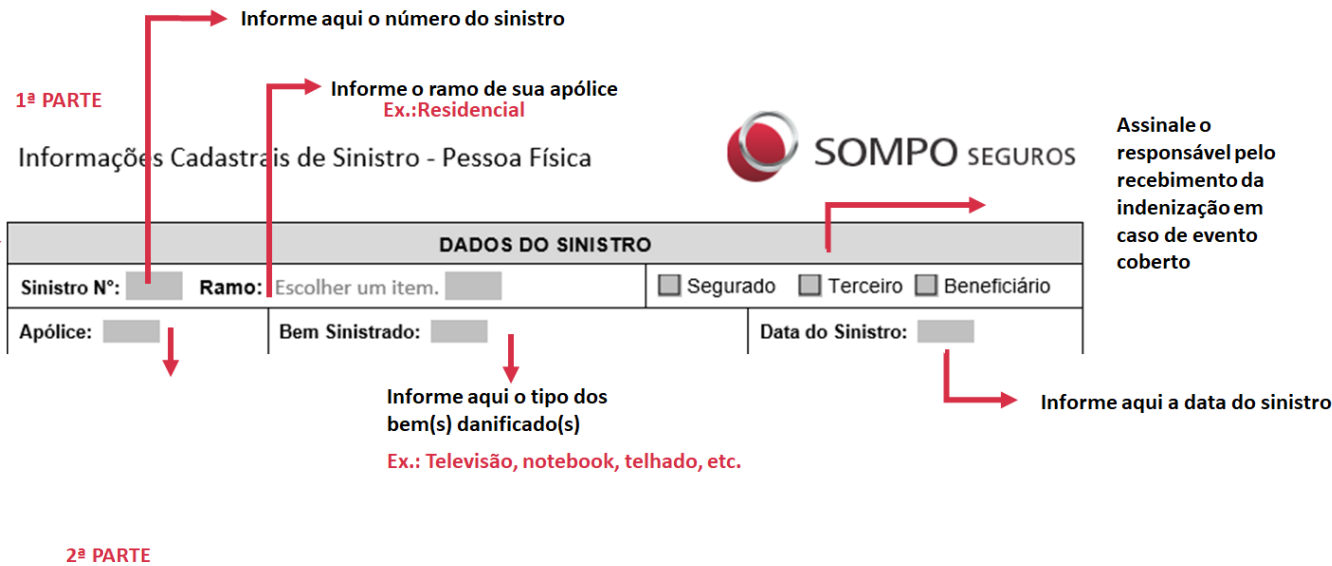


DADOS DO SINISTRO			
Sinistro N°: <input type="text"/>	Ramo: Escolher um item. <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Segurado <input type="checkbox"/> Terceiro <input type="checkbox"/> Beneficiário	
Apólice: <input type="text"/>	Bem Sinistrado: <input type="text"/>	Data do Sinistro: <input type="text"/>	
DADOS CADASTRAIS DO SEGURADO/TERCEIRO/BENEFICIÁRIO			
Nome: <input type="text"/>			
CPF: <input type="text"/>	Profissão: <input type="text"/>		
Endereço: <input type="text"/>			
Bairro: <input type="text"/>	CEP: <input type="text"/>	Cidade: <input type="text"/>	UF: <input type="text"/>
Telefone: <input type="text"/>	E-mail: <input type="text"/>		
DADOS BANCÁRIOS DO SEGURADO/TERCEIRO/BENEFICIÁRIO (DESCRITO ACIMA)			
Nome do Banco: <input type="text"/>	Número do Banco: <input type="text"/>	Conta: <input type="checkbox"/> Corrente <input type="checkbox"/> Poupança	Tipo da Conta: <input type="checkbox"/> Individual <input type="checkbox"/> Conjunta
Nome completo do 1º titular da conta conjunta: <input type="text"/>		CPF do 1º titular da conta conjunta: <input type="text"/>	
** Disponibilizar RG e CPF ou CNH do 1º titular da conta conjunta, caso este não seja o segurado/ beneficiário.		Número da agência: <input type="text"/>	Número da Conta: <input type="text"/>
<p>Com o recebimento ou a efetivação do crédito na Conta indicada, outorgo à SOMPO SEGUROS S/A a mais ampla, geral, irrevogável e irretroatável 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.</p> <p>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 fornecidos.</p> <p>Somente para sinistros do ramo Automóvel - Na indenização integral do veículo, responsabilizo-me por eventuais multas e encargos que venham a incidir sobre o bem até a data do sinistro de indenize que não tenham sido abatidos da indenização, que foi realizada pelo valor correspondente ao código FIPE do veículo sinistrado referente ao mês de liquidação do sinistro, com o abatimento dos débitos existentes autorizados por mim e com eventual depreciação devido às condições do veículo.</p>			
