

Morte Invalidez Permanente Fratura Óssea Diárias de Incapacidade Temporária Diárias de Internação Hospitalar  
Despesas Médico-hospitalares-Odontológicas Cesta Básica por Morte

Pelo presente, o segurado e/ou beneficiário 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(a) Segurado(a):

Segurado Sinistrado: Principal Cônjuge Filhos até 21 anos

Nome: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_

## DADOS DO EVENTO

Data do Acidente: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Data do Óbito: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Causas do Evento: Doença Acidente

Local do óbito: Hospital No local do Acidente

Descrição do Evento:

## DADOS DO SOLICITANTE

BENEFICIÁRIO PROCURADOR REPRESENTANTE LEGAL Grau de Parentesco: \_\_\_\_\_

### DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

Nome completo do Representante Legal: \_\_\_\_\_

CPF do Representante Legal: \_\_\_\_\_

#### Atenção! Campo de preenchimento obrigatório para vítima e/ou beneficiário menor de idade representado.

Na qualidade de representante legal, autorizo a coleta e o tratamento dos dados cadastrais e bancários do menor de idade, ora indicado, nos limites que forem necessários para o processamento do pedido do seguro, podendo compartilhar tais dados com terceiros com os quais tenha legitimidade, se necessário, para fins de análise e liquidação do pedido de indenização do Seguro.

## DADOS DO BENEFICIÁRIO

Nome: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_ Nº \_\_\_\_\_ Complemento: \_\_\_\_\_

Bairro: \_\_\_\_\_ Cidade: \_\_\_\_\_ UF: \_\_\_\_\_ CEP: \_\_\_\_\_

Telefone: \_\_\_\_\_ E-mail: \_\_\_\_\_

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 \_\_\_\_\_

#### Autorização para Crédito:

Autorizo a Angelus Seguros S/A a proceder o pagamento da indenização, se devida, na conta acima indicada, pelo que dou ampla, rasa, geral, irrevogável e irretratável quitação.

LOCAL E DATA

ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO/SEGURADO