



Carta de Participação de Sinistro

Nº da Apólice _____
Nº do Processo _____

Data de Entrada _____

Remeter à Companhia o Original e Duplicado logo após o acidente. Responda com exactidão a todas as perguntas, não deixando de indicar testemunhas.

1. Tomador do Seguro Singular Colectivo

Nome _____ NIF [] [] [] [] [] [] [] [] [] []

Morada _____

Localidade _____ Bairro _____

Actividade _____ Contacto Telf. _____ E-mail _____

Matrícula do Veículo [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] Marca _____ Modelo _____ Cor _____

O veículo era utilizado no interesse do: Segurado/Tomador do Seguro Condutor

2. Condutor do Veículo Sinistrado (Preencher para os casos de Danos Próprios e Condutores diferentes ou ao Serviço do Tomador de Seguro)

Nome _____ NIF [] [] [] [] [] [] [] [] [] []

Morada _____

Localidade _____ Município _____

Profissão _____ Contacto Telf. _____ E-mail _____

Nº Carta Cond. [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] Data de Emissão [] [] [] [] [] [] Data de Nascimento [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] []

Tipologia de Serviço? Particular Aluguer Outro _____

Estado psicológico do condutor? Alcoolizado Não Alcoolizado

Envolveu Terceiros? Sim Não Se Sim, de que companhia? _____

Apólice Nº [] [] [] [] [] [] [] [] [] []

3. Descrição do Acidente

Data da Ocorrência [] [] [] [] [] [] Horas [] [] [] []

Local do Acidente _____ Rua _____ Município _____

Descreva pormenorizadamente o acidente: _____

O veículo ia fora de mão? Sim Não Houve falha nos travões? Sim Não

Alguns dos veículos fez sinais? Sim Não Qual era o estado do tempo? _____

Trazia os faróis acessos? Sim Não Se Sim, em que posição? _____

A que velocidade o veículo seguro circulava? [] [] [] [] [] Km/h E o terceiro? [] [] [] [] [] Km/h

Quantas pessoas transportava? _____

Protteja Seguros, S.A.



6. Dados dos Terceiros

(Caso exista mais de um veículo/sinistrado, utilize outras participações preenchendo apenas a 2.ª página)

a) Dados Gerais (A preencher pelo terceiro condutor)

Nome _____ Existe grau de parentesco com o segurado? _____
 Morada _____ Localidade _____
 Nº Carta de Condução | | | | | | | | | | Data de Obtenção | | | | | | | | | | Válida até | | | | | | | | | |
 Contacto Telefónico _____ Email _____ Profissão _____

b) Danos Materiais

Nome do Proprietário do Veículo _____
 Morada _____ Contacto Telf. _____
 Localidade _____ Bairro _____ E-mail _____
 Matrícula do Veículo | | | | | | | | | | Marca _____ Modelo _____ Cor _____
 Ligeiro Pesado Tipo de Uso _____

c) Danos Corporais (caso existam)

Nome do Sinistrado _____ NIF | | | | | | | | | | Idade _____
 Morada _____ C. Telf. _____
 Localidade _____ Município _____ E-mail _____
 Profissão _____
 Descrição dos ferimentos _____
 Foi prestada Assistência Médica? Sim Não Se Sim, por quem? _____
 Ficou internado em que hospital? _____ Se Sim, qual? _____
 Quem conduziu o Sinistrado? _____, passageiro do veículo: _____
 Estava em serviço? Sim Não
 Outros Danos Corporais _____
 Era empregado do segurado ou terceiro? _____ Qual o grau de parentesco? _____

d) Outros Danos

Nome do Proprietário _____ Grau de parentesco? _____
 Morada _____ C. Telf. _____
 Quais os danos? _____

Protteja Seguros, S.A.

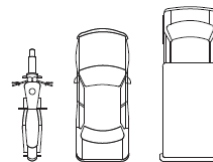
7. Prejuízos Sofridos Pelo Veículo Terceiro

Descrição dos danos visíveis (assinale no desenho) _____

Oficina reparadora (nome, morada/contacto)? _____

Já está na oficina? Sim Não (Em caso negativo, diga ao Terceiro para contactar a Companhia)

Onde pode ser vistoriado o veículo seguro? _____ Pode Circular? Sim Não



8. Testemunhas Presenciais do Acidente

Nome _____ Onde se encontrava? _____

Morada _____ C. Telf. _____

Local de Trabalho _____ C. Telf. _____

Nome _____ Onde se encontrava? _____

Morada _____ C. Telf. _____

Local de Trabalho _____ C. Telf. _____

9. Providências Tomadas e Outros Esclarecimentos

Local _____

Data ____ / ____ / ____

O Condutor

Tomador do Seguro
