PARTICIPAÇÃO DE SINISTRO

INCÊNDIO E OUTROS DANOS

VICTORIA
Uma empresa do Grupo Segurador SMA

/ DADOS DA APÓLICE

Apólice N.º:

Tipo de Seguro: ☐ **Multirriscos Habitação** ☐ **Outro**

☐ **Multirriscos Comércio e Indústria**

/ INFORMAÇÕES IMPORTANTES

INDICAÇÕES IMPORTANTES PARA ACCIONAMENTO DO SEU SEGURO EM CASO DE SINISTRO

Deverá entregar esta participação preenchida tão breve quanto possível, não devendo exceder o prazo de 8 dias, à data da ocorrência.
É fundamental o preenchimento de todas as informações solicitadas, permitindo assim à VICTORIA uma intervenção mais célere no tratamento da situação que vai reportar.
Deverá, de imediato, aplicar todos os meios ao seu alcance para reduzir ou evitar o agravamento dos prejuízos decorrentes do sinistro e salvar os bens seguros. Não deve remover ou alterar quaisquer vestígios do sinistro. É importante promover a guarda, conservação e beneficiação dos salvados.
Deve desenvolver todas as diligências ao seu alcance a fim de identificar eventuais responsáveis pela ocorrência em causa e transmitir essa informação nesta participação de sinistro.
Abaixo encontra especificada a documentação que deverá anexar à participação, para as diversas situações:

- Danos em edifício e/ou recheio – orçamento de reparação discriminado e se possível comprovativo dos bens afetados.
- Danos em veículos – Fotocópia do livrete, título de registo de propriedade e orçamento de reparação.
- Armas – Fotocópia do livrete e orçamento de reparação
- Cães – Fotocópia da licença e baixa camarária
- Outros bens – orçamento de reparação discriminado e se possível comprovativo dos bens afetados.

No caso de furto ou roubo deverá apresentar, de imediato, queixa às autoridades competentes, descrevendo e quantificando os objetos furtados ou roubados de que seja vítima, fornecendo à VICTORIA um documento comprovativo (auto de ocorrência).

No caso de danos em equipamentos/maquinas com origem elétrica, deverá efetuar de imediato a participação (auto ocorrência) à VICTORIA, para que possamos nomear a nossa rede de técnicos especializados. Deve manter o equipamento em sua posse sem efetuar qualquer reparação.

Para nos ajudar a ser mais céleres e dar o tratamento adequado ao seu sinistro, também poderá enviar juntamente com a participação, fotografias que identifiquem as causas encontradas e os bens afetados.

/ SEGURADO

Nome:

NIF: **Tel./Tlm:** **E-mail:**

IBAN: **Banco:**

(Campo obrigatório para efeitos de pagamento de indeminização)

WEBDOC PSIOD 02.22

PARTICIPAÇÃO DE SINISTRO

INCÊNDIO E OUTROS DANOS

VICTORIA
Uma empresa do Grupo Segurador SMA

/ SINISTRO

Data: / / **Hora:** **Local:**

Descrição pormenorizada da ocorrência, sua origem e causas:

Houve intervenção da autoridade? ☐ **Sim** ☐ **Não**

Se respondeu Sim indique qual (PSP, GNR, Bombeiros, …) deverá entregar cópia do auto ocorrência:

/ BENS SEGUROS DANIFICADOS

Descrição: **Valor:**

Já existem orçamentos para reparação dos danos? ☐ **Sim** ☐ **Não**

Se Sim, agradecemos que os junte, bem como o relatório técnico que indique as causas do dano ou avaria, se existir.

É proprietário do edifício? ☐ **Sim** ☐ **Não**

Se não, indique o proprietário:

Existem outros seguros relativamente aos bens afetados? ☐ **Sim** ☐ **Não**

Se Sim, indique quais:

Companhia: **Nº de apólice:**

Considera-se responsável pela ocorrência? ☐ **Sim** ☐ **Não**

Se Sim, indique porquê:

Se Não, e se for do seu conhecimento, indique os dados da pessoa responsável pelo dano:

Nome:

Morada:

Localidade: **Código Postal:** -

E-mail: **Tel./Tlm:** **NIF:**

WEBDOC PSIOD 02.22

PARTICIPAÇÃO DE SINISTRO

INCÊNDIO E OUTROS DANOS

VICTORIA
Uma empresa do Grupo Segurador SMA

/ DANOS CAUSADOS A TERCEIROS

Se for do seu conhecimento, indique os dados da lesada pelo dano:

Nome:

Morada:

Localidade: **Código Postal:** -

E-mail: **Tel./Tlm:** **NIF:**

IBAN:

Descrição e valorização dos danos materiais:

Indique onde, quando e como podem ser vistoriados os danos:

Em caso de Danos corporais indique as Lesões sofridas:

Onde está a ser tratado?

Entidade que prestou os primeiros socorros?

Existem testemunhas do sinistro? ☐ **Sim** ☐ **Não**

Se respondeu Sim, indique detalhes:

Nome:

E-mail: **Tel./Tlm:**

/ INFORMAÇÕES ADICONAIS

Favor indicar nome e morada da pessoa a contactar:

Nome:

Morada:

Localidade: **Código Postal:** -

E-mail: **Tel./Tlm:**

Declaro que estas informações são verdadeiras e completas

Data: / /

(Assinatura)

WEBDOC PSIOD 02.22

/ 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:	☐	☐	☐	☐

*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 Politica 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.

WEBDOC PSIOD 02.22

/ 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 PSIOD 02.22