

Pelo presente, o segurado abaixo identificado, consente e concorda que a Angelus Seguros S/A, realize o tratamento de seus dados pessoais, obtidos por meio do preenchimento do formulário Aviso de Sinistro, bem como da documentação apresentada, sendo que o tratamento dos dados tem por finalidade a análise técnica do sinistro. Declara estar ciente que a entrega deste formulário devidamente preenchido e assinado, inclusive com indicação de dados bancários, não implica, por si só, no reconhecimento da Seguradora da obrigação de indenizar. O processo está sujeito à análise técnica e caracterização de cobertura, sendo que em caso de dúvida fundada e justificável, outros documentos poderão ser solicitados.

Autoriza, ainda, que a Angelus Seguros S.A. compartilhe seus dados pessoais com outros agentes de tratamento de dados, especificamente auditorias, assessoria médica, assessoria jurídica, gestão de riscos, controles internos, atuário, departamento financeiro, instituição financeira para o caso de pagamento do sinistro, observados os princípios e as garantias estabelecidas pela Lei nº 13.709/2018.

Nome legível: _____ Assinatura: _____

DADOS DA APÓLICE

Dados do Segurado:

Nome: _____ CPF: _____

Endereço: _____ Nº _____ Complemento: _____

Bairro: _____ Cidade: _____ UF: _____ CEP: _____

Telefone: _____ E-mail: _____

DESCRIÇÃO DO SINISTRO

Data do Evento: ____/____/____ Hora: _____

Local da Ocorrência: _____

Descrição do Evento:

Automóvel Motocicleta Bicicleta

Modelo: _____ Ano: _____ Placa: _____

Nº Renavam: _____ Nota Fiscal: _____

DADOS BANCÁRIOS PARA INDENIZAÇÃO

Conta Corrente Conta Poupança

Conta Individual Conta Conjunta

Nº do BANCO _____ NOME DO BANCO _____

Nº da AGÊNCIA _____ DÍGITO _____

Nº da CONTA _____ DÍGITO _____

_____, _____ de _____ de _____

LOCAL E DATA

ASSINATURA DO SEGURADO