

N.º APÓLICE _____ PROCESSO DE SINISTRO N.º _____

TOMADOR DO SEGURO / SEGURADO

NOME _____
MORADA _____
LOCALIDADE _____ CÓDIGO POSTAL _____ - _____
TELEFONE _____ TELEMÓVEL _____
IBAN _____

SINISTRADO

NOME _____
MORADA _____
LOCALIDADE _____ CÓDIGO POSTAL _____ - _____
PROFISSÃO _____ TELEFONE _____
N.º CONTRIBUINTE _____ DATA DE NASCIMENTO _____
DIA MÊS ANO
IBAN _____

ACIDENTE

DATA DA OCORRÊNCIA _____ HORA _____
DIA MÊS ANO HORA MIN.
LOCAL _____ CONCELHO _____
DESCRIÇÃO PORMENORIZADA DO ACIDENTE _____

QUAL A TAREFA QUE EXECUTAVA NO MOMENTO DO ACIDENTE ? _____

LESÕES PRODUZIDAS _____

O ACIDENTE RELACIONA-SE COM A SUA PROFISSÃO ? NÃO SIM

O ACIDENTE ENCONTRA-SE COBERTO POR ALGUMA APÓLICE DE ACIDENTES DE TRABALHO ? NÃO SIM

EM QUAL COMPANHIA ? _____ N.º DA APÓLICE E/OU NOME DA ENTIDADE PATRONAL _____

ANTERIORMENTE TEVE LESÕES NA MESMA REGIÃO DO CORPO ? NÃO SIM

O SINISTRADO TRABALHOU DEPOIS DO ACIDENTE ? NÃO SIM EM CASO AFIRMATIVO, ATÉ QUANDO ? _____

EM QUE HOSPITAL / CLÍNICA FORAM PRESTADOS OS PRIMEIROS SOCORROS ? _____

LOCALIDADE _____ INDIQUE O NOME DO MÉDICO ASSISTENTE _____

DEPOIS DE ASSISTIDO O SINISTRADO FICOU INCAPACITADO DE ATENDER A QUALQUER OUTRA OCUPAÇÃO ? _____

O SINISTRADO FICOU HOSPITALIZADO ? NÃO SIM EM CASO AFIRMATIVO, ONDE ? _____

QUANDO E ONDE PODE SER VISITADO PELOS NOSSOS SERVIÇOS CLÍNICOS ? _____

NO CASO DE ACIDENTE DE VIAÇÃO INDIQUE

NOME DO CONDUTOR _____

N.º CARTA DE CONDUÇÃO _____ MATRÍCULA DA VIATURA _____

FOI LEVANTADO ALGUM AUTO PELAS AUTORIDADES ? NÃO SIM EM CASO AFIRMATIVO, QUAL ? _____

ASSINATURA DO TOMADOR _____ DIA MÊS ANO _____ ASSINATURA DO SINISTRADO _____



NO CASO DE RESPONSABILIDADE CIVIL INDIQUE

CAUSADOR DO SINISTRO _____

RELAÇÃO COM O SEGURADO _____

RELAÇÃO DOS DANOS MATERIAIS

	VALOR
_____	_____._____._____, _____._____ €
_____	_____._____._____, _____._____ €
_____	_____._____._____, _____._____ €
_____	_____._____._____, _____._____ €
TOTAL RECLAMADO	_____._____._____, _____._____ €

