

DATA DE ENTRADA

**Produto:** \_\_\_\_\_ **Entidade:** \_\_\_\_\_  
 N.º Apólice: **AP 0006284995** \_\_\_\_\_ Singular   
 Proc./Ocorrência: \_\_\_\_\_ Coletiva

**CLIENTE/TOMADOR DO SEGURO**

Nome: Faculdade de Ciências e Tecnologia da Universidade Nova de Lisboa  
 Morada: Campus de Caparica Cód. Postal: 2829-516- Caparica  
 N.º Contribuinte: 501559094 Data Nasc.: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Sexo: F  M  Telefone: 21 2948500  
 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](http://tranquilidade.pt) | Privacidade ou contactando o seu Encarregado de Proteção de Dados através de [epdados@seguradorasunidas.pt](mailto: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.	<p>Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/></p> <p>Nome _____</p> <p>N.º de Apólice / N.º de Sinistro _____</p>

O Tomador do Seguro e/ou (FCT/UNL)

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