|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **DADOS DO SINISTRO** | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Número da apólice/ bilhete:** | | | | | | | | | | | | | | **Data do Sinistro:** | | | | |
| **Vinculo empregaticio:**  **CLT  Autônomo** | | | | | | **Data de afastamento:**    /   / | | | | | | **Se autônomo, informar a data de inicio do auxilio doença:**   /   / | | | | | | |
| **Descrição do Evento:** | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **DADOS CADASTRAIS DO SEGURADO** | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Nome do Estipulante:** | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Nome do Segurado:** | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Data de nascimento:**  **/**  / | | **Profissão:** | | | | | | | | | **Estado civil:** | | | | | | | |
| **Endereço Residencial:** | | | | | | | | | | | | | | | **Número:** | | **Complemento:** | |
| **Bairro:** | | | | | **CEP:** | | | | | **Cidade:** | | | | | | | | **UF:** |
| **Telefone:** | | | | | | | | | **E-mail:** | | | | | | | | | |
| **DADOS BANCÁRIOS DO SEGURADO** | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Nome do Banco:** | | | **Número do Banco:** | | | | | **Conta:**  **Corrente**  **Poupança** | | | | | | | **Tipo da Conta:**  **Individual**  **Conjunta** | | | |
| **Número da agência:** | | **Número da Conta:** | | **Dígito** | | | **\*\* Para Conta Corrente Conjunta, informar se o beneficiário/ segurado é:  1º titular  2º titular** | | | | | | | | | | | |
| **\*\* Disponibilizar RG ou CPF do segurado/ beneficiário, caso este não seja o 1º titular da conta corrente e preencher os dados, CPF:**       e **Nome Completo:** | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Com o recebimento ou a efetivação do crédito na **Conta indicada,** outorgo à SOMPO SEGUROS 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  Declaro ainda, que assumo a inteira responsabilidade pela inexatidão das informações prestadas acima. | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Assinatura:** |  | | | | | | | | | | | | **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** | | | | | | | | | | | | | | | | | | |