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