DOCUMENTOS DE APRESENTAÇÃO OBRIGATORIA		> CPF	> COMPROVANTE DE ENDEREÇO
Patrimônio Estimado:			
<input type="checkbox"/> Até R\$ 100.000,00		<input type="checkbox"/> De R\$ 100.000,01 a R\$ 300.000,00	<input type="checkbox"/> De R\$ 300.000,01 a R\$ 500.000,00
<input type="checkbox"/> De R\$ 500.000,01 a R\$ 800.000,00		<input type="checkbox"/> De R\$ 800.000,01 a R\$ 1.000.000,00	<input type="checkbox"/> Acima de R\$ 1.000.000,01
<input type="checkbox"/> Não desejo informar			
Faixa de Renda Mensal:			
<input type="checkbox"/> Até R\$ 3.000,00		<input type="checkbox"/> De R\$ 3.000,01 a R\$ 5.000,00	<input type="checkbox"/> De R\$ 5.000,01 a R\$ 10.000,00
<input type="checkbox"/> Acima de R\$ 10.000,01		<input type="checkbox"/> Não possuo renda	<input type="checkbox"/> Não desejo informar
PEP? * <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> Relacionamento Próximo			
* Pessoas Politicamente Expostas (PEP) – São pessoas que desempenham ou tenham desempenhado nos últimos cinco anos, no Brasil ou em territórios estrangeiros, cargos, empregos ou funções públicas relevantes, bem como os seus familiares, representantes e outras pessoas de seu relacionamento próximo.			
Assinatura: <input type="text"/>	Data: <input type="text"/>		<input type="text"/>
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			
TODOS OS CAMPOS DO FORMULÁRIO SÃO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO			



Assinale o responsável pelo recebimento da indenização em caso de evento coberto

Aqui você deverá preencher os dados cadastrais atualizados do responsável pelo recebimento da indenização em caso de evento coberto.

DADOS CADASTRAIS DO SEGURADO/TERCEIRO/BENEFICIÁRIO			
Nome: <input type="text"/>			
CPF: <input type="text"/>	Profissão: <input type="text"/>		
Endereço: <input type="text"/>			
Bairro: <input type="text"/>	CEP: <input type="text"/>	Cidade: <input type="text"/>	UF: <input type="text"/>
Telefone: <input type="text"/>	E-mail: <input type="text"/>		

