



DECLARAÇÃO EUROPEIA DE ACIDENTE

WWW.CARTRAVELDOCS.COM 

Pages 1-2 are for your insurance company and pages 3-4 are for the other party's insurance company. Remove this page before using the printed European Accident Statement.

1. First ACCIDENT STATEMENT page

Fill in this page. If another party is involved in the accident, they must fill in the other column. If you don't agree with the information the other party has provided, you can mention this in the "My remarks" section. You must both sign the page at the bottom. Keep this page and send it to your insurance company.

2. First DECLARATION page

Fill in this page as soon as possible. Sign the page at the bottom, and send it to your insurance company.

3. Second ACCIDENT STATEMENT page

If another party is involved in the accident, you and the other party must fill in the columns on this page in exactly the same way as on the first ACCIDENT STATEMENT page. If you don't agree with the information the other party has provided, you can mention this in the "My remarks" section. You must both sign the page at the bottom. The other party keeps this page, and sends it to their insurance company.

4. Second DECLARATION page

The other party must fill in this page as soon as possible, sign it at the bottom, and send it to their insurance company.

1. Data do acidente

Hora

2. Localização

Local: País:

3. Feridos, mesmo ligeiros

não ☐ sim ☐

4. Danos materiais

noutros veículos que não A e B
não ☐ sim ☐

noutros objectos que não veículos
não ☐ sim ☐

5. Testemunhas: nomes, moradas e telef.

VEÍCULO A

6. Segurado/Tomador do seguro (ver documento de seguro)

APELIDO: Nome: Morada: Cód. postal: País: Tel. ou e-mail: NIF

7. Veículo

A MOTOR

REBOQUE

Marca, modelo N.º de matrícula N.º de matrícula País de matrícula País de matrícula

8. Companhia de seguros (ver documento de seguro)

NOME: Apólice n.º: N.º de Carta Verde: Apólice ou Carta Verde válida de: a: Agência (ou representante ou corretor): NOME: Morada: Cód. postal: País: Tel. ou e-mail: Os danos materiais deste veículo estão cobertos pela apólice? não ☐ sim ☐

9. Condutor (ver licença de condução)

APELIDO: Nome: Data de nascimento: Morada: Cód. postal: País: Tel. ou e-mail: Licença de condução n.º: Categoria (A, B, ...): Válida até:

12. CIRCUNSTÂNCIAS

↓

A

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17

↓

B

Deve obrigatoriamente ser assinada pelos DOIS condutores

13. Esquema do acidente no momento do embate

VEÍCULO B

6. Segurado/Tomador do seguro (ver documento de seguro)

APELIDO: Nome: Morada: Cód. postal: País: Tel. ou e-mail: NIF

7. Veículo

A MOTOR

REBOQUE

Marca, modelo N.º de matrícula N.º de matrícula País de matrícula País de matrícula

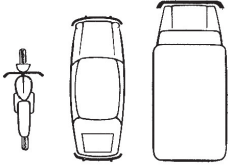
8. Companhia de seguros (ver documento de seguro)

NOME: Apólice n.º: N.º de Carta Verde: Apólice ou Carta Verde válida de: a: Agência (ou representante ou corretor): NOME: Morada: Cód. postal: País: Tel. ou e-mail: Os danos materiais deste veículo estão cobertos pela apólice? não ☐ sim ☐

9. Condutor (ver licença de condução)

APELIDO: Nome: Data de nascimento: Morada: Cód. postal: País: Tel. ou e-mail: Licença de condução n.º: Categoria (A, B, ...): Válida até:

10. Indicar por meio de seta → o ponto de embate inicial



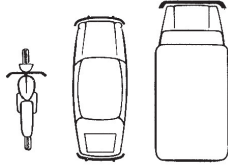
11. Danos visíveis no veículo A:

14. As minhas observações:

15. Assinaturas dos condutores

A B

10. Indicar por meio de seta → o ponto de embate inicial



11. Danos visíveis no veículo B:

14. As minhas observações:

PARTICIPAÇÃO DE SINISTRO

Após preenchimento completo dos campos da Declaração Amigável de Acidente Automóvel aplicáveis, preencher adicionalmente os campos seguintes. É indispensável o preenchimento de todos os campos seguintes de acordo com as informações de que disponha, para a aplicação do Regime de Regularização de Sinistros do Decreto-Lei nº 291/2007, de 21 de Agosto.
Sempre que necessário, utilize folha suplementar devidamente assinada.

