

CLIENTE Nº

APÓLICE Nº

PROCESSO Nº

## 1. IDENTIFICAÇÃO DO SEGURADO

Nome

Morada

Localidade  Cód. Postal  -

Telefone

Companhia de Seguros  Nº de Apólice

## 2. EM CASO DE SINISTRO AUTOMÓVEL

**IDENTIFICAÇÃO DO VEÍCULO**

Marca  Matrícula

**IDENTIFICAÇÃO DO CONDUTOR**

Nome

Morada

Localidade  Cód. Postal  -

Telefone

Nº da Carta

**A QUE TÍTULO FAZIA A CONDUÇÃO**

Empréstimo por cortesia ou familiar  Proprietário  Ao serviço do proprietário

**MOTIVO DA PARTICIPAÇÃO**

Reclamação de Danos  Defesa em processo penal

## 3. IDENTIFICAÇÃO DA PARTE CONTRÁRIA

Nome

Morada

Localidade  Cód. Postal  -

Telefone / Fax

Companhia de Seguros  Nº de Apólice

Marca  Matrícula

## 4. TESTEMUNHAS

Nome

Morada

Localidade  Cód. Postal  -

Nome

Morada

Localidade  Cód. Postal  -

**INTERVENÇÃO DA AUTORIDADE**

SIM  NÃO QUAL?

5. ORIGEM DO LITÍGIO

6. AÇÕES DESENVOLVIDAS
Já reclamou? <input type="checkbox"/> Sim      A quem? <input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Não      Em que data? <input type="text"/>
Valor da reclamação (euros) <input type="text"/>
Situação actual
<input type="text"/>
<input type="text"/>

7. OUTRAS INFORMAÇÕES
<input type="text"/>
<input type="text"/>
<input type="text"/>
<input type="text"/>

8. DOCUMENTOS RELEVANTES A JUNTAR:
Declaração amigável de acidente de viação e ou participação de acidente de viação das autoridades, quantificação do prejuízo (orçamento, peritagem, factura), posição da parte contrária.
Data ____/____/____
Assinatura _____

CONTACTOS:  
CARAVELA Assistência  
R. Campos Júnior 3 A - 1070-306 Lisboa  
Serviço de Protecção Jurídica  
Telefone: 308 813 339  
e-mail: [sinistros@caravelaseguros.pt](mailto:sinistros@caravelaseguros.pt)  
Horário de Atendimento: 8h00 - 18h00 (dias úteis)