

PARTICIPAÇÃO DE SINISTRO

Folha 1/2

Espaço reservado para possibilitar a integração de um sistema de código de barras.

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

4. **Danos materiais**

noutros veículos que não A e B não sim

noutros objectos que não veículos não sim

5. **Testemunhas: nomes, moradas e telef.**

.....

.....

.....

VEÍCULO A

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

APELIDO:

Nome:

Morada:

Cx. postal:..... País:

Tel. ou e-mail:

NIF

12. CIRCUNSTÂNCIAS

↓ Marcar com uma cruz (X) no respectivo quadrado as circunstâncias aplicáveis a cada veículo para melhor compreensão do esquema do acidente ↓

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 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
<input type="checkbox"/> ← indicar o número total de quadrados marcados com uma cruz (X) → <input type="checkbox"/>	

VEÍCULO B

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

APELIDO:

Nome:

Morada:

Cx. 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:

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

8. **Companhia de seguros** (ver documento de seguro)

NOME:

Apólice n.º:

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

9. **Condutor** (ver licença de condução)

APELIDO:

Nome:

Data de nascimento:

Morada:

Cx. 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:

Cx. postal:..... País:


Tel. ou e-mail:

Licença de condução n.º:


Categoria (A, B, ...):

Válida até:

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:**

15. Assinaturas dos condutores 15.

14. **As minhas observações:**

A B

PARTICIPAÇÃO DE SINISTRO

Após preenchimento completo dos campos da participação de sinistro 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? _____

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