1 - PARTICIPANTE
SEGURADO/ TOMADOR DO SEGURO ☐ TERCEIRO LESADO ☐

Nome _____
Profissão _____ Telefone _____

2 - CONDUTOR (se não coincidente)
Nome _____
Profissão _____ Telefone _____
Idade _____ É o condutor habitual da viatura? _____ Tem seguro de carta? _____ Caso afirmativo: Seguradora _____
N.º apólice _____

3 - TITULAR DO REGISTO DE PROPRIEDADE (se não coincidente)
Nome _____
Telefone _____
Morada _____
C.P. _____

4 - DESCRIÇÃO PORMENORIZADA DO ACIDENTE Indique a que velocidade seguia o seu veículo: _____ km/h

5 - Foi levantado auto pelas autoridades? _____ ☐ GNR ☐ PSP ☐ Posto/Brigada/Esquadra de: _____
Algun dos intervenientes foi submetido ao teste de pesquisa de álcool? _____ Qual? _____
Resultado do teste: _____

SEGURADO	Duas rodas ☐	6 - DADOS REFERENTES AOS VEÍCULOS	TERCEIRO	Duas rodas ☐
Ligeiro ☐ Pesado ☐ Particular ☐ Aluguer ☐		Características	Ligeiro ☐ Pesado ☐ Particular ☐ Aluguer ☐	
		Cor		
		Titular do registo de propriedade		
		Existiam danos anteriores? Quais		
		Pode circular?		
		Rebocava atrelado?		
		Oficina reparadora		
		Endereço e telefone (da oficina)		

7 - OUTROS DANOS MATERIAIS ALÉM DOS CAUSADOS AOS VEÍCULOS IDENTIFICADOS NO Nº 6
Nome e morada dos proprietários _____
Natureza dos danos _____

8 - FERIDOS		
Nome		
Morada		
Profissão e telefone		
Idade		
Nº Beneficiário da Segurança Social		
Lesões sofridas		
Primeiros socorros em		
Hospitalizado em		
Indique se era	Peão ☐ Ocupante do veículo ☐	Peão ☐ Ocupante do veículo ☐

NOTA IMPORTANTE: A presente Participação não serve, por si, de pedido indemnizatório para a regularização dos danos corporais. Se pretende apresentar Pedido de Indemnização para a Regularização do Dano Corporal, indique por escrito o que pretende ver pago por conta dessa Regularização, juntando os documentos necessários ao pagamento.

9 - 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: _____

10 - Pretende formular pedido indemnizatório de lucros cessantes? sim ☐ não ☐

11 - LOCAL E DATA DESTA PARTICIPAÇÃO
_____, ____ de _____ de _____

12 - ASSINATURA DO PARTICIPANTE

1. Data do acidente

Hora

2. Localização

Local: País:

3. Feridos, mesmo ligeiros

não ☐ sim ☐

4. Danos materiais

noutros veículos que não A e B
não ☐ sim ☐

noutros objectos que não veículos
não ☐ sim ☐

5. Testemunhas: nomes, moradas e telef.

VEÍCULO A

6. Segurado/Tomador do seguro (ver documento de seguro)

APELIDO:

Nome:

Morada:

Cód. postal: País:

Tel. ou e-mail:

NIF

7. Veículo

A MOTOR

REBOQUE

Marca, modelo

N.º de matrícula

País de matrícula

N.º de matrícula

País de matrícula

8. Companhia de seguros (ver documento de seguro)

NOME:

Apólice n.º:

N.º de Carta Verde:

Apólice ou Carta Verde válida de: a:

Agência (ou representante ou corretor):

NOME:

Morada:

Cód. postal: País:

Tel. ou e-mail:

Os danos materiais deste veículo estão cobertos pela apólice?
não ☐ sim ☐

9. Condutor (ver licença de condução)

APELIDO:

Nome:

Data de nascimento:

Morada:

Cód. postal: País:

Tel. ou e-mail:

Licença de condução n.º:

Categoria (A, B, ...):

Válida até:

12. CIRCUNSTÂNCIAS

↓

A

1

2

3

4

5

6

7

8

9

10

11

12

13

14

15

16

17

← indicar o número total de quadrados →

13.

↓

B

1

2

3

4

5

6

7

8

9

10

11

12

13

14

15

16

17

13.

