

TERMO DE ACIONAMENTO – ASSOCIADO

TIPO DE ACIONAMENTO

Colisão Incêndio Fenômenos da natureza

Vidros Peça acionada: _____

DATA DE COMUNICAÇÃO PARA ASSOCIAÇÃO: / / HORA DA COMUNICAÇÃO: :

**ESTE CAMPO DEVE SER PREENCHIDO OBRIGATORIAMENTE PELA ASSOCIAÇÃO.*

ASSOCIADO:

CPF:

IDENTIDADE:

ENDEREÇO:

E-MAIL:

TELEFONES:

Ao assinar este Termo, concordo em receber notificações e informações sobre o evento através do endereço, e-mail, telefone ou WhatsApp acima informado.

MARCA:

MODELO:

PLACA:

ANO:

CONDUTOR DO VEÍCULO:

CPF:

TELEFONES:

Condutor é habilitado para a categoria do veículo? SIM NÃO

O acionamento será para: (havendo terceiro, preencher as informações abaixo.) ASSOCIADO TERCEIRO

O Terceiro é vítima ou causador do acidente? VÍTIMA CAUSADOR

TERCEIRO:

CPF:

PLACA:

TELEFONES:

ENDEREÇO SAÍDA ASSOCIADO:

ENDEREÇO DESTINO ASSOCIADO:

Nº BOLETIM DE OCORRÊNCIA:

DATA DO ACIDENTE:

/ /

HORA DO ACIDENTE:

:

DATA DO B.O.:

/ /

HORA DO B.O.:

:

TESTEMUNHA:

TELEFONES:

Exame toxicológico ou bafômetro exigido no momento do acidente?

SIM

NÃO

O exame foi realizado no momento pelo Associado?

SIM

NÃO

Como o veículo era utilizado?

PARTICULAR

TRABALHO

Ingeriu bebida alcoólica antes do acidente?

SIM Quanto tempo antes? _____

NÃO

Faz uso de remédio controlado?

SIM

NÃO

Quando dormiu pela última vez?

Acidente ocorreu por cansaço/sonolência?

SIM

NÃO

Acionou o 190 após o acidente?

SIM

NÃO

Se não, por qual motivo não acionou? Justificar.

Acionou o 0800 da Associação/Assistência 24 horas após o acidente?

SIM

NÃO

*Se não, por qual motivo não acionou? Justificar.***VALOR DA PARTICIPAÇÃO: R\$**

Declaro expressamente que concordo com o valor da participação acima cobrada, seja ela em consonância com o regulamento, ou via acordo entre as partes. Ao assinar o presente Termo, abro mão da discussão do valor acima disposto, seja judicialmente ou administrativamente.

Venho, por meio deste, solicitar o acionamento do benefício da proteção veicular oferecido por esta Associação, tendo em vista que me envolvi em acidente, conforme B.O e descrição abaixo apresentada.

Declaro ter ciência de que haverá uma sindicância para apuração da causa e danos, cujo prazo máximo será de 20 (vinte) dias úteis em caso de colisão, podendo a Associação dispensar ou antecipar tal procedimento caso considere desnecessário. A notificação sobre o resultado da sindicância será comunicado através de notificação direcionada por carta, e-mail, sms ou WhatsApp. **CASO SEJA NECESSÁRIA A CONTRATAÇÃO DE PERÍCIA TÉCNICA ESPECIALIZADA, O PRAZO DE SINDICÂNCIA PODERÁ SER DILATADO ATÉ SUA CONCLUSÃO.**

Declaro ainda ter ciência de que para ter direito ao benefício devo estar em dia com os pagamentos, sendo minha proteção suspensa após 00:00 do dia seguinte ao vencimento. Em caso de inadimplência, declaro ter ciência ainda de que a suspensão da minha proteção e benefícios permanecerá até que seja realizada nova vistoria em meu veículo.

Em caso de B.O. registrado tardiamente poderá o Associado ter seu acionamento negado ou penalizado, conforme Regulamento.

A sindicância/reparo do veículo somente será iniciada após a entrega de todos os documentos necessários e previstos em Regulamento, além do pagamento da taxa de participação.

Não haverá, contudo, estipulação de prazo para entrega do veículo em caso de reparos de eventos, visto que a disponibilidade de oficinas e a disponibilidade de peças no mercado, dentre outros fatores, fogem do controle da AGN CLUBE DE BENEFÍCIOS.

DESCRIÇÃO DE FORMA SIMPLES E DIRETA DO OCORRIDO PELO ASSOCIADO

CROQUI DO ACIDENTE

CÓPIAS DE DOCUMENTOS entregues no ato da abertura do evento:

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> BOLETIM DE OCORRÊNCIA | <input type="checkbox"/> DOC. DO VEÍCULO | <input type="checkbox"/> HABILITAÇÃO DO CONDUTOR |
| <input type="checkbox"/> FOTOS DO ACIDENTE | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Declaro estar ciente de que não posso entrar em acordo com terceiros envolvidos sem a anuência da Associação, ou fazer falsa declaração de responsabilidade do acidente para beneficiar a mim ou a terceiro, sob pena de perda de todos os direitos junto à associação, e ainda de responder civil e criminalmente pelos atos ilícitos praticados, inclusive por prestar falsa declaração à autoridade policial.

A emissão do presente documento não implica no prévio reconhecimento por parte da Associação quanto ao direito em fazer jus aos reparos ou receber qualquer indenização, ficando condicionada à análise das coberturas e condições dos benefícios contratados de acordo com o Regulamento da Associação.

Ao assinar o presente termo, declaro para os devidos fins e efeitos que as informações prestadas são verdadeiras e completas, declaro ainda estar ciente que caso seja constatada qualquer omissão, inexistência e/ou irregularidade nas informações aqui apresentadas, que contrariem o disposto no Regulamento vigente e Termo de Adesão, bem como na Legislação Civil, perderei o direito à indenização da proteção contratada.

Declaro estar ciente ainda de que todos os direitos referentes à cobrança dos prejuízos provenientes do referido acidente são da Associação, que ao arcar com o conserto do veículo sub-rogou-se em tal direito, nos termos do art. 347 do código civil e do regulamento do programa de proteção veicular, tendo esta exclusiva legitimidade para interpor cobrança judicial ou extrajudicial diante do causador do acidente.

_____, ____ de _____ de _____.
Cidade *Data completa*

Assinatura do Associado

Assinatura do Condutor (se houver)