



DATA DE ENTRADA

Produto:

Entidade:

N.º Apólice: 0005212570 Seguro Escolar  
Proc./Ocorrência: \_\_\_\_\_

Singular   
Coletiva

CLIENTE/TOMADOR DO SEGURO

Nome: Instituto Politécnico de Viseu  
Morada: Av. José Maria Vale de Andrade Cód. Postal: 3504 510 Viseu  
N.º Contribuinte: 680033548 Data Nasc.: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Sexo: F  M  Telefone: \_\_\_\_\_  
Telemóvel: \_\_\_\_\_ Email: \_\_\_\_\_  
Profissão: \_\_\_\_\_

ACIDENTE

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_  
Local: \_\_\_\_\_ Concelho: \_\_\_\_\_  
Descrição (Pormenorizada circunstâncias, causas e consequências): \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Se, se tratar de acidente de viação indicar:

N.º Apólice da viatura em que seguia: \_\_\_\_\_ Segurador: \_\_\_\_\_  
N.º Apólice da viatura causadora do acidente: \_\_\_\_\_ Segurador: \_\_\_\_\_

RECLAMANTE (PESSOA SEGURA)

Dados Pessoais (se diferente do Cliente)

Nome: \_\_\_\_\_  
Morada: \_\_\_\_\_ Cód. Postal: \_\_\_\_\_  
N.º Contribuinte: \_\_\_\_\_ Data Nasc.: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Sexo: F  M  Telefone: \_\_\_\_\_  
Telemóvel: \_\_\_\_\_ Email: \_\_\_\_\_  
Profissão: \_\_\_\_\_  
Danos sofridos: \_\_\_\_\_

Prestação de Assistência Médica

1.º tratamento Médico/Hospitalar: \_\_\_\_\_  
Morada: \_\_\_\_\_ Telefone: \_\_\_\_\_  
Foi internado? \_\_\_\_\_ Onde? \_\_\_\_\_

Médico Assistente

Nome: \_\_\_\_\_  
Morada: \_\_\_\_\_ Telefone: \_\_\_\_\_

TESTEMUNHAS

Nome: \_\_\_\_\_ Telefone: \_\_\_\_\_  
Morada: \_\_\_\_\_ Cód. Postal: \_\_\_\_\_  
Nome: \_\_\_\_\_ Telefone: \_\_\_\_\_  
Morada: \_\_\_\_\_ Cód. Postal: \_\_\_\_\_  
Nome: \_\_\_\_\_ Telefone: \_\_\_\_\_  
Morada: \_\_\_\_\_ Cód. Postal: \_\_\_\_\_

AUTORIDADE

Foi comunicada a ocorrência às autoridades? \_\_\_\_\_ PSP  GNR  PJ  Posto/Brigada/Esquadra: \_\_\_\_\_  
N.º Processo ou Participação: \_\_\_\_\_

OBSERVAÇÕES

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Atenção: Os honorários clínicos, despesas de farmácia e de tratamento são sempre pagos diretamente pelo reclamante.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

O Tomador do Seguro e/ou \_\_\_\_\_  
A Pessoa Segura \_\_\_\_\_

## ATESTADO DE EXAME MÉDICO

1. Nome do sinistrado: \_\_\_\_\_

Data do primeiro exame médico: \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ às \_\_\_\_\_ horas.

2. Quais as lesões sofridas? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

3. As lesões de que sofre o sinistrado são unicamente as resultantes do acidente? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

4. Tem ou teve o sinistrado qualquer doença anterior que possa agravar ou ser agravada por este acidente?  
Qual? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### 5. INCAPACIDADE

Internado no Hospital de: \_\_\_\_\_

Com Incapacidade Temporária Absoluta? \_\_\_\_\_ desde \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

Com Incapacidade Temporária Parcial de? \_\_\_\_\_ % desde \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

Sem Incapacidade? \_\_\_\_\_ desde \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

Duração provável do tratamento: \_\_\_\_\_ dias

6. Foi ou será efetuada alguma intervenção cirúrgica? \_\_\_\_\_

7. Acidentes anteriores e desvalorizações: \_\_\_\_\_

8. Outros esclarecimentos: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

(O Médico)

Nome Completo \_\_\_\_\_

Morada \_\_\_\_\_



**TRANQUILIDADE**

**Seguradoras Unidas, S. A.**  
SEDE Av. da Liberdade, 242  
1250-149 LISBOA

Capital Social 182 000 000 € (realizado 84 000 000 €)  
N.º único de Matrícula CRC Lisboa NIPC 500 940 231

**☎ Linha Clientes:**

707 240 707 / 211 520 310  
Apoio Comercial 8h30/20h - dias úteis  
Assistência 24h - 7 dias/semana  
[www.tranquilidade.pt](http://www.tranquilidade.pt) [clientes@tranquilidade.pt](mailto:clientes@tranquilidade.pt)

Informação Geral sobre Proteção de Dados Pessoais	
<b>Responsável pelo Tratamento</b>	Grupo Willis Towers Watson
<b>Finalidades de Tratamento</b>	O tratamento dos seus dados pessoais (incluindo a cessão de dados a empresas seguradoras) tem como finalidade a prestação dos nossos serviços de mediação de seguros e resseguros bem como a gestão das nossas relações comerciais.
<b>Direitos</b>	Acesso, retificação e eliminação dos dados, bem como outros direitos, conforme explicado na Informação Adicional.
<b>Informação Adicional</b>	Pode consultar a Informação adicional e detalhada sobre a nossa Política de Privacidade em: <a href="http://www.willistowerswatson.com/pt-PT">www.willistowerswatson.com/pt-PT</a>

### Consentimento

Mediante a assinatura do presente documento, declara conhecer e aceitar a nossa Política de Privacidade e:

**Dar o seu consentimento expresso para o tratamento de dados pessoais sensíveis (por exemplo, dados relativos a saúde), conforme a definição prevista no art.º 9.º do RGPD e demais legislação aplicável, com a finalidade de registar e gerir a sua apólice de seguro, intermediada por uma entidade Willis Towers Watson, e de tramitar um sinistro que ocorra nesse âmbito.**

SIM       NÃO

(Marque a opção escolhida)

Informamos que o tratamento dos seus dados de saúde é imprescindível para a prestação dos nossos serviços.

Caso nos forneça dados pessoais de terceiros, V.exa., declara que todos os dados são fornecidos em conformidade com o RGPD e demais legislação aplicável e, caso exigível pela lei, que foi previamente recolhido o necessário consentimento dos respetivos titulares dos dados (por escrito e fazendo uso do presente formulário). Você informará os respetivos titulares sobre o tratamento dos dados e das finalidades para que foram recolhidos os referidos dados pessoais.

\_\_\_\_\_ (Local), \_\_\_\_\_ (Data)

NOME \_\_\_\_\_

C.C. / B.I.: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Assinatura

