



PARTICIPAÇÃO DE SINISTRO - GAP

Por favor, siga rigorosamente as seguintes instruções:

1. Preencha todos os campos utilizando letra bem legível.
2. Deverá participar qualquer sinistro no **prazo máximo de 7 dias úteis**, facultando à Seguradora, entre outros que possam vir a ser solicitados, os seguintes documentos (quando aplicável):

- Cópia do Auto de Ocorrência elaborado pelas autoridades e exames toxicológicos para pesquisa de álcool e substâncias ilícitas, caso tenha sido efectuado;
- Cópia da carta de condução do condutor aquando do sinistro;
- Cópia do relatório hospitalar ou serviços de emergência caso tenham intervindo;
- Cópia do relatório de peritagem efectuado pela seguradora automóvel;
- Cópia do recibo de liquidação definitiva pela perda do veículo, emitido e suportado pela entidade seguradora responsável pelos danos (Responsabilidade Civil de 3ºs ou Danos Próprios da viatura);
- Factura de compra inicial do veículo, patenteando todos os conceitos de custo, acompanhada de fotocópia da documentação técnica do veículo;
- Cópia da Apólice de Seguro Automóvel;
- Cópia dos Documentos da Viatura;
- Documento de sub-rogação da Cardif relativamente a terceiros, na medida da indemnização que seja devida;

1. **Após ter cumprido todas as instruções anteriores**, proceda à devolução desta Participação, e de todos os Documentos solicitados para a Cardif. Por favor, apenas proceda ao envio da Participação de Sinistro após ter obtido todos os Documentos solicitados, evitando dispersão de informações. Enquanto a Participação de Sinistro estiver a ser analisada pela Seguradora, deverá manter os pagamentos, que, caso venham a ser responsabilidade da Seguradora, lhe serão devolvidos.

DADOS OBRIGATÓRIOS

O não preenchimento destes campos invalida por parte da CARDIF toda e qualquer análise do Sinistro.

Nome:	<input type="text"/>	NIF:	<input type="text"/>
Morada:	<input type="text"/>	Localidade:	<input type="text"/>
Código Postal:	<input type="text"/>	Profissão:	<input type="text"/>
Telefone(s):	<input type="text"/>	Data de nascimento:	<input type="text"/>
N.º Contrato:	<input type="text"/>	<small>(dd/mm/aaaa)</small>	
Produto:	<input type="text"/>	Data de Adesão:	<input type="text"/>
		<small>(dd/mm/aaaa)</small>	
Nome Oficina:	<input type="text"/>	Contacto Oficina:	<input type="text"/>
Morada Oficina:	<input type="text"/>		

DECLARAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO

Autorizo, por este meio, qualquer pessoa ou entidade a prestar declarações à Seguradora relativas a este Sinistro.

(Caso o próprio não possa assinar os campos abaixo deverão ser preenchidos por um familiar)

Nome: Parentesco:

Assinatura: _____ Data: ____ / ____ / ____.