

Nº APÓLICE _____ Nº CLIENTE _____ Nº PROCESSO _____

NOME _____

NOME _____

EMAIL _____

TELEFONE										TELEMÓVEL								
----------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	-----------	--	--	--	--	--	--	--	--

PROFISSÃO | | | | | | | | | | | LOCAL DE TRABALHO |

[illegible]

DESCRICAÇÃO PORMENORIZADA DA OCORRÊNCIA

ERA TRANSPORTADA EM VEÍCULO?	MATRÍCULA	MARCA / MODELO
------------------------------	-----------	----------------

SEGURADORA RESPONSÁVEL	Nº APÓLICE	Nº PROCESSO
------------------------	------------	-------------

FERIMENTOS OU LESÕES

FORAM REALIZADOS EXAMES AUXILIARES DE DIAGNÓSTICO? ☐ NÃO ☐ SIM OUAIS?

O contrato ou operação de seguro a que respeita o presente documento envolve o tratamento de dados relativos à saúde do titular, no âmbito da gestão da relação contratual, utilização da cobertura, gestão de sinistros e, bem assim, processos de renovação e alterações contratuais, aplicando-se ao tratamento desses dados as informações prestadas pelo Segurador.

O Segurador procederá ao tratamento dos dados em questão, para as finalidades indicadas, mediante o consentimento manifestado por assinatura do presente documento.

O Segurador procederá ao tratamento dos dados em questão, para as finalidades indicadas, mediante o consentimento manifestado por assinatura do presente documento.

Nessa medida, mediante a assinatura do presente documento, autoriza-se o Segurador a tratar os dados relativos à saúde do titular dos dados a que respeita o presente documento e para as finalidades especificamente indicadas.

LOCAL E DATA

ASSINATURA DA PESSOA SEGURA OU REPRESENTANTE LEGAL