



Informações Adicionais

PREENCHER A CANETA PRETA N° DE CLIENTE MULTICARE * □ N° DE PROCESSO * CAMPOS OBRIGATÓRIOS; CONSULTE-OS NO SEU CARTÃO MULTICARE - ACS. 1. IDENTIFICAÇÃO DA PESSOA SEGURA A QUEM SE REFEREM AS DESPESAS FMAII TELEMÓVEL ______ TELEFONE LOCAL DE TRABALHO PROFISSÃO 2. DESCRIÇÃO DA OCORRÊNCIA HORA H H M M LOCAL DESCRIÇÃO PORMENORIZADA DA OCORRÊNCIA (INDIQUE DE ONDE E PARA ONDE SE DESLOCAVA) ERA TRANSPORTADA EM VEÍCULO? MATRÍCULA MARCA / MODELO SEGURADORA RESPONSÁVEL N° APÓLICE N° PROCESSO 3. CONSEQUÊNCIAS DA OCORRÊNCIA FERIMENTOS OU LESÕES FORAM REALIZADOS EXAMES AUXILIARES DE DIAGNÓSTICO? NÃO 4. OBSERVAÇÕES 5. DADOS RELATIVOS À SAÚDE O contrato ou operação de seguro a que respeita o presente documento envolve o tratamento de dados relativos à saúde do titular, no âmbito da gestão da relação contratual, utilização da cobertura, gestão de sinistros e, bem assim, processos de renovação e alterações contratuais, aplicando-se ao tratamento desses dados as informações prestadas pelo Segurador. O Segurador procederá ao tratamento dos dados em questão, para as finalidades indicadas, mediante o consentimento manifestado por assinatura do presente documento. Nessa medida, mediante a assinatura do presente documento, autoriza-se o Segurador a tratar os dados relativos à saúde do titular dos dados a que respeita o presente documento e para as finalidades especificamente indicadas.



LOCAL E DATA

ASSINATURA DA PESSOA SEGURA OU REPRESENTANTE LEGAL