

| | | | | |
|----------------------------|-------------|-----------------------|--------------|---|
| 1. Data do acidente | Hora | 2. Localização | Local: | 3. Feridos, mesmo ligeiros |
| | | País: | | não <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> |

4. Danos materiais

noutros veículos que não A e B noutros objectos que não veículos

não sim não sim

5. Testemunhas: nomes, moradas e telef.

.....

.....

VEÍCULO A

6. Segurado/ Tomador do seguro (ver documento de seguro)

APELIDO:

Nome:

Morada:

Cód. postal: País:

Tel. ou e-mail:

NIF:

12. CIRCUNSTÂNCIAS

↓ Marcar com uma cruz (X) no respectivo quadrado as circunstâncias aplicáveis a cada veículo ↓

A para melhor compreensão do esquema do acidente **B**

* Riscar o que não interessa

| | |
|--|-----------------------------|
| <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 la 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 entroncamento | <input type="checkbox"/> 16 |
| <input type="checkbox"/> 17 Não respeitou um sinal de dar prioridade ou um semáforo vermelho | <input type="checkbox"/> 17 |

← **indicar o número total de quadrados marcados com uma cruz (X)** →

VEÍCULO B

6. Segurado/ Tomador do seguro (ver documento de seguro)

APELIDO:

Nome:

Morada:

Cód. postal: País:

Tel. ou e-mail:

NIF:

7. Veículo

| A MOTOR | REBOQUE |
|----------------------------|----------------------------|
| Marca, modelo | |
| N.º de matrícula | N.º de matrícula |
| País de matrícula | País de matrícula |

7. Veículo

| A MOTOR | REBOQUE |
|----------------------------|----------------------------|
| Marca, modelo | |
| N.º de matrícula | N.º de matrícula |
| País de matrícula | País de matrícula |

8. Companhia de seguros (ver documento de seguro)

NOME:

Apólice n.º:

N.º de Carta Verde:

Apólice ou Carta Verde válida de:a:

Agência (ou representante ou corrector):

NOME

Morada:

Cód. postal: País:

Tel. ou e-mail:

Os danos materiais deste veículo estão cobertos pela apólice?

não sim

8. Companhia de seguros (ver documento de seguro)

NOME:

Apólice n.º:

N.º de Carta Verde:

Apólice ou Carta Verde válida de:a:

Agência (ou representante ou corrector):

NOME

Morada:

Cód. postal: País:

Tel. ou e-mail:

Os danos materiais deste veículo estão cobertos pela apólice?

não sim

9. Condutor (ver licença de condução)

APELIDO:

Nome:

Data de nascimento:

Morada:

Cód. postal: País:

Tel. ou e-mail:

Licença de condução n.º:

Categoria (A, B, ...):

Válida até:

9. Condutor (ver licença de condução)

APELIDO:

Nome:

Data de nascimento:

Morada:

Cód. postal: País:

Tel. ou e-mail:

Licença de condução n.º:

Categoria (A, B, ...):


Válida até:

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.


13. Esquema do acidente no momento do embate **13.**

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

10. Indicar por meio de seta → o ponto de embate inicial



10. Indicar por meio de seta → o ponto de embate inicial



11. Danos visíveis no veículo A:

11. Danos visíveis no veículo B:

14. As minhas observações:

14. As minhas observações:

15. Assinaturas dos condutores **15.**

A B

PARTICIPAÇÃO DE SINISTRO

Após preenchimento completo dos campos da Declaração Amigável de Acidente de Automóvel aplicáveis, preencher adicionalmente os campos seguintes. (1)

1 - PARTICIPANTE

SEGURADO/TOMADOR DO SEGURO TERCEIRO LESADO

Nome _____

Profissão _____ Telemóvel _____

2 - 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)

3 - TITULAR DO REGISTO DE PROPRIEDADE (se não coincidente)

Nome _____

Telemóvel _____

Morada _____

_____ C. P. _____

4 - DESCRIÇÃO PORMENORIZADA DO ACIDENTE

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

5 - Foi levantado auto pelas autoridades? GNR PSP 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 Aluguer

6 - DADOS REFERENTES AOS VEÍCULOS

TERCEIRO Duas rodas
Ligeiro Pesado Particular Aluguer

◀ Características ▶

◀ Cor ▶

◀ Titular do registo de propriedade ▶

◀ Existiam danos anteriores? Quais ▶

◀ Pode circular? ▶

◀ Rebocava atrelado? ▶

◀ Oficina reparadora ▶

◀ Endereço e telefone ▶

7 - OUTROS DANOS MATERIAIS ALÉM DOS CAUSADOS AOS VEÍCULOS IDENTIFICADOS NO Nº 6

Nome e morada dos proprietários _____

Natureza dos danos _____

8 - FERIDOS

Nome _____

Morada _____

Profissão e idade _____

Lesões sofridas _____

Primeiros socorros em _____

Hospitalizado em _____

Indique se era Peão Ocupante do veículo Peão Ocupante do veículo

9 - 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 indemnizatório de lucros cessantes? sim não

11 - LOCAL E DATA DESTA PARTICIPAÇÃO

_____, _____ de _____ de _____

12 - ASSINATURA DO PARTICIPANTE

(1) Sempre que necessário utilizar folha suplementar devidamente assinada