

01 Data do acidente	Hora	02 Localização	Local	Espaço reservado a seguradora
<input type="text"/>	<input type="text"/>	País <input type="text"/>	<input type="text"/>	

03 Feridos mesmo ligeiros	04 Danos materiais Noutros veículos que não A e B	Noutros objectos que não veículos	05 Testemunhas: nomes, moradas e telefones
Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>

VEÍCULO A - SEGURADO

06 **Segurado** (ver documento seguro)

Nome

Morada

Tel./ Email

NIF

07 Veículo A Motor	Reboque
Marca, modelo <input type="text"/>	
N.º matrícula <input type="text"/>	N.º matrícula <input type="text"/>
País de matrícula <input type="text"/>	País de matrícula <input type="text"/>

08 **Companhia de seguros**
(Ver documento seguro)

Apólice N.º

N.º certificado

Apólice tem cobertura contra danos próprios
Sim Não

09 **Condutor** (ver licença condução)

Nome

Data de nascimento

Morada

País

Tel./ Email

Licença condução n.º

10 **Circunstâncias**

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

A	*Riscar o que não interessa	B
<input type="checkbox"/>	*Estava estacionado/ parado	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	*Saía de estacionamento/ Abria uma porta	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	la estacionar	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Saía de um parque de estacionamento de local privado ou de um caminho particular	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Entrava num parque de estacionamento local privado ou de um caminho particular	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Entrava num rotunda ou praça de sentido giratório	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Circulava numa rotunda ou praça de sentido giratório	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Embateu na traseira de outro veículo que circulava no mesmo sentido e na mesma fila	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Circulava no mesmo sentido mas numa fila diferente	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	*Saía de estacionamento/ Abria uma porta	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Mudava de fila	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Ultrapassava	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Virava à direita	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Virava à esquerda	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Recuava	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Circulava na parte da faixa de rodagem reservada à circulação em sentido contrário	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Apresentava-se pela direita num cruzamento ou entrocamento	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Não respeitou um sinal de dar prioridade ou um semáforo vermelho	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Indicar o número total de quadrados marcados com uma cruz (x)	<input type="checkbox"/>

VEÍCULO B - TERCEIRO

06 **Terceiro** (ver documento seguro)

Nome

Morada

Tel./ Email

NIF

07 Veículo A Motor	Reboque
Marca, modelo <input type="text"/>	
N.º matrícula <input type="text"/>	N.º matrícula <input type="text"/>
País de matrícula <input type="text"/>	País de matrícula <input type="text"/>

08 **Companhia de seguros**
(Ver documento seguro)

Apólice N.º

N.º certificado

Apólice tem cobertura contra danos próprios
Sim Não

09 **Condutor** (ver licença condução)

Nome

Data de nascimento

Morada

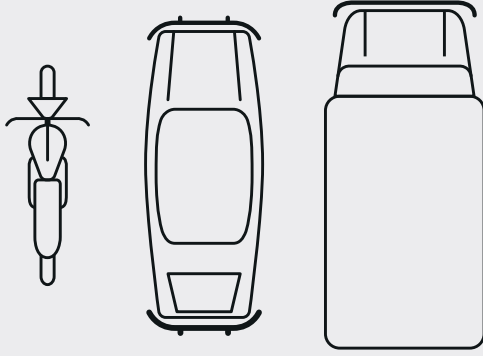
País

Tel./ Email

Licença condução n.º

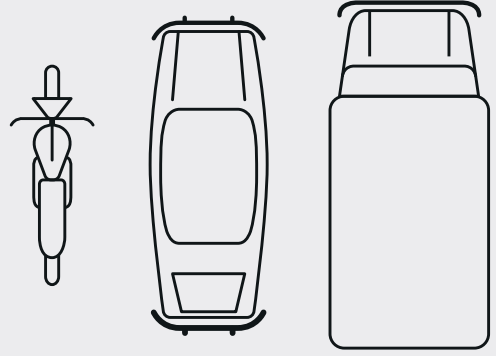
VEÍCULO A - SEGURADO

11 Indicar por meio de seta o ponto de embate inicial



VEÍCULO B - TERCEIRO

11 Indicar por meio de seta o ponto de embate inicial



12 Esquema do acidente no momento do embate

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

A large grid of dotted lines for drawing the accident scene.

13 Danos visíveis no veículo A - Segurado

Five horizontal lines for recording visible damage to Vehicle A.

13 Danos visíveis no veículo B - Terceiro

Five horizontal lines for recording visible damage to Vehicle B.

14 As minhas observações

Three horizontal lines for recording observations for Vehicle A.

14 As minhas observações

Three horizontal lines for recording observations for Vehicle B.

VEÍCULO A - SEGURADO

15 Titular do Registo de Propriedade

Nome
Telemóvel
Morada

VEÍCULO B - TERCEIRO

15

Nome
Telemóvel
Morada

16 Descrição pormenorizada do acidente

Indique a que velocidade seguia o seu veículo km/h

17

Foi levantado auto pelas autoridades ? Posto/ brigada/ esquadra de
Alguns dos intervenientes foi submetido ao teste de pesquisa de álcool?
Qual ? Resultado do teste

18 Dados referentes aos veículos

Veículo A - Segurado

Duas Rodas Ligeiro Pesado Particular Aluguer

Características

Cor
Existiam danos anteriores?
Quais?
Pode circular?
Rebocava atrelado?
Oficina reparadora
Endereço e telefone

Veículo B - Terceiro

Duas Rodas Ligeiro Pesado Particular Aluguer

19 Outros danos materiais além dos causados aos veículos identificados no n.º5

Nome
Morada
Natureza Dos Danos

20 Feridos

Veículo A - Segurado

Nome
Morada
Profissão e idade
Lesões sofridas
Primeiros socorros em
Hospitalizado em
Indique se era Peão Ocupante do veículo

Veículo B - Terceiro

Peão Ocupante do veículo

21

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

22

Data: / /



Assinatura do Condutor



Assinatura do Tomador

Observações: Em caso de entidade colectiva este formulário só é válido se assinado e carimbado