



1 Date of accident Time **2** Locality - Country - Place

3 Injuries even if slight
no yes

4 Material damage
other than to vehicles A and B: no yes objects other than vehicles: no yes

5 Witnesses: names, addresses, tel.

Vehicle A

6 Insured/policyholder* * see insurance certificate
Surname
First name
Address
Postcode Country
Tel. or e-mail

7 Vehicle

Motor:
Make, type
Registration No.
Country of registration

Trailer:
Registration No.
Country of registration

8 Insurance company (see insurance certificate)
Surname
Policy No.
Green Card No.
Insurance Certificate or Green Card valid from to
Agency (or bureau, or broker)
Address
Country
Tel. or e-mail
Does the policy cover material damage to the vehicle? no yes

9 Driver (see driving licence)
Surname
First name
Date of birth
Address
Country
Tel. or email
Driving licence No.
Category (A, B, ...)
Driving licence valid until:

Circumstances

Put a cross in each of the relevant boxes to help explain the drawing -* delete where appropriate:

A	What happened?	B
<input type="checkbox"/>	* parked / stopped	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	* leaving a parking space / opening a vehicle door	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	entering a parking space	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	*emerging from a parking space, from private premises, from a track	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	*entering a parking space, private premises, a track	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	entering a roundabout	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	circulating a roundabout	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	striking the rear of the other vehicle in the same line of traffic and travelling in the same direction	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	going in the same direction but in a different line of traffic	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	changing lines of traffic	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	overtaking	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	turning to the right	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	turning to the left	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	reversing	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	changing to a lane reserved for traffic in the opposite direction	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	coming from the right (at a junction)	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	had not observed a priority sign or a red light	<input type="checkbox"/>

← State the number of boxes marked with a cross →

13 Sketch of accident when impact occurred
Complete your sketch later: www.AccidentSketch.com
Indicate 1. the layout of the road 2. by arrows the direction of the vehicles A, B 3. their position at the time of impact 4. the road signs 5. names of the streets or roads

Vehicle B

6 Insured/policyholder* * see insurance certificate
Surname
First name
Address
Postcode Country
Tel. or e-mail

7 Vehicle

Motor:
Make, type
Registration No.
Country of registration

Trailer:
Registration No.
Country of registration

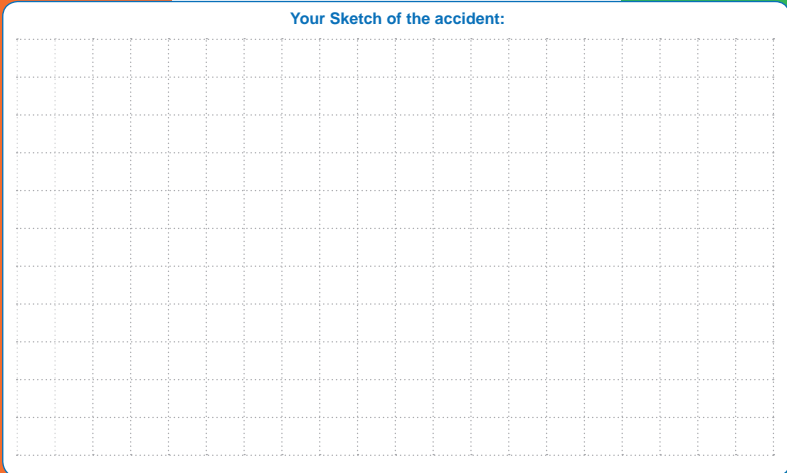
8 Insurance company (see insurance certificate)
Surname
Policy No.
Green Card No.
Insurance Certificate or Green Card valid from to
Agency (or bureau, or broker)
Address
Country
Tel. or e-mail
Does the policy cover material damage to the vehicle? no yes

9 Driver (see driving licence)
Surname
First name
Date of birth
Address
Country
Tel. or email
Driving licence No.
Category (A, B, ...)
Driving licence valid until:



11 Visible damage to vehicle A:

14 My remarks:



15 Signatures of the drivers

A **B**



11 Visible damage to vehicle B:

14 My remarks:



1 Data do acidente Horário **2** Cidade - País - Cidade:

3 Feridos, inclusive ferimentos leves
 não sim

4 Danos materiais em
 outros veículos além de A e B outros objectos além dos veículos
 não sim não sim

5 Testemunhas nomes, endereços, telefones

Veículo A

6 Segurado* (ver apólice do egurado)

Apelido
 Nome
 Endereço
 Código Postal: País
 Telefone ou e-mail:

7 Veículo

VEÍCULO MOTORIZADO: REBOQUE:

