

DECLARAÇÃO AMIGÁVEL DE ACIDENTE AUTOMÓVEL

01 Data do acidente	Hora	02 Localização (País, Província, Município, Bairro):	03 Feridos, mesmo ligeiros
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/>

04 Danos materiais

Noutros veículos que não A e B Noutros objetos que não veículos

Não Sim Não Sim

05 Testemunhas: nomes, moradas e telefones

VEÍCULO A

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

Nome Completo:

Morada (País, Província, Município, Bairro):

Tel.:

E-mail:

NIF:

07 Veículo

A MOTOR	REBOQUE
Marca, modelo <input type="text"/>	
Nº de Matrícula <input type="text"/>	Nº de Matrícula <input type="text"/>
País de matrícula <input type="text"/>	País de matrícula <input type="text"/>

08 Companhia de seguros (ver documento de seguro)

Nome:

Nº de Apólice:

Agência (ou representante ou corretor):

Nome:

Morada (Província, Município, Bairro):

Tel.:

E-mail:

NIF:

Os danos materiais deste veículo estão cobertos pela apólice
 Não Sim

09 Condutor (ver Carta de Condução)

Nome Completo:

Morada (País, Província, Município, Bairro):

Tel.:

E-mail:

NIF:

Carta de condução Nº:

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 12

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

* Riscar o que não interessa *

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

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

Deve obrigatoriamente ser assinada pelos 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.

VEÍCULO B

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

Nome Completo:

Morada (País, Província, Município, Bairro):

Tel.:

E-mail:

NIF:

07 Veículo

A MOTOR	REBOQUE
Marca, modelo <input type="text"/>	
Nº de Matrícula <input type="text"/>	Nº de Matrícula <input type="text"/>
País de matrícula <input type="text"/>	País de matrícula <input type="text"/>

08 Companhia de seguros (ver documento de seguro)

Nome:

Nº de Apólice:

Agência (ou representante ou corretor):

Nome:

Morada (Província, Município, Bairro):

Tel.:

E-mail:

NIF:

Os danos materiais deste veículo estão cobertos pela apólice
 Não Sim

09 Condutor (ver Carta de Condução)

Nome Completo:

Morada (País, Província, Município, Bairro):

Tel.:

E-mail:

NIF:

Carta de condução Nº:

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:

15 Assinaturas dos condutores 15

A

B

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. Sempre que necessário, utilize folha suplementar devidamente assinada.

01 Participante

SEGURADO/ TOMADOR DO SEGURO TERCEIRO LESADO

Nome Completo: _____

Profissão: _____ Tel.: _____

(Espaço reservado aos serviços da Companhia Seguradora)

02 Condutor (se não coincidente)

Nome Completo: _____

Profissão: _____ Tel.: _____

Idade: _____ É o condutor habitual da viatura?

Tem seguro de carta? Caso afirmativo: Seguradora _____

Nº apólice: _____

03 Titular do registo de propriedade (se não coincidente)

Nome Completo: _____

Morada (País, Província, Município, Bairro): _____

Tel.: _____

E-mail: _____

NIF: _____

04 Descrição pormenorizada do acidente (se não coincidente)

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 Aluguer

06 Dados referentes aos veículos

- ← Características →
- ← Cor →
- ← Titular do registo de propriedade →
- ← Existiam danos anteriores? Quais →
- ← Pode circular? →
- ← Rebocava atrelado? →
- ← Oficina reparadora →
- ← Endereço e telefone (da oficina) →

07

TERCEIRO

Duas rodas Ligeiro Pesado

Particular Aluguer

08 Outro danos materiais além dos causados aos veículos identificados no Nº 6

Nome Completo: _____

Morada (País, Província, Município, Bairro): _____

Natureza dos danos: _____

09 Feridos

Nome Completo: _____

Idade: _____

Morada (Província, Município, Bairro): _____

Profissão: _____

Bilhete de Identidade Nº: _____

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.

10 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: _____

11 Local e data desta participação

_____, _____ de _____ de _____

12 Assinatura do participante
