ALIANÇA SEGUROS

PARTICIPAÇÃO DE SINISTRO
SEGURO AUTOMÓVEL

APÓLICE Nº ____ SINISTRO Nº ____ DATA DE ENTRADA ____

TOMADOR DE SEGURO

Nome _____ Sexo: M ☐ F ☐

Nº Doc. Identificação ____ BI ☐ Outro _____

Data Emissão ____ Data Validade ____ NIF ____

Naturalidade _____ Nacionalidade _____ Data Nascimento ____

País da Residência _____ Morada _____

Município _____ Localidade _____ Actividade Profissional Predominante _____

Telefone ____ Telemóvel ____ E-mail _____

Carta de Condução ____ Data Emissão ____ Data Validade ____

VIATURA A - VIATURA SEGURA

Matrícula _____ Marca _____ Modelo _____

Reboque: Sim ☐ Não ☐ Modelo _____ Matrícula _____

CONDUTOR

Nome _____ Sexo: M ☐ F ☐

Nº Doc. Identificação ____ BI ☐ Outro _____

Data Emissão ____ Data Validade ____ NIF ____

Naturalidade _____ Nacionalidade _____ Data Nascimento ____

País da Residência _____ Morada _____

Município _____ Localidade _____ Actividade Profissional Predominante _____

Telefone ____ Telemóvel ____ E-mail _____

Carta de Condução ____ Data Emissão ____ Data Validade ____

Ligação ao Tomador de Seguro: Cônjuge ☐ Filho(a) ☐ Pai/Mãe ☐ Laboral ☐ Outro ☐

SEGURADORA

Nome _____ Sexo: M ☐ F ☐

Apólice Nº ____ Certificado _____ Data Validade ____

Danos Materiais estão cobertos pela Apólice? Sim ☐ Não ☐ As viaturas podem circular? Sim ☐ Não ☐

VEÍCULO B - TERCEIRO

Matrícula _____ Marca _____ Modelo _____

Reboque: Sim ☐ Não ☐ Modelo _____ Matrícula _____

CONDUTOR

Nome _____ Sexo: M ☐ F ☐

Nº Doc. Identificação |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| BI ☐ Outro _____

Data Emissão |_|_|_|_|_|_|_|_| Data Validade |_|_|_|_|_|_|_|_| NIF |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Naturalidade _____ Nacionalidade _____ Data Nascimento |_|_|_|_|_|_|_|_|

País da Residência _____ Morada _____

Município _____ Localidade _____ Actividade Profissional Predominante _____

Telefone |_|_|_|_|_|_|_|_|_| Telemóvel |_|_|_|_|_|_|_|_|_| E-mail _____

Carta de Condução |_|_|_|_|_|_|_|_|_| Data Emissão |_|_|_|_|_|_|_|_| Data Validade |_|_|_|_|_|_|_|_|

Ligação ao Tomador de Seguro: Cônjuge ☐ Filho(a) ☐ Pai/Mãe ☐ Laboral ☐ Outro ☐

SEGURADORA

Nome _____ Sexo: M ☐ F ☐

Apólice Nº |_|_|_|_| Certificado _____ Data Validade |_|_|_|_|_|_|_|_|

Danos Materiais estão cobertos pela Apólice? Sim ☐ Não ☐ As viaturas podem circular? Sim ☐ Não ☐

Para uma melhor e clara compreensão do acidente, pedimos que descreva pormenorizadamente, qual é a circunstância aplicável a cada veículo no acidente:

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

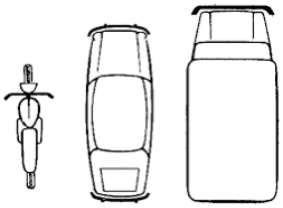
_____

_____

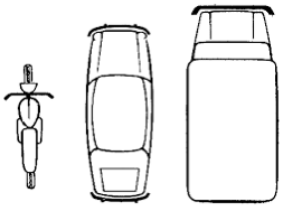
_____

DESENHO DO ACIDENTE

VEÍCULO A



VEÍCULO B



TESTEMUNHAS

1ª

Nome _____ Sexo: M ☐ F ☐

Morada _____

Município _____ Localidade _____ Idade ☐☐ anos Telemóvel ☐☐☐☐☐☐☐☐☐

2ª

Nome _____ Sexo: M ☐ F ☐

Morada _____

Município _____ Localidade _____ Idade ☐☐ anos Telemóvel ☐☐☐☐☐☐☐☐☐

3ª

Nome _____ Sexo: M ☐ F ☐

Morada _____

Município _____ Localidade _____ Idade ☐☐ anos Telemóvel ☐☐☐☐☐☐☐☐☐

4ª

Nome _____ Sexo: M ☐ F ☐

Morada _____

Município _____ Localidade _____ Idade ☐☐ anos Telemóvel ☐☐☐☐☐☐☐☐☐

FERIDOS

1ª

Nome _____ Sexo: M ☐ F ☐

Morada _____

Município _____ Localidade _____ Telemóvel ☐☐☐☐☐☐☐☐☐

Lesões Sofridas _____ Primeiros Socorros: Hospitalizado? Sim ☐ Não ☐

2ª

Nome _____ Sexo: M ☐ F ☐

Morada _____

Município _____ Localidade _____ Telemóvel |_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Lesões Sofridas _____ Primeiros Socorros: Hospitalizado? Sim ☐ Não ☐

3ª

Nome _____ Sexo: M ☐ F ☐

Morada _____

Município _____ Localidade _____ Telemóvel |_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Lesões Sofridas _____ Primeiros Socorros: Hospitalizado? Sim ☐ Não ☐

4ª

Nome _____ Sexo: M ☐ F ☐

Morada _____

Município _____ Localidade _____ Telemóvel |_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Lesões Sofridas _____ Primeiros Socorros: Hospitalizado? Sim ☐ Não ☐

OFICINAS REPARADORAS

VEÍCULO A

Nome _____

Morada _____

Município _____ Localidade _____ E-mail _____ Telemóvel |_|_|_|_|_|_|_|_|_|

VEÍCULO B

Nome _____

Morada _____

Município _____ Localidade _____ E-mail _____ Telemóvel |_|_|_|_|_|_|_|_|_|

ENTIDADE RECEBEDORA (Para o caso de Indemnização)

Entidade Bancária _____ Nº de Conta |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| • |_|_|_| • |_|_|_|_|

Nº de Identificação Bancária (IBAN) |A|O|0|6| • |_|_|_|_| • |_|_|_|_| • |_|_|_|_| • |_|_|_|_| • |_|_|_|_| • |_|_|

E-mail _____ Telefone |_|_|_|_|_|_|_|_|_| Telemóvel |_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Data |_|_|_|_|_|_|_|_|

_____
(Assinatura do Proponente)

_____
(Assinatura do Terceiro)