

DATA DE ENTRADA

Produto:

Entidade:

N.º Apólice: _____

Singular

Proc./Ocorrência: _____

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 Seguradoras Unidas, 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

Os dados recolhidos destinam-se à execução do contrato, incluindo os procedimentos necessários à regularização de sinistros, à avaliação dos níveis de satisfação pelos serviços prestados e ao cumprimento de obrigações legais do responsável (Seguradoras Unidas). Se não concordar ou não nos facultar os seus dados, poderá não ser possível executar o contrato de seguro.

Os seus dados poderão ser tratados, em regime de absoluta confidencialidade por:

- (1) Entidades de supervisão, autoridades públicas, governamentais ou associações do setor,
- (2) Entidades terceiras em cumprimento de obrigações legais ou de ordens judiciais,
- (3) Terceiros prestadores de serviços (Subcontratantes) da Seguradoras Unidas na execução de atividades no âmbito do contrato de seguro,
- (4) Resseguradores ou Cosseguradores no âmbito da gestão de distribuição de riscos.

Estas entidades ficam obrigadas a desenvolver as medidas técnicas e organizativas adequadas à proteção dos dados e a assegurar a defesa dos direitos dos titulares.

Por outro lado, a Seguradoras Unidas S.A. poderá proceder à recolha de dados pessoais complementares junto de Organismos Públicos, empresas especializadas e outras entidades económicas, tendo em vista a confirmação ou o complemento dos elementos recolhidos necessários à gestão da relação contratual.

Quando estejam em causa categorias especiais de dados, o seu tratamento será feito nos estritos limites legais e, não existindo outro fundamento, com o consentimento explícito do titular.

Os titulares têm o direito de aceder, retificar ou completar os seus dados pessoais, assim como solicitar o seu apagamento e limitar ou opor-se ao seu tratamento ou solicitar a sua portabilidade.

Para exercer qualquer um destes direitos o titular deverá apresentar o respetivo pedido junto do Segurador, através de algum dos meios de contacto indicados.

Poderá obter mais informação sobre a política de privacidade e o tratamento de dados pessoais da Seguradoras Unidas em tranquilidade.pt | Privacidade ou contactando o seu Encarregado de Proteção de Dados através de epdados@seguradorasunidas.pt.

A proteção dos seus dados pessoais é uma das nossas principais preocupações. Para podermos continuar a assegurar o cumprimento da legislação necessitamos, em algumas situações, do seu consentimento para tratamento de dados pessoais. Por favor, preencha os seguintes campos:

Finalidades	Prazo	Âmbito	Autoriza?
Subscrição e execução de contrato de seguro e Regularização de sinistros (dados de saúde) (aplicável aos seguros de Saúde, Vida Risco e Acidentes Pessoais)	10 (dez) anos após termo do contrato e/ou do encerramento definitivo do sinistro	O titular autoriza o Segurador, a Advancecare – Gestão de Serviços de Saúde, S.A., ou outros subcontratantes, a proceder ao tratamento de dados de saúde, em regime de absoluta confidencialidade, recolhidos diretamente junto deste, ou de outras entidades e organismos públicos e empresas especializadas. Mais autoriza que estas prestem ao médico designado pelo Segurador, as informações e documentos que lhes sejam por este solicitados no âmbito da autorização agora conferida, mesmo depois de constatado o óbito, tendo em vista a confirmação ou o complemento dos elementos recolhidos necessários à gestão da relação contratual e incluindo a regularização de processos de sinistro.	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Nome _____ N.º de Apólice / N.º de Sinistro _____

_____, ____/____/____

O Tomador do Seguro e/ou _____
A Pessoa Segura _____

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 _____



Seguradoras Unidas, S. A., grupo Generali
SEDE Av. da Liberdade, 242 1250-149 LISBOA
Capital Social 182.000.000 € (realizado 84.000.000 €)
N.º único de Matrícula CRC Lisboa NIPC 500 940 231

Linha Clientes
E clientes@tranquilidade.pt
W tranquilidade.pt