|  |
| --- |
| **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.****OBRIGATÓRIO O PREENCHIMENTO DE TODOS OS CAMPOS ABAIXO.** |
| **DADOS DO SINISTRO** |
| **Sinistro N°:**        | **Veículo:**       | **Placa:**     -      |
| **DADOS DO SEGURADO** |
| **Nome:**       | **Telefone:** (  )      -      |
| **Sexo:** [ ]  Masculino [ ]  Feminino  | **Data de Nascimento:**    /    /      | **Tempo de habilitação:**       |
| **CONDUTOR NO MOMENTO DO ACIDENTE** |
| **O condutor do momento do acidente utiliza o veículo em quantos dias na semana, independentemente do tempo de uso?** [ ]  1 dia na semana/só no dia do ocorrido [ ]  2 dias na semana [ ]  3 dias na semana [ ]  mais de 3 dias na semana   |
| **Vínculo do condutor(a) com o(a) segurado(a):** [ ]  Próprio [ ]  Filho(a) [ ]  Cônjuge [ ]  Motorista Particular [ ]  Pai/ Mãe [ ]  Funcionário/ Empregado [ ]  Outros  |
| **Nome:**       | **CPF:**     .     .     -    |
| **Sexo:** [ ]  Masculino [ ]  Feminino | **Data de Nascimento:**    /    /      | **Estado Civil:**        |
| **INFORMAÇÕES REFERENTE A UTILIZAÇÃO E GUARDA DO VEÍCULO** |
| **Além do(a) condutor(a), há pessoas entre 18 e 24 anos que poderão conduzir o veículo?**[ ]  Sim, de ambos os sexos [ ]  Não [ ]  Sim, do sexo masculino [ ]  Sim, do sexo feminino |
| **O veículo é utilizado para execução de atividades profissionais?** [ ]  Sim, para visita a clientes, fornecedores, prestação de serviço próprio ou de terceiros, vendedor, promotor, proscpecção de novos clientes.[ ]  Não, o veículo ão é utilizado para execução de atividades profissionais. [ ]  Sim, para transporte de pessoas por aplicativos e similares. |
| **O veículo segurado permanece em garagem ou estacionamento fechado no local de pernoite/residência?** [ ]  Sim, entrada com portão automático. [ ]  Sim, entrada com portão manual. [ ]  Não.  |
| **O veículo segurado permanece em garagem ou estacionamento fechado no trabalho?** [ ]  Sim [ ]  Não [ ]  Não trabalha [ ]  Não utiliza o veículo como meio de transporte para o trabalho. |
| **O veículo permanece em garagem ou estacionamento fechado no Colégio/Faculdade/ Curso de Extensão?** [ ]  Sim [ ]  Não [ ]  Não estuda [ ]  Não utiliza o veículo como meio de transporte para Colégio/ Faculdade/ Curso de Extensão |
| **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:**  | **,    de       de     .** | **Assinatura** |
| **Nome por extenso (legível) e assinatura de quem preencher este formulário (do Segurado ou do Condutor)** |  |