SOMPO SEGUROS

FORMULÁRIO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS, AUTORIZAÇÃO DE CRÉDITO E TERMO DE QUITAÇÃO DE SINISTRO - PESSOA JURÍDICA
TERCEIRO

SINISTRO Nº		**DATA DO SINISTRO**		**RAMO**	
BEM SINISTRADO		**APÓLICE**			

DADOS CADASTRAIS TERCEIRO

Razão Social			
CNPJ		**Ramo de Atividade**	
Endereço			
Bairro		**CEP**	
Cidade		**UF**	
Telefone		**E-mail**	

DADOS BANCÁRIOS DO TERCEIRO ACIMA – SOMENTE PARA CONTA CORRENTE

Relação de bancos conveniados com a Seguradora:
ABN-AMRO / BANCOB / BANCO DE BRASÍLIA / BANCO DO BRASIL / BANRISUL / BRADESCO / CEF / CITIBANK
HSBC / ITAÚ / MERCANTIL / PAULISTA / SAFRA / SANTANDER / SICREDI

Declaro(amos) que a Seguradora não será responsável pelo descumprimento do pagamento da indenização, se este for oriundo de erro de dados cadastrais e bancários abaixo fornecidos:

Nome do Banco	Número do Banco	Número da Agência	Dígito da Agência	Número da Conta Corrente	Dígito Conta Corrente

Autorizo(amos) a Seguradora a efetuar o crédito no banco e conta corrente acima indicados.
Com a efetivação do crédito e o consequente pagamento da indenização, outorgo à SOMPO SEGUROS S/A e ao Segurado, livre de qualquer coação ou pressão, a mais ampla, plena, geral, irrevogável e irretratável quitação para nada mais reclamar, seja a que título for, em Juízo ou fora dele, no presente ou no futuro, com relação a todos os danos experimentados em virtude do sinistro, inclusive, mas sem limitação, aos danos corporais, danos materiais, pensão mensal vencida e vincenda, lucros cessantes, inatividade temporária, despesas médico hospitalares, danos morais, danos estéticos, danos emergentes e honorários advocatícios, renunciando expressamente do direito de pleitear qualquer indenização em face da Seguradora e do Segurado.

DOCUMENTOS DE APRESENTAÇÃO OBRIGATÓRIA:

- CNPJ, cópia do contrato social e da última alteração.

Faturamento anual:

( ) Até R$ 500.000,00 ( ) De R$ 500.000,01 a R$ 1.000.000,00 ( ) De R$ 1.000.000,01 a R$ 2.500.000,00
( ) De R$ 2.500.000,01 a R$ 5.000.000,00 ( ) Acima de R$ 5.000.000,01 ( ) Não desejo informar

QUALIFICAÇÃO DOS REPRESENTANTES LEGAIS E ADMINISTRADORES

Nome		**PEP? *** ( ) sim ( ) não ( ) Relacionamento Próximo
CPF	**Cargo/Função**	
Nome		**PEP? *** ( ) sim ( ) não ( ) Relacionamento Próximo
CPF	**Cargo/Função**	
Nome		**PEP? *** ( ) sim ( ) não ( ) Relacionamento Próximo
CPF	**Cargo/Função**	

*** Pessoas Politicamente Expostas (PEP) –** São pessoas que desempenham ou tenham desempenhado nos últimos cinco anos, no Brasil ou em territórios estrangeiros, cargos, empregos ou funções públicas relevantes, bem como os seus familiares, representantes e outras pessoas de seu relacionamento próximo.

Nome do Responsável pela Empresa		**CPF**	
Assinatura do responsável		**Data**	

Conforme determina a Circular SUSEP 445/12, a entrega deste formulário preenchido é obrigatória no processo de regulação de sinistro e não implica no pagamento de indenização pela Seguradora, o qual poderá ser realizado somente após a análise do sinistro. A Circular pode ser consultada no Site da SUSEP - www.susep.gov.br

TODOS OS CAMPOS DO FORMULÁRIO SÃO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO