



## Aviso de sinistro de colisão

\* Preencher os dados de acordo com o solicitado

### Dados do segurado

|                               |                      |                      |                      |
|-------------------------------|----------------------|----------------------|----------------------|
| Nome do segurado:             | CPF (obrigatório):   |                      |                      |
| <input type="text"/>          | <input type="text"/> |                      |                      |
| Endereço completo com número: | Complemento:         |                      |                      |
| <input type="text"/>          | <input type="text"/> |                      |                      |
| Bairro:                       | Município:           | UF:                  | CEP:                 |
| <input type="text"/>          | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| e-mail:                       | Telefone fixo:       | Telefone celular:    |                      |
| <input type="text"/>          | <input type="text"/> | <input type="text"/> |                      |

### Dados do veículo sinistrado

|                      |                      |                      |                      |
|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|
| Marca:               | Modelo:              | Ano FAB:             | Ano MOD:             |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Cor:                 | Placa:               | Chassi:              |                      |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |                      |

### Dados do acidente

|   |                        |   |   |                      |
|---|------------------------|---|---|----------------------|
| Nome do motorista (no ato do acidente):     | Nº CNH (anexar cópia): |   |   |                      |
| <input type="text"/>                        | <input type="text"/>   |   |   |                      |
| Endereço do motorista completo com número:  | Complemento:           |   |   |                      |
| <input type="text"/>                        | <input type="text"/>   |   |   |                      |
| Bairro:                                     | Município:             | UF:   | CEP:  |                      |
| <input type="text"/>                        | <input type="text"/>   | <input type="text"/>                                | <input type="text"/>                            |                      |
| Telefone fixo:                              | Telefone celular:      | Data de nascimento:                                 | Tempo de habilitação:                           | Estado civil         |
| <input type="text"/>                        | <input type="text"/>   | <input type="text"/>                                | <input type="text"/>                            | <input type="text"/> |
| Data do acidente:                           | Hora:                  | Realizada ocorrência policial?                      | Onde? (Nome Distrito Policial ou Nº da viatura) |                      |
| <input type="text"/>                        | <input type="text"/>   | <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não | <input type="text"/>                            |                      |
| Local do acidente (Av., Rua, Estrada, etc.) |                        |   |   |                      |
| <input type="text"/>                        |                        |   |   |                      |
| Bairro:                                     | Município:             | UF:   | CEP:  |                      |
| <input type="text"/>                        | <input type="text"/>   | <input type="text"/>                                | <input type="text"/>                            |                      |

Descrição detalhada do acidente

Utilização do veículo no momento do acidente:

Trabalho  Escola  Lazer

Quem é o culpado pelo acidente?

Veículo segurado  Veículo terceiro

Explique o porquê da culpa indicada:

Descreva os danos aparentes no veículo segurado:

---

### Dados do terceiro causador do acidente

Nome:

CPF:

Endereço completo com número:

Complemento:

Bairro:

Município:

UF:

CEP:

e-mail:

Telefone fixo:

Telefone celular:

---

### Dados do veículo do terceiro (preencha o que puder)

Marca:

Modelo:

Ano FAB:

Ano MOD:

Cor

Placa

Chassi

Veículo é segurado?

Sim  Não

Cia. Seguradora

---

### Dados para vistoria do veículo segurado

Local para vistoria do veículo (nome da oficina)

Endereço da oficina completo com número:

Complemento:

Bairro:

Município:

UF:

CEP:

e-mail:

Telefone fixo:

Telefone FAX:

Veículo foi guinchado?

Sim  Não

Por quem?

---

### Declaração do segurado

Declaro que as informações prestadas neste documento são a expressão da verdade em todos os seus detalhes.

\* Assinale a declaração acima para que o formulário seja enviado e/ou impresso

Local

Data