

FORMULÁRIO DE PARTICIPAÇÃO AUTOMÓVEL

 Preencha os espaços com Letra de imprensa. Assinale com ☒ os casos aplicáveis

Nº veículos envolvidos*

1. Data do Acidente *

Hora *

2. Local (Estrada/rua,localidade e distrito) *

3. Houve feridos, mesmo ligeiros? *

 DD MM AA

 HH MM

 Sim Não

4. Houve danos materiais além dos causados aos veículos A e B? *

 Sim Não

5. Testemunhas nomes, morada e telefone. Indicar se são passageiros dos veículos A ou B *

| VEÍCULO A | | 12. Circunstâncias do Acidente | VEÍCULO B | | |
|---------------------------------------|---|---|---|---|----------------------|
| 6. Segurado (ver documento de seguro) | | Marque com um certo (✓) no respectivo quadrado as circunstâncias aplicáveis e cada veículo para melhor compreensão do esquema do acidente | 6. Terceiro (proprietário dos bens danificados) | | |
| Apelidos * | <input type="text"/> | | B | Apelidos * | <input type="text"/> |
| Nomes * | <input type="text"/> | | | Nomes * | <input type="text"/> |
| Morada * | <input type="text"/> | | | Morada * | <input type="text"/> |
| Telefone * | <input type="text"/> | | | Telefone * | <input type="text"/> |
| Profissão * | <input type="text"/> | | | Profissão * | <input type="text"/> |
| Email | <input type="text"/> | | Email | <input type="text"/> | |
| 7. Veículo | | | 7. Veículo | | |
| Marca * | <input type="text"/> | | Marca * | <input type="text"/> | |
| Modelo * | <input type="text"/> | | Modelo * | <input type="text"/> | |
| Nº de matrícula ou do motor * | <input type="text"/> | | Nº de matrícula ou do motor * | <input type="text"/> | |
| 8. Companhia de Seguros | | | 8. Companhia de Seguros | | |
| Nome * | <input type="text"/> | | Nome * | <input type="text"/> | |
| Apólice Nº * | <input type="text"/> | | Apólice Nº * | <input type="text"/> | |
| Balcão | <input type="text"/> | | Balcão | <input type="text"/> | |
| Apólice válida até | <input type="text"/> | | Apólice válida até | <input type="text"/> | |
| Os danos deste veículo estão seguros? | <input type="text"/> Sim <input type="text"/> Não | | Os danos deste veículo estão seguros? | <input type="text"/> Sim <input type="text"/> Não | |
| 9. condutor (ver licença de condução) | | | 9. condutor (ver licença de condução) | | |
| Sou o Segurado | <input type="text"/> Sim <input type="text"/> Não | | Sou o Segurado | <input type="text"/> Sim <input type="text"/> Não | |
| Apelidos * | <input type="text"/> | | Apelidos * | <input type="text"/> | |
| Nomes * | <input type="text"/> | | Nomes * | <input type="text"/> | |
| Morada * | <input type="text"/> | | Morada * | <input type="text"/> | |
| Telefone * | <input type="text"/> | | Telefone * | <input type="text"/> | |
| Profissão | <input type="text"/> | | Profissão | <input type="text"/> | |
| Email | <input type="text"/> | | Email | <input type="text"/> | |

17. Identificação de Outras Testemunhas

| |
|--|
| |
|--|

18. Em sua opinião quem foi o culpado e porque?

| |
|--|
| |
|--|

19. Foi levantado auto pelas autoridades? ☐ Sim ☐ Não

Número do processo

Algun dos intervenientes foi submetido ao teste anti-álcool? ☐ Sim ☐ Não

Posto/Brigada/Esquadra de

Nome do agente

Qual?

Resultado do teste

20. Dados referentes aos veículos

Segurado

| |
|--|
| |
| |
| |
| |

☐ Sim ☐ Não

☐ Sim ☐ Não

Características

Cor

Titular do registo de propriedade

Existiam danos anteriores?Quais?

Pode circular?

Rebocava atrelado?

Endereço e telefone

Data da peritagem

Terceiro

| |
|--|
| |
| |
| |
| |

☐ Sim ☐ Não

☐ Sim ☐ Não

21. Outros danos materiais além dos causados aos veículos A e B

Nome e morada dos proprietários

Natureza dos danos

22. Feridos

| | | |
|--------------------|---------------------------|---------------------------|
| Nome | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Morada | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Profissão e idade | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Lesões sofridas | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Primeiros socorros | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Hospitalizado em | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Indique se era: | <input type="text"/> Peão | <input type="text"/> Peão |

23. Existe alguma relação com o titular da apólice?

Se Sim, Indique qual?

24. Local e data desta participação

Local Data de de

25. Assinatura do segurado