

PARTICIPAÇÃO DE SINISTRO

Espaço Reservado para possibilitar a integração de um código de barra.

Data do acidente _____	Hora _____	Localização do acidente _____	Local: _____	Feridos, mesmo ligeiros não <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/>
		País: _____		

Danos materiais	
noutros veículos que não A e B não <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/>	noutros objectos que não veículos não <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/>

Testemunhas: nomes, moradas e telef. _____

VEÍCULO A

01 Segurado/Tomador do seguro (ver documento de seguro)

APELIDO: _____

Nome: _____

Morada: _____

Cx. postal: _____ País: _____

Tel. ou e-mail: _____

NIF: _____

02 Veículo	
A MOTOR	REBOQUE
Marca, modelo _____	_____
Nº de matrícula _____	Nº de matrícula _____
País de matrícula _____	País de matrícula _____

03 Companhia de seguros (ver documento de seguro)

NOME: _____

Apólice nº: _____

Nº Certificado: _____

Apólice ou Certif. válido de: _____ a: _____

Agência (ou representante ou corrector): _____

NOME: _____

Morada: _____

Cx. postal: _____ País: _____

Tel. ou e-mail: _____

Os danos materiais deste veículo estão cobertos pela apólice?
 não sim

04 Condutor (ver licença de condução)

APELIDO: _____

Nome: _____

Data de nascimento: _____

Morada: _____

Cx. postal: _____ País: _____

Tel. ou e-mail: _____

Licença de condução nº: _____

Categoria (A, B, ...): _____

Válida até: _____

09 Circunstâncias

↓ Marcar com uma cruz (X) no respectivo quadrado as circunstâncias aplicáveis a cada veículo para melhor compreensão do esquema do acidente
*Riscar o que não interessa

A		B
<input type="checkbox"/> 1 *Estava estacionado / Parado		<input type="checkbox"/> 1
<input type="checkbox"/> 2 *Saía de estacionamento / Abria uma porta		<input type="checkbox"/> 2
<input type="checkbox"/> 3 Ia estacionar		<input type="checkbox"/> 3
<input type="checkbox"/> 4 Saía de um parque de estacionamento de local privado ou de um caminho particular		<input type="checkbox"/> 4
<input type="checkbox"/> 5 Entrava num parque de estacionamento local privado ou de um caminho particular		<input type="checkbox"/> 5
<input type="checkbox"/> 6 Entrava numa rotunda ou praça de sentido giratório		<input type="checkbox"/> 6
<input type="checkbox"/> 7 Circulava numa rotunda ou praça de sentido giratório		<input type="checkbox"/> 7
<input type="checkbox"/> 8 Embateu na traseira de outro veículo que circulava no mesmo sentido e na mesma fila		<input type="checkbox"/> 8
<input type="checkbox"/> 9 Circulava no mesmo sentido mas numa fila diferente		<input type="checkbox"/> 9
<input type="checkbox"/> 10 Mudava de fila		<input type="checkbox"/> 10
<input type="checkbox"/> 11 Ultrapassava		<input type="checkbox"/> 11
<input type="checkbox"/> 12 Virava à direita		<input type="checkbox"/> 12
<input type="checkbox"/> 13 Virava à esquerda		<input type="checkbox"/> 13
<input type="checkbox"/> 14 Recuava		<input type="checkbox"/> 14
<input type="checkbox"/> 15 Circulava na parte da faixa de rodagem reservada à circulação em sentido contrário		<input type="checkbox"/> 15
<input type="checkbox"/> 16 Apresentava-se pela direita num cruzamento ou entrocamento		<input type="checkbox"/> 16
<input type="checkbox"/> 17 Não respeitou um sinal de dar prioridade ou um semáforo vermelho		<input type="checkbox"/> 17
<input type="checkbox"/> ← Indicar o número total de quadrados assinalados com uma cruz (X) →		<input type="checkbox"/>

Deve obrigatoriamente ser assinada pelo DOIS condutores
 Não constitui reconhecimento de responsabilidade, mas a constatação dos factos e a identificação dos intervenientes, com vista a maior rapidez na regularização do sinistro.

10 Esquema do acidente no momento do embate

Indicar: 1. O traçado das vias - 2. Direcção dos meios xxx dos veículos A e B - 3. Posição no momento do embate - 4. Sinais de trânsito - 5. Nome das ruas ou estradas.

