

PARTICIPAÇÃO DE SINISTRO E ATESTADO MÉDICO

Morte por Acidente APÓLICE PROC/OCORRÊNCIA
 Invalidez Definitiva por Acidente Acidente de Circulação

Cliente / Tomador do Seguro

Nome
 Morada
 Localidade C.Postal -
 N° Contribuinte Data de Nascimento Sexo F M
 Email @

Acidente

Data Hora Local
 Descrição (Pormenorizada circunstâncias, causas e consequências)
 Tratando-se de acidente de viação e/ou trabalho indicar:
 Número de Apólice da viatura em que seguia Seguradora
 Número de Apólice da viatura responsável Seguradora
 Número de Apólice de Acidente de Trabalho Seguradora
 Houve intervenção da autoridade? S N Identifique:

Pessoa Segura

Dados Pessoais (se diferente do Tomador)

Nome
 Morada
 Localidade C.Postal -
 N° Contribuinte Data de Nascimento Sexo F M
 Telefone Principal Telemóvel / contacto
 Danos sofridos
 Prestação de Assistência Médica
 1º. Tratamento médico / Hospitalar
 Morada Telefone
 Localidade C.Postal -
 Foi internado? S N Onde?
 Médico Assistente
 Nome
 Morada Telefone
 Assinatura Participante BI / CC
 Data:

ATESTADO DE EXAME MÉDICO
(a preencher pelo médico assistente)

Tomador / Pessoa Segura

1. Identificação do lesado

Data do primeiro exame médico

M	M	D	D	A	A

Hora do exame médico

			H		
--	--	--	---	--	--

2. Quais as lesões sofridas?

3. As lesões de que sofre o(a) sinistrado(a) são exclusivamente resultantes do acidente?

4. Tem ou teve o(a) sinistrado(a) doença anterior que possa agravar ou ser agravada por este acidente ?

Qual ?

--

5. DA AVALIAÇÃO DA INCAPACIDADE

Doenças coexistentes ou anteriores e/ou defeitos físicos

Há relação entre as lesões e a descrição do acidente ?

Sim Não

Há doença que possa influenciar a cura das lesões ?

Sim Não

6. INVALIDEZ PERMANENTE

Codigo Sequela	Descritivo	Valorização em pontos		Atribuídos
		de	a	

Nº Total de Pontos atribuídos

--

Médico (ou examinador)

--

N.º de Cédula Profissional

--

Morada

--

Localidade

--

C.Postal

				-			
--	--	--	--	---	--	--	--

Assinatura

--

M	M	D	D	A	A		

Tratamento de Dados Pessoais - Lei n.º 67/98 de 26 de Outubro

O Tomador do Seguro e as Pessoas Seguras autorizam expressamente e nos termos da Lei, o Segurador Aegon Santander Portugal Não Vida, Companhia de Seguros SA, entidade responsável pelo presente tratamento de dados, a recolher, armazenar, interconectar e tratar informaticamente ou não, os dados pessoais (incluindo os dados de saúde) fornecidos, bem como outros que o Segurador obtenha legalmente, designadamente para os seguintes efeitos:

• Estabelecimento e manutenção de relações comerciais entre o Tomador de Seguro, as Pessoas Seguras e o Segurador ou quaisquer outras sociedades que com esta venha a celebrar contratos de resseguro ou ainda outras sociedades que com o Segurador estejam direta ou indiretamente em relação de domínio ou Grupo, podendo os referidos dados ser facultados ao conhecimento dessas sociedades, unicamente para fins estritamente ligados com o presente contrato;

• Liquidação das importâncias seguras, sempre que a ela houver direito, após o envio da seguinte documentação, cujo acesso pelo Segurador bem como pelos Beneficiários do presente contrato de seguro é expressamente autorizado pelo Segurado: certificado de óbito; documento comprovativo das causas e circunstâncias em que ocorreu o falecimento; relatório médico sobre a doença e sua evolução, se aquela for causa do falecimento; relatório médico que indique a natureza, evolução, causas e circunstâncias em que ocorreu o estado de invalidez. Para além da documentação referida, sempre que se considere conveniente para melhor definição da natureza e extensão das responsabilidades do Segurador, o Segurado autoriza expressamente a solicitação e acesso da mesma e/ou dos Beneficiários a outros elementos ou informações relacionadas com o estado de saúde do Segurado anteriormente à celebração do presente contrato e, eventualmente a proceder às averiguações que para esse efeito considere necessárias, junto das competentes entidades;

• Nos termos da Lei, o titular dos dados tratados tem o direito de, a todo o tempo, solicitar e obter, por si ou representante devidamente constituído, o acesso à totalidade da informação registada, bem como a solicitar a sua atualização ou remoção. Os dados fornecidos deverão ser completos e exatos, sendo que a sua falta ou inexactidão obstam à concretização do contrato de seguro.

Assinatura

--

M	M	D	D	A	A		