

PARTICIPAÇÃO DE SINISTRO

VICTORIA
Uma empresa do Grupo Segurador SMABTP

1 - PARTICIPANTE

SEGURADO/TOMADOR DO SEGURO TERCEIRO LESADO

Nome _____
 Profissão _____ Tel. (9h às 16h) _____
 Morada _____
 _____ C. P. _____
 Tel. fixo _____ Telemóvel _____
 Fax _____ Email _____

2 - CONDUTOR (se não coincidente)

Nome _____
 Profissão _____ Tel. (9h às 16h) _____
 Morada _____
 _____ C. P. _____
 Tel. fixo _____ Telemóvel _____
 Fax _____ Email _____
 Idade _____ É o condutor habitual da viatura? _____ Tem seguro de carta? _____ Caso afirmativo: Seguradora _____
 _____ N.º apólice _____

Em caso de acidente, contacte:
 Telef.: 213 134 417 • Fax: 21 313 47 00
 E-mail: sinistros.auto@victoria-seguros.pt

Se o acidente envolver um terceiro, utilize preferencialmente a DAAA - Declaração Amigável de Acidente Automóvel, disponível em qualquer Delegação da VICTORIA.

3 - TITULAR DO REGISTO DE PROPRIEDADE (se não coincidente)

Nome _____
 Profissão _____ Tel. (9h às 16h) _____
 Morada _____
 _____ C. P. _____
 Tel. fixo _____ Telemóvel _____
 Fax _____ Email _____

4 - IDENTIFICAÇÃO DE OUTRAS TESTEMUNHAS

5 - Em sua opinião quem foi o culpado e porquê?

6 - Foi levantado auto pelas autoridades? GNR PSP Posto/Brigada/Esquadra de: _____

Algum dos intervenientes foi submetido ao teste de pesquisa de álcool? _____ Qual? _____

Resultado do teste: _____

7 - DADOS REFERENTES AOS VEÍCULOS

- Marca
- Matrícula
- Características (1)
- Cor
- Titular do registo de propriedade
- Existiam danos anteriores? Quais
- Pode circular?
- Rebocava atrelado?
- Oficina reparadora
- Endereço e telefone
- N.º da Apólice
- Seguradora

	PARTICIPANTE (A)	OUTRO VEÍCULO (B)	OUTRO VEÍCULO (C)
► Marca			
► Matrícula			
► Características (1)			
► Cor			
► Titular do registo de propriedade			
► Existiam danos anteriores? Quais			
► Pode circular?			
► Rebocava atrelado?			
► Oficina reparadora			
► Endereço e telefone			
► N.º da Apólice			
► Seguradora			

8 - OUTROS DANOS MATERIAIS ALÉM DOS CAUSADOS AOS VEÍCULOS IDENTIFICADOS NO N.º 7

Nome e morada dos proprietários _____

Natureza dos danos _____

9 - FERIDOS

Nome _____
 Morada _____
 Profissão e idade _____
 Lesões sofridas _____
 Primeiros socorros em _____
 Hospitalizado em _____
 Indique se era Peão Ocupante de veículo

Nome _____
 Morada _____
 Profissão e idade _____
 Lesões sofridas _____
 Primeiros socorros em _____
 Hospitalizado em _____
 Indique se era Peão Ocupante de veículo

10 - Os condutores dos veículos, bem como os proprietários dos bens atingidos ou qualquer dos feridos, é parente sócio empregado
 mandatário do segurado ou do condutor do veículo seguro? Especifique: _____

11 - Pretende formular pedido indemnizatório de lucros cessantes?

sim não

(1) Indicar se o veículo é ligeiro, pesado, particular, aluguer, duas rodas.

