|  |
| --- |
| **Você deverá preencher este questionário de maneira livre e espontânea sem qualquer indução.****Em caso de dúvidas, ligue para nossa Central de Atendimento (11) 3156-2990 (Grande São Paulo) e 0800 77 19 119 (Outras localidades). Seguir a sequência de atendimento eletrônico: opção 3 (automóvel), e opção 3 novamente (posição de sinistro). \*\*\*Formulário exclusivo para uso do departamento de Sinistro Auto.** |
| **DADOS DO SINISTRO** |
| **Sinistro N°:**        | **Veículo:** | **Placa:**       |
| **DADOS DO SEGURADO** |
| **Nome:**       | **Telefone: (**  )      |
| **Sexo:** **[ ]  Masculino** **[ ] Feminino**  | **Data de Nascimento:**       | **Tempo de habilitação:**      |
| **Estado Civil:** **[ ]  Casado(a)** **[ ] Separado(a)** **[ ] Desquitado(a)** **[ ] Divorciado(a)** **[ ] Solteiro(a)** **[ ] Viúvo(a)**  **Há quanto tempo?**       |
| **Independente do estado civil declarado acima, reside com companheiro(a) há pelo menos 02 anos?** **[ ] Sim** **[ ] Não** |
| **AS INFORMAÇÕES ABAIXO, DEVEM SER PREENCHIDAS APENAS SE HOUVER CONDUTOR DETERMINADO****\*CONSIDERAR DADOS DE CONDUTOR DO VEÍCULO NO MOMENTO DO ACIDENTE** |
| **Vínculo do condutor(a) com o(a) segurado(a):** **[ ] Próprio/ Proprietário/ Sócio** **[ ] Funcionário/ Empregado** **[ ] Diretor/Superintendente/Gerente** **[ ] Filho(a)** **[ ] Cônjuge** **[ ] Pai/ Mãe** **[ ] Irmã(o)Avô(ó)/Neto(a)** **[ ] Outros**  |
| **Nome:**       | **Data de Nascimento:**       |
| **Estado Civil: [ ]  Casado(a) [ ] Separado(a) [ ] Desquitado(a) [ ] Divorciado(a) [ ] Solteiro(a) [ ] Viúvo(a)**  |
| **Sexo: [ ]  Masculino [ ] Feminino** | **CPF:**       |
| **CNH:**       | **Ano habilitação:**      | **Profissão:**       |
| **AS INFORMAÇÕES ABAIXO, DEVEM SER PREENCHIDAS TANTO PARA CASOS EM QUE** **HOUVER CONDUTOR DETERMINADO OU CONDUTOR INDETERMINADO** |
| **O condutor principal tem participação financeira em caso de sinistro? [ ] Sim [ ] Não**  |
| **Tem Seguro para a carga transportada?****[ ] Não** **[ ] Sim, com outra Seguradora** **[ ] Sim, com a Sompo Seguros** **[ ]  Não informado** |
| **Qual a região de criculação mais frequente?** **[ ] Municipios e arredores até 100km** **[ ] Dentro do próprio Estado do CEP de Pernoite** **[ ] Região Norte** **[ ] Região Nordeste** **[ ] Região Centro Oeste** **[ ] Região Sul** **[ ] Região Sudeste** **[ ] MERCOSUL – cobertura para Paraguai, Uruguai e Argentina** **[ ] América do Sul** **[ ] Não informado** |
| **Qual período de uso?** **[ ] Predominantemente Diurno [ ] Predominantemente Noturno** **[ ] Indeterminado** **[ ] Não informado** |
| **Utiliza algum dos sistemas de gerenciamento de risco?****[ ] Não [ ] Cadastro de motorista** **[ ] Escolta de cargas** **[ ] Outros** **[ ] Não informado** |
| **A Empresa possui programa de direção defensiva? [ ] Sim [ ] Não** **[ ] Não informado** |
| **Veículo guardado em garagem fechada ou em estacionamento, quando não está em serviço?** **[ ] Sim [ ] Não** **[ ] Não informado** |
| **Em caso de viagem em que local o veículo pernoita?** **[ ] Posto Rodoviário [ ]  Hotel** **[ ] Não viaja** **[ ] Posto de Gasolina** **[ ] Outros** |
| **TERMO DE RESPONSABILIDADE DO SEGURADO**Declaro estar ciente de que este questionário faz parte integrante do aviso de sinistro, relativo ao veículo acima, e que as informações constantes neste documento são verdadeiras e completas. Estou ciente ainda que perderei o direito à indenização, caso seja constatada a falsidade de qualquer informação (Arts. 765 e 766 do Código Civil Brasileiro) e que a Sompo Seguros S/A poderá considerar as informações aqui prestadas, a qualquer momento, durante a análise do sinistro. |
| **Local e data:**  |       | **Assinatura** |
| **Nome por extenso (legível) e assinatura de quem preencher este formulário (do Segurado ou do Condutor)** |       |