

Dados Cadastrais / Declarações do(a) Segurado(a)

Nome do(a) Segurado(a):	
Nome Social (É como a pessoa transgênero se identifica e é reconhecida na sociedade.):	
CPF:	Data de nascimento:
Endereço do local coberto pelo seguro:	Esse local é moradia habitual ou lazer? <input type="checkbox"/> Habitual <input type="checkbox"/> Lazer
Possui outro seguro para a residência / bens segurados? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
Qual Seguradora?	
Pessoa de contato/reclamante:	Telefone: ()
Houve Boletim de Ocorrência (BO): <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Número do BO:
Descreva o sinistro com detalhes (evento que ocasionou a perda / dano): _____ _____ _____ _____	
Se houve perda / dano, descreva a relação dos bens sinistrados (quantidade / marca / modelo / idade e/ou tempo de uso): _____ _____ _____ _____	

Proteção de dados pessoais

Ao preencher este documento, **reconheço e concordo** que os meus dados pessoais aqui descritos (bem como aqueles referentes aos dependentes menores de idade aqui relacionados) serão utilizados para os fins necessários ao pagamento da indenização do seguro de vida em grupo, seguindo as diretrizes da Política de Privacidade da Generali. Caso você tenha dúvidas sobre **a proteção de dados pessoais**, fique à vontade para entrar em contato conosco pelo e-mail: privacidade@generali.com.br.



Para obter mais informações sobre como a Generali cuida dos seus dados pessoais, bem como para entender como você pode exercer seus direitos relacionados aos seus dados pessoais, consulte a nossa Política de Privacidade, disponível em:

www.generali.com.br/home/governanca/privacidade-de-dados/

Estou de acordo com a Política de Privacidade.

_____, ____/____/____
(Local)



Assinatura do(a) Segurado(a) / Reclamante