

Allianz Acidentes Pessoais

Participação de Sinistro

Apólice 2 0 4 0 9 4 1 9 8 Processo _____

Dados Gerais:

Tomador do Seguro

Nome A T R P - ASSOCIAÇÃO DE TRAIL RUNNING PORTUGAL

Morada PRAÇA DA REPÚBLICA NIF 5 1 0 3 7 9 2 8 1

Código postal 3 2 2 0 5 2 1 Localidade VILA NOVA - MIRANDA DO CORVO Telefone _____

E-mail _____

Seguro Proteção Infantil - Criança a que se refere a participação:

Nome _____

Dados do Sinistrado/Terceiro/Lesado

Estes dados referem-se a: Sinistrado Terceiro Lesado

Nome _____

Morada _____ NIF _____

Código postal _____ Localidade _____ Telefone _____

E-mail _____ Estado civil _____

Profissão _____ Data de nascimento _____ Documento ident. _____ Número _____

É patrão? Sim Não Entidade patronal _____

NIB _____ (necessário juntar comprovativo bancário da titularidade da conta)

Descrição do Sinistro:

Data do acidente _____ Hora _____ h _____ Local _____

Descrição pormenorizada da ocorrência, sua origem e causas _____

Houve intervenção da autoridade? Não Sim, qual (PSP, GNR, Bombeiros)? _____ Houve testemunhas? Não Sim

Danos Corporais:

Descrição das lesões sofridas e das partes do corpo atingidas _____

Entidade que prestou os primeiros socorros _____

Regime de tratamento: Hospitalar Ambulatório Consequências do acidente: Sem incapacidade Com incapacidade Morte

Data em que foi prestada a 1ª assistência _____ Médico assistente ou hospital _____

Responsabilidades no Sinistro (responsável pelo sinistro):

Nome _____

Morada _____ Código postal _____

Localidade _____ Telefone _____ Data de nascimento _____

Outras Informações:

Existe outro seguro que garanta este sinistro? Não Sim, qual a Seguradora? _____ Apólice _____

Ramo _____ Teve algum sinistro deste ou de outro tipo anteriormente? Não Sim, data _____

Causas _____

Allianz Acidentes Pessoais

Outras Informações (continuação)

Consequências _____

Nota: A presente ocorrência só está garantida desde que devidamente enquadrada às Condições Contratuais em vigor, sendo que as coberturas, os capitais, franquias e exclusões são as contratadas, conforme exemplar da respetiva Apólice.

Carimbo ou Selo Branco
(caso se trate de Pessoa Colectiva ou Órgão Estatal)

Tomador do Seguro

Data _____

Declaração:

Eu, _____,

titular do Bilhete de Identidade/Cartão de Cidadão, válido até _____, com o n.º de Identificação Civil _____,

declaro, para os devidos e legais efeitos, nomeadamente da Lei nº 67/98, de 26/10 (Proteção dos Dados Pessoais), que autorizo:

- A Companhia de Seguros Allianz Portugal, S.A., Pessoa Coletiva n.º 500069514, a recolher os meus Dados Pessoais, para os processar e armazenar **informaticamente**, com a finalidade da utilização na gestão das suas obrigações contratuais, decorrentes da Apólice em que sou Pessoa Segura, e exclusivamente nas relações contratuais entre a Allianz Portugal e subcontratados; pelo que, eu terei direito de acesso à informação que me diga respeito, podendo solicitar a correção, aditamento ou eliminação dos referidos Dados, mediante contacto direto ou por escrito, junto da Allianz Portugal. A Allianz Portugal poderá também proceder à recolha de dados pessoais complementares junto de Organismos Públicos, empresas especializadas e outras unidades económicas, tendo em vista a confirmação ou complemento dos elementos recolhidos, necessários ao eficiente cumprimento da sua atividade. A Allianz Portugal poderá ainda disponibilizar a consulta dos meus dados pessoais, sob regime de absoluta confidencialidade, a outras Empresas em relação de Grupo, desde que o fim seja compatível com a finalidade da recolha dos mesmos.

- Os médicos ou qualquer profissional ou entidade que me tenha assistido, tratado ou examinado, a fornecer o acesso aos meus Dados Pessoais de Saúde, relatórios e demais elementos clínicos - respeitantes à assistência médica, clínica e hospitalar que me foi prestada - à Allianz Portugal, por serem necessários à competente gestão e regularização do Processo de Sinistro ocorrido em _____, em que sou sinistrado.

Data _____

(Assinatura igual à do BI/Cartão de Cidadão - cuja cópia fica anexa à Participação de Sinistro)

NOTA: O sinistrado fica responsável por enviar copia da participação para: geral@starconsulte.com