DANOS CAUSADOS A TERCEIROS

NOME DO LESADO _____

MORADA _____

LOCALIDADE _____ CÓDIGO POSTAL _____ - _____

TELEFONE _____ TELEMÓVEL _____

N.º CONTRIBUINTE _____

ESTADO CIVIL _____ IDADE _____ PROFISSÃO _____

É PARENTE DO SEGURADO ? NÃO SIM GRAU DE PARENTESCO _____

IBAN _____

LESÃO _____

TESTEMUNHAS DO ACIDENTE

1. NOME _____

MORADA _____

É FAMILIAR DO SINISTRADO ? NÃO SIM EM CASO AFIRMATIVO, QUAL O GRAU DE PARENTESCO ? _____

2. NOME _____

MORADA _____

É FAMILIAR DO SINISTRADO ? NÃO SIM EM CASO AFIRMATIVO, QUAL O GRAU DE PARENTESCO ? _____

NOTAS INFORMATIVAS

- O preenchimento da presente participação é necessário e fundamental para a análise e regularização de todos os sinistros.
- Para sinistros de incapacidade temporária, deverão ser enviados os seguintes documentos: relatório médico detalhado do médico assistente, indicando a patologia resultante do acidente, bem como os períodos de incapacidade e sua percentagem; boletim de internamento (caso tenha ocorrido); ficha de urgência da data do acidente; auto de ocorrência das autoridades policiais (em caso de acidente); boletim de alta médica, no final do período de incapacidade.
- Para sinistros de hospitalização deverá ser enviada a nota de alta hospitalar.
- Para sinistros de morte, deverão ser enviadas cópias do assento de óbito, certificado de óbito, relatório de autópsia (se tiver sido realizado), habilitação de herdeiros, auto de ocorrência das autoridades em caso de acidente, fotocópia do documento de identificação da pessoa segura, fotocópias dos documentos de identificação e números de contribuinte dos beneficiários.
- O segurador poderá solicitar à pessoa segura, sempre que necessário, documentação adicional para avaliação do sinistro participado.

DECLARAÇÃO - DADOS PESSOAIS

Autorizo qualquer médico, Hospital, Instituição de Saúde, entidade seguradora, ou qualquer outra pessoa ou instituição, pública ou privada, dentro dos limites legais, a facultar à CA Seguros, ou a seu representante, informações sobre o meu estado de saúde, incluindo historial médico, hospitalizações, recomendações médicas, diagnósticos, tratamentos e doenças.

Declaro ter recebido informações detalhadas acerca da utilização e protecção que é dada pela CA Seguros aos meus dados pessoais, nomeadamente o motivo pelo qual procede ao seu tratamento e os direitos que me assistem, constantes do documento designado por "Informação sobre o Tratamento dos seus Dados Pessoais" que me foi entregue e do qual fiquei também ciente.

Mais declaro que autorizo a CA Seguros a tratar os dados pessoais relativos à minha saúde para gestão de sinistros, de acordo com as referidas informações.

DIA MÊS ANO

ASSINATURA DA PESSOA SEGURA
(CONFORME DOCUMENTO DE IDENTIDADE)

ASSINATURA DO TOMADOR DO SEGURO

INFORMAÇÃO SOBRE O TRATAMENTO DOS SEUS DADOS PESSOAIS

1. Responsável pelo tratamento de dados pessoais

A CA Seguros é responsável pelo tratamento dos dados pessoais, na medida em que determina as finalidades e os meios de tratamento dos dados pessoais.

2. Recolha e tratamento dos dados pessoais

A CA Seguros apenas recolhe e trata os dados pessoais necessários à prestação de serviço acordada ou aos produtos subscritos. Os dados pessoais tratados podem ser fornecidos pelos próprios Titulares (e.g., mediante preenchimento de formulários para subscrição de um seguro) ou criados a partir da análise da sua utilização dos produtos e serviços e das suas preferências (e.g., a definição do seu perfil de Cliente).

3. Categorias de dados pessoais

Na prestação dos serviços e na oferta de produtos, a CA Seguros procede ao tratamento de várias categorias de dados pessoais, incluindo:

- Dados de identificação civil (e.g., nome, género, data de nascimento, assinatura);
- Dados de identificação fiscal (e.g., número de identificação fiscal);
- Dados de morada e contacto (e.g., morada de correspondência, telefone);
- Dados de situação pessoal (e.g., emigrante, reformado);
- Dados profissionais e habilitações académicas (e.g., profissão, entidade patronal, rendimento, ENI);
- Dados contratuais e patrimoniais (e.g., IBAN);
- Dados de saúde (e.g., grau de deficiência, dados clínicos, relatório médico ou clínico).

4. Finalidades e fontes de licitude

Os dados pessoais recolhidos pela CA Seguros são tratados para as seguintes situações:

1) Execução de um contrato celebrado consigo ou realização de diligências pré-contratuais a seu pedido:

- Análise de risco para a celebração de contrato de seguro;
- Celebração e gestão do contrato de seguro;
- Gestão de sinistros.

2) Cumprimento de obrigações legais e regulamentares a que a CA Seguros está sujeita:

- Cumprimento de obrigações legais ou regulamentares;
- Cumprimento de obrigações legais relativas ao reporte ou respostas a autoridades públicas;
- Cumprimento de procedimentos em matéria de prevenção e combate à criminalidade financeira;
- Segurança da informação e protecção de dados pessoais.

3) Prossecução de interesses legítimos da CA Seguros:

- Realização de *marketing* e comunicação de produtos e serviços próprios, designadamente a análise e o tratamento de dados para identificar oportunidades de apresentação de produtos ou serviços, dinamização de actividades comerciais para *marketing* directo;
- Melhoria da qualidade de serviços, designadamente através de análise e tratamento de informação relativa à qualidade e ao desempenho dos vários meios e processos de prestação de serviços, gestão de reclamações, inquéritos de satisfação, estudos de mercado;
- Estatística e gestão actuarial;
- Prevenção e combate à fraude.

4) Com base no seu consentimento prévio, livre e expresso, a CA Seguros poderá tratar os seus dados pessoais para:

- Promoção de produtos e serviços não similares e conexos com os contratados;
- Apresentação de produtos e serviços disponíveis a não Clientes;
- Promoção de produtos e serviços não financeiros do Grupo Crédito Agrícola (GCA) ou de terceiros, designadamente parceiros;
- Contratação de seguros que envolvam o tratamento de categorias especiais de dados, por exemplo, dados biométricos, dados relativos à saúde e a gestão de sinistros, quando envolva o tratamento de dados de saúde que obrigue, nos termos legalmente estabelecidos, à obtenção do respectivo consentimento.

5. Direitos dos titulares dos dados

A CA Seguros assegura que todos os titulares dos dados podem exercer os seus direitos, designadamente:

- Direito de acesso;
- Direito de rectificação;
- Direito ao apagamento;
- Direito à limitação do tratamento;
- Direito de portabilidade;
- Direito de oposição;
- Direito de não ficar sujeito a decisões individuais exclusivamente automatizadas;
- Direito a retirar o seu consentimento;
- Direito de apresentar reclamações junto da CNPD.

6. Destinatários dos dados pessoais

Para cumprimento dos seus deveres e para prestação de um serviço de qualidade, a CA Seguros poderá ter que comunicar os seus dados pessoais a outras entidades, incluindo as seguintes categorias de destinatários:

- Autoridades públicas, como sejam as Autoridades Tributárias, a Autoridade de Supervisão de Seguros e Fundos de Pensões, Tribunais Judiciais ou Administrativos, Instituto da Mobilidade e Transportes Terrestres, Instituto de Financiamento da Agricultura e Pescas, Ministério do Trabalho;
- Conservatória do Registo Automóvel;
- Associação Portuguesa de Seguradores e Associações de Defesa do Consumidor;
- Entidades terceiras credoras ou com direitos ressalvados;
- Prestadores de serviços que prestem serviços à CA Seguros (e.g., peritos, averiguadores, assessoria jurídica);
- Outras entidades pertencentes ao GCA, como sejam as Caixas Agrícolas, a FENACAM, o CA Serviços e a CA Informática.

7. Prazos de conservação dos dados pessoais

O tratamento dos dados pela CA Seguros manter-se-á enquanto se revelar necessário ou obrigatório para o cumprimento das finalidades acima indicadas.

Terminada a relação contratual, os dados pessoais, os tratamentos de dados pessoais e a respectiva conservação de dados manter-se-ão pelos prazos legais obrigatórios ou até que prescrevam, nos termos da lei, os direitos dela emergentes.

8. Pontos de contacto e Encarregado da Protecção de Dados

Sugerimos que consulte uma versão mais completa desta informação em:

<https://www.creditagricola.pt/institucional/o-grupo-ca/estrutura-do-grupo/empresas-participadas/ca-seguros>.

Sempre que tiver alguma dúvida acerca do tratamento dos seus dados ou das informações que lhe foram prestadas, pode contactar a CA Seguros, através dos seguintes canais:

- Agência do Crédito Agrícola;
- E-mail: protecaoededados@creditoagricola.pt;
- Morada: Rua Castilho, 233, 1099-004 Lisboa;
- Telefone: Linha Directa 808 20 60 60 e Linha Directa Internacional (00) 800 11 17 11 17.

Em caso de questões relacionadas com o tratamento dos seus dados pessoais ou com o exercício dos seus direitos, pode também contactar o Encarregado da Protecção de Dados da CA Seguros através dos seguintes contactos:

- E-mail: dpo@creditoagricola.pt;
- Morada: Rua Castilho, 233, 1099-004 Lisboa;
- Telefone: +351 213 809 900.