DADOS DO SINISTRO			
Sinistro N°: <input type="text"/>	Ramo: Escolher um item. <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Segurado <input type="checkbox"/> Terceiro <input type="checkbox"/> Beneficiário	
Apólice: <input type="text"/>	Bem Sinistrado: <input type="text"/>	Data do Sinistro: <input type="text"/>	
DADOS CADASTRAIS DO SEGURADO/TERCEIRO/BENEFICIÁRIO			
Nome: <input type="text"/>			
CPF: <input type="text"/>	Profissão: <input type="text"/>		
Endereço: <input type="text"/>			
Bairro: <input type="text"/>	CEP: <input type="text"/>	Cidade: <input type="text"/>	UF: <input type="text"/>
Telefone: <input type="text"/>	E-mail: <input type="text"/>		
DADOS BANCÁRIOS DO SEGURADO/TERCEIRO/BENEFICIÁRIO (DESCRITO ACIMA)			
Nome do Banco: <input type="text"/>	Número do Banco: <input type="text"/>	Conta: <input type="checkbox"/> Corrente <input type="checkbox"/> Poupança	Tipo da Conta: <input type="checkbox"/> Individual <input type="checkbox"/> Conjunta
Nome completo do 1º titular da conta conjunta: <input type="text"/>		CPF do 1º titular da conta conjunta: <input type="text"/>	
** Disponibilizar RG e CPF ou CNH do 1º titular da conta conjunta, caso este não seja o segurado/ beneficiário.		Número da agência: <input type="text"/>	Número da Conta: <input type="text"/>
<p>Com o recebimento ou a efetivação do crédito na Conta indicada, outorgo à SOMPO SEGUROS S/A a mais ampla, geral, irrevogável e irretroatável 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.</p> <p>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 fornecidos.</p> <p>Somente para sinistros do ramo Automóvel - Na indenização integral do veículo, responsabilizo-me por eventuais multas e encargos que venham a incidir sobre o bem até a data do sinistro de indenize que não tenham sido abatidos da indenização, que foi realizada pelo valor correspondente ao código FIPE do veículo sinistrado referente ao mês de liquidação do sinistro, com o abatimento dos débitos existentes autorizados por mim e com eventual depreciação devido às condições do veículo.</p>			
DOCUMENTOS DE APRESENTAÇÃO OBRIGATORIA		> CPF	> COMPROVANTE DE ENDEREÇO
Patrimônio Estimado: <input type="checkbox"/> Até R\$ 100.000,00 <input type="checkbox"/> De R\$ 100.000,01 a R\$ 300.000,00 <input type="checkbox"/> De R\$ 300.000,01 a R\$ 500.000,00 <input type="checkbox"/> De R\$ 500.000,01 a R\$ 800.000,00 <input type="checkbox"/> De R\$ 800.000,01 a R\$ 1.000.000,00 <input type="checkbox"/> Acima de R\$ 1.000.000,01 <input type="checkbox"/> Não desejo informar			
Faixa de Renda Mensal: <input type="checkbox"/> Até R\$ 3.000,00 <input type="checkbox"/> De R\$ 3.000,01 a R\$ 5.000,00 <input type="checkbox"/> De R\$ 5.000,01 a R\$ 10.000,00 <input type="checkbox"/> Acima de R\$ 10.000,01 <input type="checkbox"/> Não possuo renda <input type="checkbox"/> Não desejo informar			
PEP? * <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> Relacionamento Próximo			
* Pessoas Politicamente Expostas (PEP) – São pessoas que desempenham ou tenham desempenhado nos últimos cinco anos, no Brasil ou em territórios estrangeiros, cargos, empregos ou funções públicas relevantes, bem como os seus familiares, representantes e outras pessoas de seu relacionamento próximo.			
Assinatura: <input type="text"/>	Data: <input type="text"/>		
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			
TODOS OS CAMPOS DO FORMULÁRIO SÃO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO			

3ª PARTE

Os dados preenchidos abaixo deverão estar em nome e CNPJ do responsável pelo recebimento da indenização em caso de evento coberto.

DADOS BANCÁRIOS DO SEGURADO/TERCEIRO/BENEFICIÁRIO (DESCRITO ACIMA)			
Nome do Banco: <input type="text"/>	Número do Banco: <input type="text"/>	Conta: <input type="checkbox"/> Corrente <input type="checkbox"/> Poupança	Tipo da Conta: <input type="checkbox"/> Individual <input type="checkbox"/> Conjunta
Nome completo do 1º titular da conta conjunta: <input type="text"/>		CPF do 1º titular da conta conjunta: <input type="text"/>	
** Disponibilizar RG e CPF ou CNH do 1º titular da conta conjunta, caso este não seja o segurado/ beneficiário.		Número da agência: <input type="text"/>	Número da Conta: <input type="text"/>

Insira aqui o nome do banco

Número no banco informado. Ex: 341 (Itaú)

Assinale o tipo da conta que será informada
Assinale se a conta é individual ou conjunta

Se o responsável pela indenização, não for o primeiro titular deverá informar o Nome Completo CPF do primeiro titular da conta e nos enviar a cópia no RG e CPF ou da CNH

