

Nome do Segurado/Razão Social:

Nº da Apólice:

Nº do Sinistro:

Cultura:

DADOS DO SOLICITANTE

Nome do Solicitante:

Telefone de Contato:

E-mail:

Eu, _____

portador do CPF _____ na qualidade de segurado, venho por meio deste formulário,

solicitar que o processo acima seja revisado pelos seguintes motivos:

Ciente de que o Prazo de conclusão do pedido de Reanálise são de 30 dias a partir da data abaixo informada.

Local / Data	Assinatura do Segurado/Corretor
--------------	---------------------------------

Importante:

- Anexar a este formulário devidamente preenchido, os documentos que se encontrarem pendentes para apoio e agilidade no processo de análise/reanálise do sinistro.
- Após o preenchimento, enviar este formulário assinado para sinistroagro@sompo.com.br com o título do e-mail: **Solicitação de Reanálise.**