|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **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)** | | | | |  | | | | | | |