

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
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)
APELLIDO:
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

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)
APELLIDO:
Nome:
Data de nascimento:
Morada:
Cód. postal: País:
Tel. ou e-mail:
Licença de condução n.º:
Categoria (A, B, ...):
Válida até:

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"/>

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.

VEÍCULO B

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

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)
APELLIDO:
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:

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

14. As minhas observações:

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 _____

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

Nome _____

Telefone _____

Morada _____

C. P. _____

(Espaço reservado aos serviços da Companhia Seguradora)

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: _____

Algun 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

Características

Cor

Titular do registo de propriedade

Existiam danos anteriores? Quais

Pode circular?

Rebocava atrelado?

Oficina reparadora

Endereço e telefone (da oficina)

TERCEIRO Duas rodas

Ligeiro Pesado Particular Aluguer

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

_____, _____ de _____ de _____

12 - ASSINATURA DO PARTICIPANTE