



RESPONDA COM EXACTIDÃO A TODAS AS PERGUNTAS ( Preencher com letras maiúsculas e assinalar com  o pretendido )

Esta participação deve ser remetida à Companhia o mais rapidamente possível e no prazo máximo de 8 dias após o sinistro.

Nenhuma reparação deve ser feita no(s veículo(s) sinistrado(s) sem autorização da Companhia, sob pena de esta não se responsabilizar pelo pagamento.

RESERVADO À COMPANHIA	RISCOS COBERTOS	FRANQUIAS	PRÉMIO _____	PAGO	N.º OCORRÊNCIA
	RC – _____	_____	FORMA PAG.		
	DANOS PRÓPRIOS – _____	_____	A <input type="checkbox"/> 1.º _____ / _____ / _____ <input type="checkbox"/>		
	_____	_____	<input type="checkbox"/> 2.º _____ / _____ / _____ <input type="checkbox"/>		
	_____	_____	S <input type="checkbox"/> 3.º _____ / _____ / _____ <input type="checkbox"/>		
	_____	_____	T <input type="checkbox"/> 4.º _____ / _____ / _____ <input type="checkbox"/>		

<b>1. Data do acidente</b> _____	<b>Hora</b> _____	<b>2. Localização</b> _____	<b>3. Feridos, mesmo que ligeiros</b> não <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/>
----------------------------------	-------------------	-----------------------------	--

**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 )

Nome : \_\_\_\_\_

Morada : \_\_\_\_\_

Tel. ou e-mail : \_\_\_\_\_

NIF : \_\_\_\_\_

**7. Veículo**

Marca	Modelo
_____	_____
Matrícula	N.º de lugares
_____	_____

**8. Companhia de seguros** ( ver documento de seguro )

SEGURADORA : \_\_\_\_\_

Apólice n.º \_\_\_\_\_

Válida de \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_

Os danos deste veículo estão cobertos pela apólice ?  
não  sim

**9. Condutor** ( ver licença de condução )

NOME : \_\_\_\_\_

Data de nascimento : \_\_\_\_\_

Morada : \_\_\_\_\_

Tel. ou e-mail : \_\_\_\_\_

Licença de condução n.º : \_\_\_\_\_

Categoria (A, B, ) : \_\_\_\_\_

Válida até : \_\_\_\_\_

**12. CIRCUNSTÂNCIAS**

↓ Marcar com uma cruz (X) no respectivo quadrado as circunstâncias aplicáveis a cada veículo para melhor compreensão do esquema do acidente ↓

**A** \* Riscar o que não interessa

1 \* Estava estacionado / Parado

2 \* Saía de estacionamento / Abria uma porta

3 Ia estacionar

4 Saía de um parque de estacionamento, de local privado ou de um caminho particular

5 Entrava num parque de estacionamento, local privado ou num caminho particular

6 Entrava numa rotunda ou praça de sentido giratório

7 Circulava numa rotunda ou praça de sentido giratório

8 Embateu na traseira de outro veículo que circulava no mesmo sentido e na mesma fila

9 Circulava no mesmo sentido mas numa fila diferente

10 Mudava de fila

11 Ultrapassava

12 Virava à direita

13 Virava à esquerda

14 Recuava

15 Circulava na parte da faixa de rodagem reservada à circulação em sentido contrário

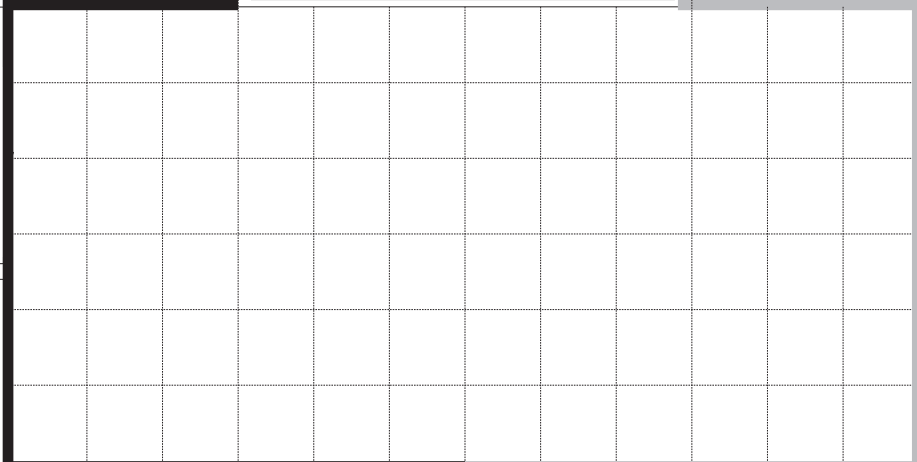
16 Apresenta-se pela direita (num cruzamento ou entroncamento)

17 Não respeitou um sinal de dar prioridade ou um semáforo vermelho

**indicar o número total de quadrados marcados com uma cruz (X)**

**13. Esquema do acidente no momento do embate**

Indicar : 1. O traçado das vias - 2. Direcção (por meio de setas) dos veículos A e B - 3. Posição no momento do embate - 4. Sinais de trânsito - 5. Nome das ruas ou estradas.



