

CARTÃO DE COLISÃO



Caso você se envolva em acidente de trânsito, ainda que pequeno, preencha este cartão para toda e qualquer colisão.

1. PARE

2. Tente manter a calma. Caso seja provocado por outras pessoas, não argumente ou demonstre agressividade.

3. Se alguém estiver machucado ou haja danos a veículos e/ou propriedades, ligue para os serviços de emergência.

Caso a polícia visite o local do acidente, pegue os dados do oficial, como nome completo e outras informações.

4. Utilize o **Cartão para Colisões** para registrar os dados sobre a colisão. Converse com terceiros e anote nome completo, meio de contato e endereço dos mesmos.

ESCREVA EM LETRAS DE FORMA PARA NÃO TER PROBLEMAS COM ERRO DE INFORMAÇÃO DEPOIS.

5. Registre a cena com uma máquina fotográfica ou uma câmera de celular. Tire fotos de diferentes ângulos e de todos os detalhes do acidente como posição de impacto, danos a veículos, danos a propriedades e terceiros, marcas de frenagem, sinalização de trânsito, placas dos veículos.

6. Assim que possível, entre em contato com seu gestor e/ou departamento de seguros através do número de telefone:

Nissan Way (24h): 0800-0111090
Seguro terceiros: 0300 33 86546
Apólice: 3120023062069



FORMULÁRIO A SER GUARDADO PELO MOTORISTA DA COMPANHIA:

DETALHES DA COLISÃO

Data: ____ / ____ / ____.

Horário: _____.

Local (endereço, referências): _____.

Condições da via: _____.

Velocidade limite: _____.

DETALHES DO POLICIAL/AGENTE

Alguma viatura visitou o local do acidente: Sim / Não

Nome do oficial: _____.

Telefone: _____.

Identificação do oficial: _____.

DANOS A OUTROS VEÍCULOS/PROPRIEDADES

Caso seja necessário, use mais de um cartão

Tipo de veículo: _____, Marca/Modelo: _____.

Nome do motorista: _____, CNH: _____.

Endereço: _____.

Telefone: _____.

Descrição dos danos: _____.

TESTEMUNHAS

Nome de testemunha 1: _____.

Endereço da testemunha 1: _____.

Telefone da testemunha 1: _____.

Assinatura testemunha 1 _____

Nome de testemunha 2: _____.

Endereço da testemunha 2: _____.

Telefone da testemunha 2: _____.

Assinatura testemunha 2 _____




DESCREVA BREVEMENTE O ACONTECIMENTO:

INFORMAÇÕES DA EMPRESA

Tipo do veículo: _____, Marca/ Modelo: _____.
Registro do veículo: _____
Subsidiária/ Matriz: _____
Seu nome completo: _____
Telefone: () _____
Descrição dos danos ao veículo da empresa: _____

Assinatura: _____
Data: ____ / ____ / ____
Outros detalhes (Feridos, etc.): _____

COMPLETE, DESTAQUE O FORMULÁRIO ABAIXO E DÊ PARA O TERCEIRO.
(Envolvido no acidente)

 Se houver mais de um terceiro envolvido no acidente, use mais de um formulário.





DETALHES DA COLISÃO

Data: ___ / ___ / ____.

Horário: _____.

Local: _____.

Nome do Condutor da Empresa: _____.

Identificação do veículo na frota e placas: _____.

Telefone de contato: (___) _____.

Assinatura condutor _____.

Caro Terceiro,

Se você considera que o acidente foi culpa do motorista da empresa, por favor, entre em contato pelo telefone (___) _____ durante o horário comercial.

Empresa: _____.

Endereço: _____.

Supervisor: _____.