|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **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/ Proprietário/ Sócio  Funcionário/ Empregado  Filho(a)  Cônjuge  Diretor/ Superintendente/ Gerente  Irmã(o)/ Avô(ó) /Neto(a)  Pai/ Mãe  Outros | | | | | |
| **Nome:** | | | | | **Profissão:** |
| **Sexo:**  Masculino  Feminino | | **Data de Nascimento:**    /    / | | | **Estado Civil:** |
| **CPF:**     .     .     - | | **CNH:** | | | **Ano habilitação:** |
| **INFORMAÇÕES REFERENTE A UTILIZAÇÃO E GUARDA DO VEÍCULO** | | | | | |
| **O condutor principal tem participação financeira em caso de sinistro?** SimNão | | | | | |
| **Veículo utilizado para:**  Presta serviço de motorista autonomo  Presta serviço para cooperativa  Presta serviço para transportadora | | | | | |
| **Veículo circula exclusivamente no Estado do Cep de pernoite?**  Sim  Não | | | | | |
| **Indique a região de circulação:**  Região Norte  Região Nordeste  Região Centro Oeste  Região Sul  Estado de MG  Estado de SP  Estados do RJ e ES  Território nacional e/ou Mercosul | | | | | |
| **Utiliza algum dos sistemas de gerenciamento de risco?**  Escolta de cargas  Cadastro de motorista  Não informado  Não  Outros | | | | | |
| **Veículo guardado em garagem fechada ou em estacionamento, quando não está em serviço?**  Sim  Não  Não informado | | | | | |
| **Veículo segurado pernoita em que local quando está em viagem?**  Posto de gasolina  Posto Rodoviário  Não Viaja  Hotel  Outros | | | | | |
| **Qual o tipo de carga transportada:** | | | | | |
| **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)** | | |  | | |