

DECLARAÇÃO AMIGÁVEL DE ACIDENTE AUTOMÓVEL

1. Data do acidente _____ **Hora** _____ **2. Localização** Local: _____ País: _____ **3. Feridos, mesmo ligeiros** não sim

4. Danos materiais
 outros veículos que não A e B não sim outros objectos que não veículos 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	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 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 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 num 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) →				

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

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	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 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:

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

SEGURO/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 _____

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: _____

SEGUROADO Duas rodas
Ligeiro Pesado Particular Aluguer

6 - DADOS REFERENTES AOS VEÍCULOS

TERCEIRO Duas rodas
Ligeiro Pesado Particular Aluguer

Características _____
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

_____, _____ de _____ de _____

12 - ASSINATURA DO PARTICIPANTE