VEÍCULO B

05 Segurado/Tomador do seguro (ver documento de seguro)

APELIDO: _____

Nome: _____

Morada: _____

Cx. postal: _____ País: _____

Tel. ou e-mail: _____

NIF: _____

06 Veículo	
A MOTOR	REBOQUE
Marca, modelo _____	_____
Nº de matrícula _____	Nº de matrícula _____
País de matrícula _____	País de matrícula _____

07 Companhia de seguros (ver documento de seguro)

NOME: _____

Apólice nº: _____

Nº Certificado: _____

Apólice ou Certif. válido de: _____ a: _____

Agência (ou representante ou corrector): _____

NOME: _____

Morada: _____

Cx. postal: _____ País: _____

Tel. ou e-mail: _____

Os danos materiais deste veículo estão cobertos pela apólice?
 não sim

08 Condutor (ver licença de condução)

APELIDO: _____

Nome: _____

Data de nascimento: _____

Morada: _____

Cx. postal: _____ País: _____

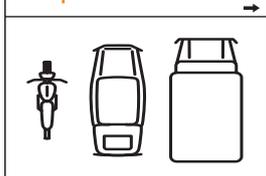
Tel. ou e-mail: _____

Licença de condução nº: _____

Categoria (A, B, ...): _____

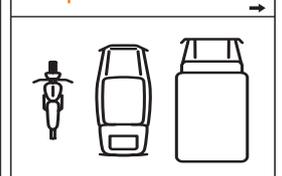
Válida até: _____

11 Indicar por meio de seta o ponto de embate inicial



12 Danos visíveis no veículo A:

13 Indicar por meio de seta o ponto de embate inicial



14 Danos visíveis no veículo B:

15 As minhas observações:

16 Assinatura dos condutores

A _____ **B** _____

17 As minhas observações:



PARTICIPAÇÃO DE SINISTRO

PREENCHER ADICIONALMENTE OS CAMPOS SEGUINTE. (1)

01 Participante

SEgurado/TOMADOR DO SEGURO TERCEIRO LESADO

Nome _____

Profissão _____ Telemóvel _____

02 Condutor (se não coincidente)

Nome _____

Profissão _____ Telemóvel _____

Idade _____ É o condutor habitual da viatura? _____ Tem seguro

de carta? _____ Caso afirmativo: Seguradora _____

_____ N.º apólice _____

(Espaço reservado aos serviços da Companhia Seguradora)

03 Titular do registro de propriedade (se não coincidente)

Nome _____

Telemóvel _____

Morada _____

_____ C. P. _____

04 Descrição pormenorizada do acidente

Indique a que velocidade seguia o seu veículo: _____ Km/h

05 Foi levantado auto pelas autoridades? _____

Posto/Brigada/Esquadra de: _____

Alguns dos intervenientes foi submetido ao teste de pesquisa de álcool? _____ Qual? _____

Resultado do teste: _____

SEgurado Duas rodas
 Ligeiro Pesado Particular Duas rodas

06 Dados referentes aos veículos

TERCEIRO Duas rodas
 Ligeiro Pesado Particular Duas rodas

Características

Cor

Titular do registro de propriedade

Existiam danos anteriores? Quais?

Pode circular?

Rebocava atrelado?

Oficina reparadora

Endereço e telefone

07 Outros danos materiais além dos causados aos veículos identificados no nº 6

Nome e morada dos proprietários _____

Natureza dos danos _____

08 Feridos

Nome _____

Morada _____

Profissão e idade _____

Lesões sofridas _____

Primeiros socorros em _____

Hospitalizado em _____

Indique se era Peão Ocupante do veículo

Nome _____

Morada _____

Profissão e idade _____

Lesões sofridas _____

Primeiros socorros em _____

Hospitalizado em _____

Indique se era Peão Ocupante do veículo

09 Os condutores dos veículos, bem como os proprietários dos bens atingidos ou qualquer dos feridos, é parente sócio empregado mandatário do segurado ou do condutor do veículo seguro? Especifique: _____

10 Pretende formular pedido indenizatório de lucros cessantes?

11 Local e data desta participação

_____, _____ de _____ de _____

12 Assinatura do participante

(1) Sempre que necessário utilizar folha suplementar devidamente assinada