Marca, tipo
 Matrícula Matrícula
 País de matrícula País de matrícula

8 Seguradora (ver apólice do segurado)

Nome
 Número do contrato
 Número do cartão verde
 Apólice de seguro ou cartão verde válido de de até
 Escritório (ou corretor de seguros)

Nome
 Endereço
 Telefone ou e-mail
 Os danos materiais no veículo estão seguros baseados no contrato? não sim

9 Condutor (ver carta de condução)

Apelido
 Nome
 Data de nascimento
 Endereço
 País
 Telefone ou e-mail
 Número carta de condução
 Classe (A, B, ...)
 Carta de condução válida até:

CONDIÇÕES DO ACIDENTE

12 Marcar cada campo respectivo para demonstrar o esboço. - * Riscar o que não se aplicar

A	O que aconteceu?	B
1	*Esta estacionada / Parado	1
2	*Saía de uma vaga de estacionamento/ Abriu uma porta do veículo	2
3	a estacionar	3
4	*Saía de uma vaga de estacionamento, de local privado ou de caminho particular	4
5	*Entrava num parque de estacionamento, local privado ou de um caminho particular	5
6	Entrava numa rotunda	6
7	Circulava numa rotunda	7
8	Embateu na traseira de outro veículo que circulava no mesmo sentido e na mesma fila	8
9	Circulava no mesmo sentido mas numa fila diferente	9
10	Mudava de fila	10
11	Ultrapassava	11
12	Virava à direita	12
13	Virava à esquerda	13
14	Recuava	14
15	Circulava na parte da faixa de rodagem reservada à circulação em sentido contrário	15
16	Veio da direita (em um cruzamento)	16
17	Não respeitou um sinal de dar prioridade ou um semáforo vermelho	17

← **Favor indicar a quantidade de campos marcados** →

13 Esboço do acidente na hora da colisão
 Completa o desenho mais tarde aqui: www.AccidentSketch.com
 Favor indicar 1. disposição das pistas de rolamento 2. direcção de marcha dos veículos A e B através de flechas; 3. sua posição na hora da colisão 4. os sinais de trânsito 5. os nomes das ruas

Veículo B

6 Segurado* (ver apólice do egurado)

Apelido
 Nome
 Endereço
 Código Postal: País
 Telefone ou e-mail:

7 Veículo

VEÍCULO MOTORIZADO: REBOQUE:

Marca, tipo
 Matrícula Matrícula
 País de matrícula País de matrícula

8 Seguradora (ver apólice do segurado)

Nome
 Número do contrato
 Número do cartão verde
 Apólice de seguro ou cartão verde válido de de até
 Escritório (ou corretor de seguros)

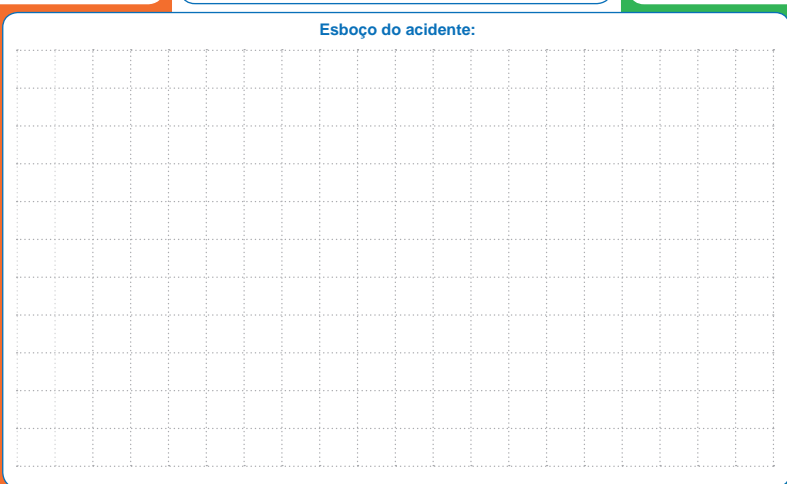
Nome
 Endereço
 Telefone ou e-mail
 Os danos materiais no veículo estão seguros baseados no contrato? não sim

9 Condutor (ver carta de condução)

Apelido
 Nome
 Data de nascimento
 Endereço
 País
 Telefone ou e-mail
 Número carta de condução
 Classe (A, B, ...)
 Carta de condução válida até:



11 Danos visíveis no veículo A:



11 Danos visíveis no veículo B:

14 Comentários pessoais:

15 Assinaturas dos condutores

A →

← **B**

14 Comentários pessoais: