|  |
| --- |
| **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? [ ]** Sim **[ ]** Não |
| **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)** |       |