GENERALI TRANQUILIDADE

Minuta de Sinistros
VIDA RISCO

Apólice

Agente/Mediador

Data de Participação

Gestor de Rede

1 MOTIVO DO SINISTRO

☐ Óbito ☐ Invalidez ☐ Doença Grave ☐ Outro Se outro, qual? _____

2 SEGURADO/PESSOA SEGURA

Nome

3 BENEFICIÁRIOS

BENEFICIÁRIO 1

Nome

Morada

Cód. Postal - País Morada

Email

Tel. País Contacto Telefónico N.º Cont.

B. Identidade/C. Cidadão Sexo: M ☐ F ☐ Data Nascimento - -

Pais Naturalidade Nacionalidade Dupla Nacionalidade: * Sim ☐ Não ☐

Se Sim, qual(ais):

Profissão

BENEFICIÁRIO 2

Nome

Morada

Cód. Postal - País Morada

Email

Tel. País Contacto Telefónico N.º Cont.

B. Identidade/C. Cidadão Sexo: M ☐ F ☐ Data Nascimento - -

Pais Naturalidade Nacionalidade Dupla Nacionalidade: Sim ☐ Não ☐

Se Sim, qual(ais):

Profissão

9000-V763a-202403-02

3 BENEFICIÁRIOS (Continuação)

BENEFICIÁRIO 3

Nome

Morada

Cód. Postal - País Morada

Email

Tel. País Contacto Telefónico N.º Cont.

B. Identidade/C. Cidadão Sexo: M F Data Nascimento - -

Pais Naturalidade Nacionalidade Dupla Nacionalidade: Sim Não

Se Sim, qual(ais):

Profissão

BENEFICIÁRIO 4

Nome

Morada

Cód. Postal - País Morada

Email

Tel. País Contacto Telefónico N.º Cont.

B. Identidade/C. Cidadão Sexo: M F Data Nascimento - -

Pais Naturalidade Nacionalidade Dupla Nacionalidade: Sim Não

Se Sim, qual(ais):

Profissão

BENEFICIÁRIO 5

Nome

Morada

Cód. Postal - País Morada

Email

Tel. País Contacto Telefónico N.º Cont.

B. Identidade/C. Cidadão Sexo: M F Data Nascimento - -

Pais Naturalidade Nacionalidade Dupla Nacionalidade: Sim Não

Se Sim, qual(ais):

Profissão

9000-V763a-202403-02

4 ANEXAR OBRIGATORIAMENTE OS SEGUINTES DOCUMENTOS

• Fotocópia(s) do(s) Bilhete(s) de Identidade ou Cartão do Cidadão e cartão(ões) de Contribuinte do(s) Beneficiário(s) ou documento de identificação equivalente válido, no caso do(s) mesmo(s) não ser(em) residente(s);
• Comprovativo de titularidade do IBAN indicado (com referência ao Banco e Titular(es).

Consulte os restantes documentos necessários no menu Participar Sinistro no site do Segurador, conforme o motivo do sinistro.

Se não recebermos esta documentação, devidamente preenchida e assinada, não podemos regularizar o sinistro (pagar a respetiva indemnização), nos termos legais.

Responsável pela Identificação

Assinatura
(obrigatória)

N.º Colaborador:

5 TRATAMENTO DE DADOS PESSOAIS

A Generali Seguros, S.A., na qualidade de responsável pelo tratamento, procederá ao tratamento dos seus dados pessoais em conformidade com o disposto na legislação aplicável em matéria de proteção de dados.

Nesta medida, os dados recolhidos no presente formulário destinam-se ao cumprimento de obrigações jurídicas resultantes de convenção coletiva de trabalho, assim como à execução do contrato de seguro.

Terão acesso aos seus dados os colaboradores da Generali Seguros, S.A. e/ou subcontratantes daquela entidade que deles necessitem para emitir a respetiva apólice de seguro e assegurar a sua gestão. A Generali Seguros, S.A. informa que procede a uma escolha criteriosa dos seus subcontratantes, celebrando contratos que obriguem a que estes adotem as medidas técnicas e organizativas indispensáveis à proteção dos seus dados pessoais, nos termos da legislação aplicável.

Os dados de saúde que possam vir a ser tratados ao abrigo do presente seguro sê-lo-ão apenas obtenção de consentimento por parte do respetivo titular e apenas por um profissional obrigado a sigilo ou por outra pessoa sujeita a dever de confidencialidade.

Em qualquer momento, poderá exercer, dentro os limites e condições previstos na legislação aplicável, os direitos de acesso, retificação, esquecimento e portabilidade dos seus dados pessoais, assim como os direitos de limitação e oposição ao tratamento dos seus dados pessoais.
Para o efeito, deverá enviar um pedido por escrito para o Encarregado de Proteção de Dados designado pela Generali Seguros, S.A. para protecaodados.dpo@generali.pt.

Tem, igualmente, o direito de apresentar uma reclamação junto da Comissão Nacional de Proteção de Dados (www.cnpd.pt).

Para mais informações, consulte a Política de Privacidade no site do Segurador | Privacidade.

Consente na recolha e no tratamento dos seus dados pessoais de saúde, para a finalidade de gestão de sinistros, ou seja, para cumprimento das obrigações decorrentes do contrato? Sim ☐ Não ☐

9000-V763a-202403-02

DECLARAÇÃO

AUTORIZO(AMOS) o tratamento automatizado dos elementos indicados neste documento nos termos e para os fins descritos.

Lido e Aprovado: _____, _____ / _____ / _____

Assinaturas:

Assinatura Conforme BI/C.Cidadão do 1º Beneficiário	Assinatura Conforme BI/C.Cidadão do 2º Beneficiário	Assinatura Conforme BI/C.Cidadão do 3º Beneficiário

Assinaturas:

Assinatura Conforme BI/C.Cidadão do 4º Beneficiário	Assinatura Conforme BI/C.Cidadão do 5º Beneficiário