|  |
| --- |
| **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 fornecidosDeclaro 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** |