

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:

(junte documento comprovativo)

Considera que tem responsabilidades pelo sucedido ? Não Sim

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

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 rastos são a 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 no último ano? 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 Conductor