**VEÍCULO B**

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

Nome : \_\_\_\_\_

Morada : \_\_\_\_\_

Tel. ou e-mail : \_\_\_\_\_

NIF : \_\_\_\_\_

**7. Veículo**

Marca	Modelo
_____	_____
Matrícula	N.º de lugares
_____	_____

**8. Companhia de seguros** ( ver documento de seguro )

SEGURADORA : \_\_\_\_\_

Apólice n.º \_\_\_\_\_

Válida de \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_

Os danos deste veículo estão cobertos pela apólice ?  
não  sim

**9. Condutor** ( ver licença de condução )

NOME : \_\_\_\_\_

Data de nascimento : \_\_\_\_\_

Morada : \_\_\_\_\_

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 A :**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_



# PARTICIPAÇÃO DE SINISTRO

Após preenchimento completo dos campos anteriores aplicáveis, preencher adicionalmente os campos seguintes.(1)

1 – PARTICIPANTE      SEGURADO / TOMADOR DO SEGURO       TERCEIRO LESADO   
Nome \_\_\_\_\_ Profissão \_\_\_\_\_ Telemóvel \_\_\_\_\_

2 – CONDUTOR ( se não coincidente )  
Nome \_\_\_\_\_  
Profissão \_\_\_\_\_ Telemóvel \_\_\_\_\_  
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 \_\_\_\_\_  
Telemóvel \_\_\_\_\_  
Morada \_\_\_\_\_  
C. P. \_\_\_\_\_

4 – DESCRIÇÃO PORMENORIZADA DO ACIDENTE      Indique a que velocidade seguia o seu veículo : \_\_\_\_\_ km / h  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

5 – Foi levantado auto pelas autoridades ? \_\_\_\_\_ Posto / Brigada / Esquadra de : \_\_\_\_\_  
Alguns dos intervenientes foi submetido ao teste de pesquisa de álcool : \_\_\_\_\_ Qual ? \_\_\_\_\_ Resultado do teste : \_\_\_\_\_

SEGURADO	Duas rodas <input type="checkbox"/>	6 – DADOS REFERENTES AOS VEÍCULOS	TERCEIRO	Duas rodas <input type="checkbox"/>
Ligeiro <input type="checkbox"/> Pesado <input type="checkbox"/> Particular <input type="checkbox"/> Aluguer <input type="checkbox"/>		Características	Ligeiro <input type="checkbox"/> Pesado <input type="checkbox"/> Particular <input type="checkbox"/> Aluguer <input type="checkbox"/>	
_____		Cor do Veículo	_____	
_____		Titular do registo de propriedade	_____	
_____		Existiam danos anteriores ? Quais	_____	
_____		Pode circular ?	_____	
_____		Rebocava atrelado ?	_____	
_____		Oficina reparadora	_____	
_____		Endereço e telefone	_____	
_____			_____	

7 – OUTROS DANOS MATERIAIS ALÉM DOS CAUSADOS AOS VEÍCULOS IDENTIFICADOS NO N.º 6  
Nome e morada dos proprietários \_\_\_\_\_  
Natureza dos danos \_\_\_\_\_

8 – FERIDOS		
Nome	_____	_____
Morada	_____	_____
Profissão e idade	_____	_____
Lesões sofridas	_____	_____
Primeiros socorros em	_____	_____
Hospitalizado em	_____	_____
Indique se era	Peão <input type="checkbox"/> Ocupante do veículo <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B	Peão <input type="checkbox"/> Ocupante do veículo <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B

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 – LOCAL E DATA DESTA PARTICIPAÇÃO  
\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

11 – ASSINATURA DO PARTICIPANTE  
\_\_\_\_\_

( 1 ) Sempre que necessário utilizar folha suplementar devidamente assinada

TRANQUILIDADE  
CORPORAÇÃO ANGOLANA DE SEGUROS, S.A.  
Capital Social Integralmente Realizado : USD 12.000.000  
Contribuinte n.º 5402150761

Sede Edifício ESCOM  
Rua Marechal Brós Tito, 35  
15.º D – Luanda – Angola  
Site www.tranquilidade.co.ao

E-mail apoio@tranquilidade.co.ao  
Telefones 936197350 / 1 / 2  
Fax 936197349

