

DECLARAÇÃO AMIGÁVEL DE ACIDENTE AUTOMÓVEL

Folha 1/2

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

1. Data do acidente

Hora

2. Localização

Local: País:

3. Feridos, mesmo ligeiros

não sim

4. Danos materiais

noutros veículos que não A e B noutros objetos 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

7. Veículo

A MOTOR

REBOQUE

Marca, modelo N.º 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 corretor): 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:

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

11. Danos visíveis no veículo A:

14. As minhas observações:

12. CIRCUNSTÂNCIAS

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

A

B

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17

↓ Deve obrigatoriamente ser assinada pelos DOIS condutores ↓

13. Esquema do acidente no momento do embate

15. Assinaturas dos condutores

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 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 corretor): 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:

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

11. Danos visíveis no veículo B:

14. As minhas observações:

Copyright 2001 © Insurance Europe aicl

PARTICIPAÇÃO DE SINISTRO

Após preenchimento completo dos campos da Declaração Amigável de Acidente Automóvel aplicáveis, preencher adicionalmente os campos seguintes. É indispensável o preenchimento de todos os campos seguintes de acordo com as informações de que disponha, para a aplicação do Regime de Regularização de Sinistros do Decreto-Lei nº 291/2007, de 21 de Agosto.
Sempre que necessário, utilize folha suplementar devidamente assinada.

1 - PARTICIPANTE

SEGURADO/ TOMADOR DO SEGURO ☐ TERCEIRO LESADO ☐

Nome _____

Profissão _____ Telefone _____

2 - CONDUTOR (se não coincidente)

Nome _____

Profissão _____ Telefone _____

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 _____

Telefone _____

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 ☐	6 - DADOS REFERENTES AOS VEÍCULOS	TERCEIRO	Duas rodas ☐
Ligeiro ☐ Pesado ☐ Particular ☐ Aluguer ☐		Características	Ligeiro ☐ Pesado ☐ Particular ☐ Aluguer ☐	
		Cor		
		Titular do registo de propriedade		
		Existiam danos anteriores? Quais		
		Pode circular?		
		Rebocava atrelado?		
		Oficina reparadora		
		Endereço e telefone (da oficina)		

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 telefone		
Idade		
Nº Beneficiário da Segurança Social		
Lesões sofridas		
Primeiros socorros em		
Hospitalizado em		
Indique se era	Peão ☐ Ocupante do veículo ☐	Peão ☐ Ocupante do veículo ☐

NOTA IMPORTANTE: A presente Participação não serve, por si, de pedido indemnizatório para a regularização dos danos corporais. Se pretende apresentar Pedido de Indemnização para a Regularização do Dano Corporal, indique por escrito o que pretende ver pago por conta dessa Regularização, juntando os documentos necessários ao pagamento.

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	12 - ASSINATURA DO PARTICIPANTE
_____, ____ de _____ de _____	_____