

DATA DE ENTRADA

Produto:

Entidade:

N.º Apólice: _____
Proc./Ocorrência: _____

Singular
Coletiva

CLIENTE/TOMADOR DO SEGURO

Nome: _____
Morada: _____ Cód. Postal: _____
N.º Contribuinte: _____ Data Nasc.: ____/____/____ Sexo: F M Telefone: _____
Telemóvel: _____ Email: _____
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: _____
N.º Contribuinte: _____ Data Nasc.: ____/____/____ Sexo: F M 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: _____

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 é titular e cujo IBAN a seguir indica os montantes de eventuais indemnizações que lhe sejam devidos:

Banco: _____

IBAN: PT50 _____

Nome do titular: _____

Documentação obrigatória:

- Comprovativo da titularidade do IBAN onde conste a identificação do titular (ex.º: 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 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 apenas 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 _____

(O Médico)

Nome Completo _____

Morada _____