TRANQUILIDADE

Participação de Sinistro

Acidentes Pessoais

N.º Apólice: 0510005759

Proc./Ocorrência:

Produto: AP MODALIDADES DESPORTO

Entidade:
Singular ☐
Coletiva ☐

DATA DE ENTRADA

CLIENTE/TOMADOR DO SEGURO

Nome: Federação Portuguesa de Artes Marciais Chinesas

Morada: Rua António Pinto Machado, 60

Cód. Postal: 4100 - 068 Localidade: Porto

N.º Contribuinte: 502871091 Data Nasc.: ___-___-___ Sexo: M ☐ F ☐ Telefone:

Telemóvel: Email: geral@fpamc.com

Profissão:

ACIDENTE

Data: ___-___-___ Hora:

Local: Concelho:

Descrição (Pormenorizada, circunstâncias, causas e consequências):

Se, se tratar de acidente de viação indicar:

N.º Apólice da viatura em que seguia: Segurador:

N.º Apólice da viatura causadora do acidente: Segurador:

RECLAMANTE (PESSOA SEGURA)

Dados Pessoais (se diferente do Cliente)

Nome:

Morada:

Cód. Postal: ___ - ___ Localidade:

N.º Contribuinte: Data Nasc.: ___-___-___ Sexo: M ☐ F ☐ Telefone:

Telemóvel: Email:

Profissão:

Danos sofridos:

Prestação de Assistência Médica

1.º Tratamento Médico/Hospitalar:

Morada: Telefone:

Foi internado? Onde?

Médico Assistente

Nome:

Morada: Telefone:

TESTEMUNHAS

Nome: Telefone:
Morada: Cód. Postal: ___ - ___

Nome: Telefone:
Morada: Cód. Postal: ___ - ___

Nome: Telefone:
Morada: Cód. Postal: ___ - ___

Nome: Telefone:
Morada: Cód. Postal: ___ - ___

AUTORIDADE

Foi comunicada a ocorrência às autoridades? ___ PSP ☐ GNR ☐ PJ ☐ Posto/Brigada/Esquadra:

N.º Processo ou Participação:

OBSERVAÇÕES

Atenção: Os honorários clínicos, despesas de farmácia e de tratamento são sempre pagos diretamente pelo reclamante.

PAGAMENTO DE INDEMNIZAÇÕES POR TRANSFERÊNCIA BANCÁRIA

Declaro que autorizo a Generali Seguros, S.A. a transferir para a conta de que sou titular e cujo IBAN a seguir indico os montantes de eventuais indemnizações que me sejam devidos:

Banco: _____

IBAN: PT50 _____

Nome do titular: _____

Documentação obrigatória:

- Comprovativo da titularidade do IBAN onde conste a identificação do titular (ex.: documento do homebanking, cópia de caderneta, cópia do cabeçalho do extrato).

  Não é aceite comprovativo retirado do multibanco onde não constem os elementos indicados.

TRATAMENTO DE DADOS PESSOAIS

A Generali Seguros, S.A., na qualidade de responsável pelo tratamento, procederá ao tratamento dos seus dados pessoais em conformidade com o disposto na legislação aplicável em matéria de proteção de dados.

Nesta medida, os dados recolhidos no presente formulário destinam-se ao cumprimento de obrigações jurídicas resultantes de convenção coletiva de trabalho, assim como à execução do contrato de seguro.

Terão acesso aos seus dados os colaboradores da Generali Seguros, S.A. e/ou subcontratantes daquela entidade que deles necessitem para emitir a respetiva apólice de seguro e assegurar a sua gestão. A Generali Seguros, S.A. informa que procede a uma escolha criteriosa dos seus subcontratantes, celebrando contratos que obriguem a que estes adotem as medidas técnicas e organizativas indispensáveis à proteção dos seus dados pessoais, nos termos da legislação aplicável.

Os dados de saúde que possam vir a ser tratados ao abrigo do presente seguro sê-lo-ão apenas após obtenção de consentimento por parte do respetivo titular e apenas por um profissional obrigado a sigilo ou por outra pessoa sujeita a dever de confidencialidade.

Em qualquer momento, poderá exercer, dentro dos limites e condições previstos na legislação aplicável, os direitos de acesso, retificação, esquecimento e portabilidade dos seus dados pessoais, assim como os direitos de limitação e oposição ao tratamento dos seus dados pessoais.
Para o efeito, deverá enviar um pedido por escrito para o Encarregado de Proteção de Dados designado pela Generali Seguros, S.A. para protecaodados.dpo@generali.pt.

Tem, igualmente, o direito de apresentar uma reclamação junto da Comissão Nacional de Proteção de Dados (www.cnpd.pt).

Para mais informações, consulte a Política de Privacidade em tranquilidade.pt | Privacidade.

PREENCHER OS PONTOS ABAIXO SE APLICÁVEL

Consente na recolha e no tratamento dos seus dados pessoais de saúde, para a finalidade de gestão de sinistros, ou seja, para cumprimento das obrigações decorrentes do contrato?

Sim ☐ Não* ☐

Autorizo um profissional de saúde designado pela Generali Seguros, S.A., Assicurazioni Generali S.p.A, ou outras subsidiárias do Grupo Generali a solicitar, a qualquer Médico ou profissional de saúde, as informações e documentos de saúde (nomeadamente, relatórios clínicos, relatórios de internamento e resultados de exames auxiliares de diagnóstico), que entenda por necessários, com vista à gestão do sinistro.

Sim ☐ Não* ☐

* Sem este consentimento do titular de dados pessoais, a Companhia não poderá ser responsabilizada por quaisquer constrangimentos na regularização do sinistro ou por agravamento de danos que possa vir a ocorrer.

_____ , _____ de _____ de 20____

Assinatura do Tomador de Seguro	Assinatura do Segurado

ATESTADO DE EXAME MÉDICO

1. Nome do sinistrado: _____

Data do primeiro exame médico: _____ de _____ de _____ às _____ horas.

2. Quais as lesões sofridas? _____

3. As lesões de que sofre o sinistrado são unicamente as resultantes do acidente? _____

4. Tem ou teve o sinistrado qualquer doença anterior que possa agravar ou ser agravada por este acidente?
Qual? _____

5. INCAPACIDADE

Internado no Hospital de: _____

Com Incapacidade Temporária Absoluta? _____ desde _____ de _____ de _____

Com Incapacidade Temporária Parcial de? _____ % desde _____ de _____ de _____

Sem Incapacidade? _____ desde _____ de _____ de _____

Duração provável do tratamento: _____ dias

6. Foi ou será efetuada alguma intervenção cirúrgica? _____

7. Acidentes anteriores e desvalorizações: _____

8. Outros esclarecimentos: _____

_____ , _____ de _____ de 20_____

_____

(O Médico)

Nome Completo: _____

Morada: _____