ALIANÇA SEGUROS

PARTICIPAÇÃO DE SINISTRO

SEGURO AUTOMÓVEL

Data do Acidente: ___/___/____ __|__H__|__M FIM DO CONTRATO: ___/___/____ __|__H__|__M

Feridos: ◯ Sim ◯ Não Local: _____

◯ TOMADOR DE SEGURO ◯ TERCEIRO / LESADO

DADOS PESSOAIS - TOMADOR DE SEGURO

Nome: _____ Sexo: F ◯ M ◯

Morada: _____ Municipio: _____ Localidade: _____

Telefone: _____ Telemóvel: _____ Actividade: _____ NIF: _____

B.Identidade: _____ Validade: ___/___/____ Carta de Condução: _____ Validade: ___/___/____

Data de Nascimento: ___/___/____ Email: _____

VIATURA A | VIATURA SEGURA

Marca: _____ Modelo: _____ Matrícula: _____

Reboque: ◯ Sim ◯ Não Modelo: _____ Matrícula: _____

CONDUTOR

Nome: _____ Sexo: F ◯ M ◯

Morada: _____ Municipio: _____ Localidade: _____

Telefone: _____ Telemóvel: _____ Data de Nascimento: ___/___/____ NIF: _____

B.Identidade: _____ Validade: ___/___/____ Carta de Condução: _____ Validade: ___/___/____

Relação com o segurado: ◯ Cônjuge ◯ Filho(a) ◯ Pai/Mãe ◯ Laboral ◯ Outro

SEGURADORA

Nome: _____ Sexo: F ◯ M ◯

Apólice Nº _____ Certificado _____ Validade: ___/___/____

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

VIATURA B | TERCEIRO

Marca: _____ Modelo: _____ Matrícula: _____

Reboque: ◯ Sim ◯ Não Modelo: _____ Matrícula: _____

CONDUTOR

Nome: _____ Sexo: F ◯ M ◯

Morada: _____ Municipio: _____ Localidade: _____

Telefone: _____ Telemóvel: _____ Data de Nascimento: ___/___/____ NIF: _____

B.Identidade: _____ Validade: ___/___/____ Carta de Condução: _____ Validade: ___/___/____

Relação com o segurado: ◯ Cônjuge ◯ Filho(a) ◯ Pai/Mãe ◯ Laboral ◯ Outro

SEGURADORA

Nome: _____ Sexo: F ◯ M ◯

Apólice Nº _____ Certificado _____ 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:

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

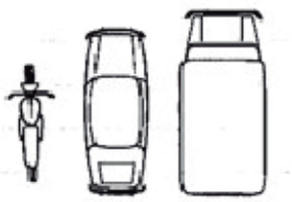
_____

_____

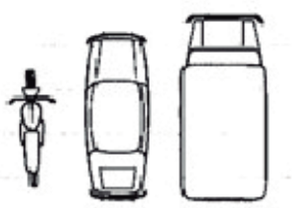
_____

DESENHO DO ACIDENTE

VEÍCULO A



VEÍCULO B



TESTEMUNHAS

1.Nome:_____ Telemóvel:_____ Morada:_____ Localidade:_____
2.Nome:_____ Telemóvel:_____ Morada:_____ Localidade:_____
3.Nome:_____ Telemóvel:_____ Morada:_____ Localidade:_____
4.Nome:_____ Telemóvel:_____ Morada:_____ Localidade:_____

FERIDOS

1.Nome:_____ Telemóvel:_____ Morada:_____ Localidade:_____
Lesões Sofridas:_____ Primeiros Socorros:_____ Hospitalizado? ◯ Sim ◯ Não
2.Nome:_____ Telemóvel:_____ Morada:_____ Localidade:_____
Lesões Sofridas:_____ Primeiros Socorros:_____ Hospitalizado? ◯ Sim ◯ Não
3.Nome:_____ Telemóvel:_____ Morada:_____ Localidade:_____
Lesões Sofridas:_____ Primeiros Socorros:_____ Hospitalizado? ◯ Sim ◯ Não
4.Nome:_____ Telemóvel:_____ Morada:_____ Localidade:_____
Lesões Sofridas:_____ Primeiros Socorros:_____ Hospitalizado? ◯ Sim ◯ Não

OFICINAS REPARADORAS

VEÍCULO A

Nome: _____
Morada: _____
Localidade:_____
Telefone:_____
Email:_____

VEÍCULO B

Nome: _____
Morada: _____
Localidade:_____
Telefone:_____
Email:_____

ENTIDADE RECEBEDORA (Para o caso de Indemnização)

Nome: _____ Telemóvel:_____
Banco: _____ IBAN: ____ - ____ - ____ - ____ - ____ - ____ - ____

_____
Local e Data

_____
Assinatura do Proponente

_____
Local e Data

_____
Assinatura do Terceiro