Deve obrigatoriamente ser assinada pelos DOIS condutores
Não constitui reconhecimento de responsabilidade, mas a constatação dos factos
e a identificação dos intervenientes, com vista a maior rapidez na regularização
do sinistro.

VEÍCULO B

6. Segurado/Tomador do seguro (ver documento de seguro)

APELIDO:

Nome:

Morada:

Cód. postal: País:

Tel. ou e-mail:

NIF

7. Veículo

A MOTOR

REBOQUE

Marca, modelo

N.º de matrícula

País de matrícula

N.º de matrícula

País de matrícula

8. Companhia de seguros (ver documento de seguro)

NOME:

Apólice n.º:

N.º de Carta Verde:

Apólice ou Carta Verde válida de: a:

Agência (ou representante ou corretor):

NOME:

Morada:

Cód. postal: País:

Tel. ou e-mail:

Os danos materiais deste veículo estão cobertos pela apólice?
não ☐ sim ☐

9. Condutor (ver licença de condução)

APELIDO:

Nome:

Data de nascimento:

Morada:

Cód. postal: País:

Tel. ou e-mail:

Licença de condução n.º:

Categoria (A, B, ...):

Válida até:

10. Indicar por meio de seta → o ponto de embate inicial

11. Danos visíveis no veículo A:

10. Indicar por meio de seta → o ponto de embate inicial

11. Danos visíveis no veículo B:

14. As minhas observações:

15. Assinaturas dos condutores

14. As minhas observações:

PARTICIPAÇÃO DE SINISTRO

Após preenchimento completo dos campos da Declaração Amigável de Acidente Automóvel aplicáveis, preencher adicionalmente os campos seguintes. É indispensável o preenchimento de todos os campos seguintes de acordo com as informações de que disponha, para a aplicação do Regime de Regularização de Sinistros do Decreto-Lei nº 291/2007, de 21 de Agosto.
Sempre que necessário, utilize folha suplementar devidamente assinada.

1 - PARTICIPANTE
SEGURADO/ TOMADOR DO SEGURO ☐ TERCEIRO LESADO ☐

Nome _____
Profissão _____ Telefone _____

2 - CONDUTOR (se não coincidente)
Nome _____
Profissão _____ Telefone _____
Idade _____ É o condutor habitual da viatura? _____ Tem seguro de carta? _____ Caso afirmativo: Seguradora _____
N.º apólice _____

3 - TITULAR DO REGISTO DE PROPRIEDADE (se não coincidente)
Nome _____
Telefone _____
Morada _____
C.P. _____

4 - DESCRIÇÃO PORMENORIZADA DO ACIDENTE Indique a que velocidade seguia o seu veículo: _____ km/h

5 - Foi levantado auto pelas autoridades? _____ ☐ GNR ☐ PSP ☐ Posto/Brigada/Esquadra de: _____
Algun dos intervenientes foi submetido ao teste de pesquisa de álcool? _____ Qual? _____
Resultado do teste: _____

SEGURADO	Duas rodas ☐	6 - DADOS REFERENTES AOS VEÍCULOS	TERCEIRO	Duas rodas ☐
Ligeiro ☐ Pesado ☐ Particular ☐ Aluguer ☐		Características	Ligeiro ☐ Pesado ☐ Particular ☐ Aluguer ☐	
		Cor		
		Titular do registo de propriedade		
		Existiam danos anteriores? Quais		
		Pode circular?		
		Rebocava atrelado?		
		Oficina reparadora		
		Endereço e telefone (da oficina)		

7 - OUTROS DANOS MATERIAIS ALÉM DOS CAUSADOS AOS VEÍCULOS IDENTIFICADOS NO Nº 6
Nome e morada dos proprietários _____
Natureza dos danos _____

8 - FERIDOS		
Nome		
Morada		
Profissão e telefone		
Idade		
Nº Beneficiário da Segurança Social		
Lesões sofridas		
Primeiros socorros em		
Hospitalizado em		
Indique se era	Peão ☐	Ocupante do veículo ☐

NOTA IMPORTANTE: A presente Participação não serve, por si, de pedido indemnizatório para a regularização dos danos corporais. Se pretende apresentar Pedido de Indemnização para a Regularização do Dano Corporal, indique por escrito o que pretende ver pago por conta dessa Regularização, juntando os documentos necessários ao pagamento.

