|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **DADOS DO SINISTRO** | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Sinistro N°:**       **Ramo:** Escolher um item. | | | | | | | | | Segurado  Terceiro  Beneficiário | | | | | | |
| **Apólice:** | | | **Bem Sinistrado:** | | | | | | | **Data do Sinistro:** | | | | | |
| **DADOS CADASTRAIS** | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Razão Social:** | | | | | | | | | | | | | | | |
| **CNPJ:** | | | | | | **Ramo de Atividade:** | | | | | | | | | |
| **Endereço:** | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Bairro:** | | **CEP:** | | | | **Cidade:** | | | | | | | | | **UF:** |
| **Telefone:** | | | | | | **E-mail:** | | | | | | | | | |
| **DADOS BANCÁRIOS DO SEGURADO/TERCEIRO/BENEFICIÁRIO (DESCRITO ACIMA)** | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Nome do Banco:** | **Número do Banco:** | | | | **Conta:**  **Corrente**  **Poupança** | | | | | | | **Tipo da Conta:**  **Individual**  **Conjunta** | | | |
| **Nome completo do 1º titular da conta conjunta:** | | | | | | | **CPF do 1º titular da conta conjunta:** | | | | | | | | |
| **\*\* Disponibilizar RG e CPF ou CNH do 1º titular da conta conjunta, caso este não seja o segurado/ beneficiário.** | | | | | | | | **Número da agência:** | | | | | **Número da Conta:** | | |
| Com o recebimento ou a efetivação do crédito na **Conta indicada**, outorgo à SOMPO CONSUMER SEGURADORA S/A a mais ampla, geral, irrevogável e irretratável quitação para nada mais reclamar em juízo ou fora dele, no que se refere ao sinistro acima indicado, operando-se, assim, a sub-rogação de todos os direitos em favor da referida Seguradora. Responsabilizo-me pela exatidão dos dados fornecidos e assumo integralmente a responsabilidade perante esta Seguradora e/ou terceiros por quaisquer prejuízos advindos, caso constatada a irregularidade desses dados.  Declaro ter plena ciência da obrigação de comunicar à Seguradora, imediatamente, de forma escrita, qualquer alteração da minha conta corrente/poupança, contrato social ou outro dado cadastral, bem como declaro ter ciência que a Seguradora não se responsabilizará pelo não cumprimento tempestivo das obrigações se este for oriundo de erro de dados cadastrais fornecidos.  **Somente para sinistros do ramo Automóvel -** Na indenização integral do veículo, responsabilizo-me por eventuais multas e encargos que venham a incidir sobre o bem até a data do sinistro de indenize que não tenham sido abatidos da indenização, que foi realizada pelo valor correspondente ao código FIPE do veículo sinistrado referente ao mês de liquidação do sinistro, com o abatimento dos débitos existentes autorizados por mim e com eventual depreciação devido às condições do veículo. | | | | | | | | | | | | | | | |
| **DOCUMENTOS DE APRESENTAÇÃO OBRIGATÓRIA:** | | | | | * **CNPJ** | | | | * **Cópia do contrato social e última alteração** | | | | | | |
| **Faturamento anual de:**  **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](http://www.susep.gov.br)  **TODOS OS CAMPOS DO FORMULÁRIO SÃO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO** | | | | | | | | | | | | | | | |