

## Allianz Acidentes Pessoais

## Participação de Sinistro

Apólice **206572787** Processo \_\_\_\_\_

## Dados Gerais:

## Tomador do Seguro

Nome **ASSOCIAÇÃO DE FUTEBOL DE PORTALEGRE**  
 Morada **RUA LUÍS BARAHONA, Nº8** NIF **501173978**  
 Código postal **7300193** Localidade **PORTALEGRE** Telefone **245302350**  
 E-mail **geral@afportalegre.com**

## 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)