



CARIMBO DE ENTRADA

# AUTOMÓVEL PARTICIPAÇÃO DE SINISTRO

CLIENTE N°

APÓLICE N°

PROCESSO N°

## 1 TOMADOR DO SEGURO

Nome

Domicílio

Localidade  Cód. Postal   -

N° Contribuinte  BI / N° P. Colectiva  Telef. / Fax

## 2 DESCRIÇÃO DO SINISTRO

Data do acidente  /  /  Hora a que se deu o acidente  :

Local do acidente

Descrição

A autoridade foi chamada a intervir?  Não  Sim Indique qual:

Considera que tem responsabilidades pelo sucedido?  Não  Sim (junte documento comprovativo)

Porquê?

ESQUEMA DO ACIDENTE

## 3 VEÍCULO SEGURO

Matrícula  -  -

Marca  Modelo  Cór

Condutor  Tel.:

Domicílio

Licença de Condução n.º

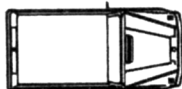
Categoria  Validade  /  /

Danos

Oficina

Morada  Tel.:

Assinale os danos



## 4 VEÍCULO TERCEIRO

Matrícula  -  -

Marca  Modelo  Cór

C. Seguros  Apólice n.º

Condutor  Tel.:

Domicílio

Proprietário  Tel.:

Domicílio

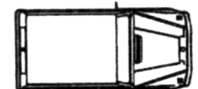
Profissão

Danos

Oficina

Morada  Tel.:

Assinale os danos



01PAS100 - 08/2010

## 5 QUESTIONÁRIO PARA DEFINIÇÃO DE RESPONSABILIDADES

A ocorrência verificou-se em  Curva  Recta A visibilidade era  Boa  Má O piso estava  Seco  Molhado

Largura da via ?  Qual o estado da via ?  Tem linha central ?  Não  Sim  Contínua  Descontínua

A que distância da berma se deu o acidente ?  A que velocidade seguia ?  Rastos de travagem ?  Não  Sim

Extensão  Estes rastros são o direito ?  Não  Sim Que sinalização existe ?

## 6 IDENTIFICAÇÃO DOS FERIDOS

Nome  Data de Nascimento  /  /

Domicílio

Localidade  Cód. Postal  -  Telef. / Fax

Tem alguma ligação familiar ou profissional com o lesado ?  Não  Sim Qual ?

Era peão ?  Não  Sim Indique em que veículo era transportado  Veículo Seguro  Veículo Terceiro

Lesões sofridas

Onde lhe foram prestados os primeiros socorros ?

Ficou hospitalizado ?  Não  Sim Indique qual

Nome  Data de Nascimento  /  /

Domicílio

Localidade  Cód. Postal  -  Telef. / Fax

Tem alguma ligação familiar ou profissional com o lesado ?  Não  Sim Qual ?

Era peão ?  Não  Sim Indique em que veículo era transportado  Veículo Seguro  Veículo Terceiro

Lesões sofridas

Onde lhe foram prestados os primeiros socorros ?

Ficou hospitalizado ?  Não  Sim Indique qual

## 7 IDENTIFICAÇÃO DO RESPONSÁVEL

Nome  Data de Nascimento  /  /

Domicílio

Localidade  Cód. Postal  -  Telef. / Fax

Tem alguma ligação familiar ou profissional com o lesado ?  Não  Sim Qual ?

## 8 QUESTÕES DIVERSAS

Existe alguma entidade interessada nos bens seguros ?  Não  Sim Qual ?

Existe outro seguro que garanta este risco ?  Não  Sim

Em que seguradora ?  Indique o n.º da apólice  e ramo

Teve algum sinistro ultimamente ?  Não  Sim

Em que data ?  /  /  Qual o motivo ?

## 9 TESTEMUNHAS

Nome	Morada	Telefone / fax
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

## 10 OUTRAS DECLARAÇÕES

## 11 ASSINATURAS

Data	Assinatura / Carimbo do Tomador do Seguro	Assinatura do Condutor
<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>