9 - 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: _____

10 - Pretende formular pedido indemnizatório de lucros cessantes? sim ☐ não ☐

11 - LOCAL E DATA DESTA PARTICIPAÇÃO
_____, _____ de _____ de _____

12 - ASSINATURA DO PARTICIPANTE

INSTRUÇÕES

UTILIZAR PARA TODOS OS TIPOS DE ACIDENTE AUTOMÓVEL

PARA O CONDUTOR

Em caso de acidente, quaisquer que sejam as circunstâncias, mantenha-se calmo e seja cortês.

1 - Se houver somente danos materiais:

Apresente, espontaneamente, o cartão de seguro e licença de condução e preencha, tranquilamente, mas com todo o cuidado e com o outro condutor, um só impresso de DECLARAÇÃO AMIGÁVEL DE ACIDENTE AUTOMÓVEL.

2 - Se houver feridos, mesmo ligeiros:

Chame a autoridade — G.N.R. ou P.S.P.

COMO PREENCHER ESTE IMPRESSO

No local do acidente:

1 - Utilize um só impresso para o caso de colisão de 2 veículos, 2 impressos para o caso de 3 veículos, etc.

Não importe quem fornece ou preenche o impresso. Use uma esferográfica e escreva de forma a que o duplicado fique bem legível.

2 - Não esqueça de indicar o solicitado nas rubricas:

8 - Documento de seguro — Cartão, Certificado ou Carta Verde.

9 - Licença de condução.

10 - O ponto de embate inicial, com toda a precisão.

12 - Com uma cruz (X), todos os quadrados que se apliquem para cada veículo, de entre as várias CIRCUNSTÂNCIAS DO ACIDENTE e precisar, ao fundo, o número total de quadrados que foram assinalados.

13 - ESQUEMA DO ACIDENTE (traçado da via, direcção dos veículos, posição no momento do embate, etc.).

3 - Se existirem testemunhas, indique os seus nomes, moradas e telefones.

4 - Assine e faça assinar a declaração pelo outro condutor. Entregue-lhe 1 exemplar e guarde o outro para si.

PARA O SEGURADO

1 - Complete os elementos necessários para a sua Seguradora, preenchendo a PARTICIPAÇÃO DE SINISTRO impressa no verso da DECLARAÇÃO.

2 - Não se esqueça de indicar onde pode o seu veículo ser vistoriado por um perito, se necessário. Para o efeito, contacte a sua Seguradora.

3 - Não altere, em nada, a DECLARAÇÃO AMIGÁVEL feita pelos condutores.

4 - Remeta, com urgência, este impresso à sua Companhia num prazo inferior a 8 dias a contar da data da ocorrência (ver cláusula relativa às "Obrigações do tomador do seguro e do segurado" das Condições Gerais da Apólice).

CASOS ESPECIAIS

1 - Se o outro condutor tiver um impresso de DECLARAÇÃO AMIGÁVEL semelhante, mas em língua diferente, pode usá-lo, sem receio, levando em conta que os números, num e noutro impresso, são de conteúdo e significado igual, podendo seguir com o olhar o impresso português como tradução correcta das perguntas apresentadas, rubrica a rubrica.

2 - Mas, para participar o sinistro à sua Seguradora, deverá o Segurado utilizar o impresso português (verso da DECLARAÇÃO AMIGÁVEL) que lhe for fornecido pela sua Companhia, à qual o deverá devolver, com urgência, depois de preenchido e assinado, juntamente com o exemplar da DECLARAÇÃO AMIGÁVEL assinado pelos condutores.

3 - Este impresso (frente e verso) servirá, também, para comunicar, à sua Companhia sinistros de que resultem, exclusivamente, danos no veículo seguro.

Após a utilização deste impresso, solicite outro exemplar à sua Seguradora e guarde-o na sua viatura.

© Copyright by CEA — Reprodução interdita sem autorização prévia escrita do CEA, titular dos seus direitos de autor. Qualquer alteração ou modificação deste documento sem autorização prévia do CEA será passível de procedimento.

DECLARAÇÃO EUROPEIA DE ACIDENTE

Conforme modelo do Comité Europeu de Seguros

É ESSENCIAL MANTER A CALMA

SER CORTÊS

SER OBJECTIVO

VER INSTRUÇÕES PARA UTILIZAÇÃO