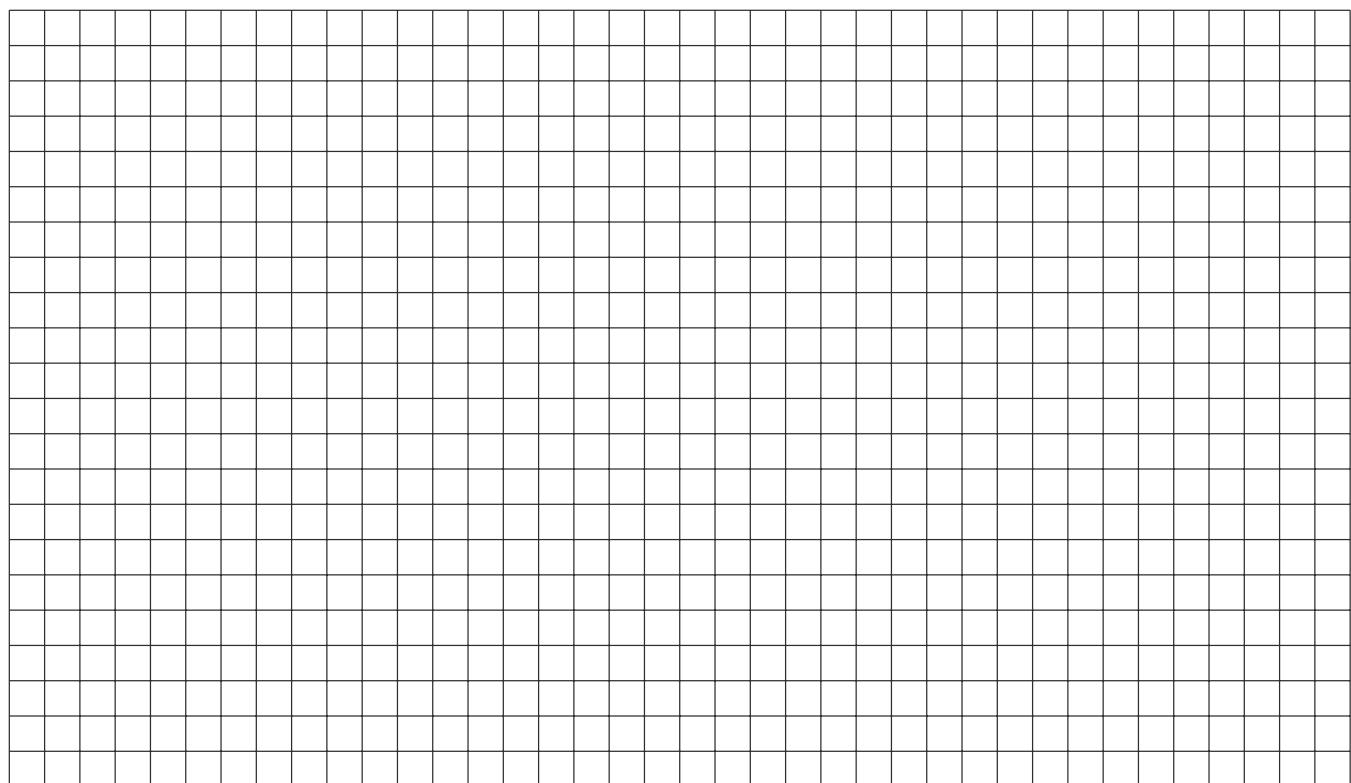


12 - DESCRIÇÃO PORMENORIZADA DO ACIDENTE

Data do Acidente _____ Hora _____ Local _____

Indique a que velocidade seguia o seu veículo: _____ km/h

ESQUEMA (caso não esteja já desenhado na Declaração Amigável de Acidente Automóvel)



13 - LOCAL E DATA DESTA PARTICIPAÇÃO

_____, ____ de ____ de ____

14 - ASSINATURA DO PARTICIPANTE (2)

/ 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 conhecimento e autorizo 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 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 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 ainda que fui informado, que o titular dos dados tem 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 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 **Participante**, está simultaneamente a aceitar e a assinar os seguintes quadros:

- Participação de Sinistro
- Declaração de proteção de dados pessoais

Data

Participante