

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  -  - País 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  -  - País Naturalidade  Nacionalidade  Dupla Nacionalidade: Sim  Não Se Sim, qual(ais): Profissão

**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 SEGUINTE 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 em tranquilidade.pt, 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: <input type="text"/>

**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@general.pt.

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

Para mais informações, consulte a Política de Privacidade em [tranquilidade.pt](http://tranquilidade.pt) | 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

**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