|  |
| --- |
| **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**  |
| O condutor do momento do acidente utiliza o veículo em quantos dias na semana, independentemente do tempo de uso?     \*\*\* A resposta desta pergunta é Informação obrigatória para a análise do processo de sinistro. |
| 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)** |       |