgica? Qual?

Situação clínica atual:

Retomou a atividade profissional?

/ OUTROS DANOS MATERIAIS

Objetos

Valor de compra

Valor Atual

WEBDOC IPSSC 03.25

/ ACIDENTE

Descritivo de acidente ou croqui:

/ AUTORIDADE INTERVENIENTE

/ TESTEMUNHAS (OV— Ocupante do veículo; I — Independente)

Nome:
Morada:
E-mail: Tel./Tlm:

Nome:
Morada:
E-mail: Tel./Tlm:

Nome:
Morada:
E-mail: Tel./Tlm:

/ OBSERVAÇÕES

WEBDOC IPSSC.03.25

/ 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 SMABTP, 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.

1. 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.

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, podendo exercê-los mediante comunicação à VICTORIA ou ao Encarregado de Proteção de Dados (EPD), através dos contactos aí indicados.

/ ASSINATURAS

Ao assinar este impresso, o **Sinistrado**, está simultaneamente a aceitar e a assinar os seguintes quadros:

- Impresso de Sinistrado - Danos Corporais
- Declaração de proteção de dados pessoais

Ao assinar este impresso, as **Testemunhas** estão simultaneamente a aceitar e a assinar os seguintes quadros:

- Declaração de proteção de dados pessoais

Data

Sinistrado

Testemunha 1

Testemunha 2

Testemunha 3