Informar aqui o número de agência, número conta e o dígito da conta

DADOS DO SINISTRO			
Sinistro N°: <input type="text"/>	Ramo: Escolher um item. <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Segurado <input type="checkbox"/> Terceiro <input type="checkbox"/> Beneficiário	
Apólice: <input type="text"/>	Bem Sinistrado: <input type="text"/>	Data do Sinistro: <input type="text"/>	
DADOS CADASTRAIS DO SEGURADO/TERCEIRO/BENEFICIÁRIO			
Nome: <input type="text"/>			
CPF: <input type="text"/>		Profissão: <input type="text"/>	
Endereço: <input type="text"/>			
Bairro: <input type="text"/>	CEP: <input type="text"/>	Cidade: <input type="text"/>	UF: <input type="text"/>
Telefone: <input type="text"/>		E-mail: <input type="text"/>	
DADOS BANCÁRIOS DO SEGURADO/TERCEIRO/BENEFICIÁRIO (DESCRITO ACIMA)			
Nome do Banco: <input type="text"/>	Número do Banco: <input type="text"/>	Conta: <input type="checkbox"/> Corrente <input type="checkbox"/> Poupança	Tipo da Conta: <input type="checkbox"/> Individual <input type="checkbox"/> Conjunta
Nome completo do 1º titular da conta conjunta: <input type="text"/>		CPF do 1º titular da conta conjunta: <input type="text"/>	
** Disponibilizar RG e CPF ou CNH do 1º titular da conta conjunta, caso este não seja o segurado/ beneficiário.		Número da agência: <input type="text"/>	Número da Conta: <input type="text"/>
<p>Com o recebimento ou a efetivação do crédito na Conta indicada, outorgo à SOMPO SEGUROS S/A a mais ampla, geral, irrevogável e irretroatável 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.</p> <p>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 fornecidos.</p> <p>Somente para sinistros do ramo Automóvel - Na indenização integral do veículo, responsabilizo-me por eventuais multas e encargos que venham a incidir sobre o bem até a data do sinistro de indenize que não tenham sido abatidos da indenização, que foi realizada pelo valor correspondente ao código FIPE do veículo sinistrado referente ao mês de liquidação do sinistro, com o abatimento dos débitos existentes autorizados por mim e com eventual depreciação devido às condições do veículo.</p>			
DOCUMENTOS DE APRESENTAÇÃO OBRIGATORIA		> CPF	> COMPROVANTE DE ENDEREÇO
Patrimônio Estimado: <input type="checkbox"/> Até R\$ 100.000,00 <input type="checkbox"/> De R\$ 100.000,01 a R\$ 300.000,00 <input type="checkbox"/> De R\$ 300.000,01 a R\$ 500.000,00 <input type="checkbox"/> De R\$ 500.000,01 a R\$ 800.000,00 <input type="checkbox"/> De R\$ 800.000,01 a R\$ 1.000.000,00 <input type="checkbox"/> Acima de R\$ 1.000.000,01 <input type="checkbox"/> Não desejo informar			
Faixa de Renda Mensal: <input type="checkbox"/> Até R\$ 3.000,00 <input type="checkbox"/> De R\$ 3.000,01 a R\$ 5.000,00 <input type="checkbox"/> De R\$ 5.000,01 a R\$ 10.000,00 <input type="checkbox"/> Acima de R\$ 10.000,01 <input type="checkbox"/> Não possuo renda <input type="checkbox"/> Não desejo informar			
PEP? * <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> Relacionamento Próximo			
* Pessoas Politicamente Expostas (PEP) – São pessoas que desempenham ou tenham desempenhado nos últimos cinco anos, no Brasil ou em territórios estrangeiros, cargos, empregos ou funções públicas relevantes, bem como os seus familiares, representantes e outras pessoas de seu relacionamento próximo.			
Assinatura: <input type="text"/>	Data: <input type="text"/>		
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			
TODOS OS CAMPOS DO FORMULÁRIO SÃO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO			

Patrimônio Estimado:

- Até R\$ 100.000,00 De R\$ 100.000,01 a R\$ 300.000,00 De R\$ 300.000,01 a R\$ 500.000,00
 De R\$ 500.000,01 a R\$ 800.000,00 De R\$ 800.000,01 a R\$ 1.000.000,00 Acima de R\$ 1.000.000,01
 Não desejo informar

Assinale a opção desejada sobre seu Patrimônio Estimado

Obs.: Caso não queira informar, assinale a opção “Não desejo informar”

Faixa de Renda Mensal:

- Até R\$ 3.000,00 De R\$ 3.000,01 a R\$ 5.000,00 De R\$ 5.000,01 a R\$ 10.000,00
 Acima de R\$ 10.000,01 Não possuo renda Não desejo informar

Assinale a opção desejada sobre sua Faixa de Renda

Obs.: Caso não queira informar, assinale a opção “Não desejo informar”

PEP? * sim não Relacionamento Próximo

Pessoas Expostas Politicamente - São pessoas que desempenham ou tenham desempenhado nos últimos 5 anos, cargos, empregos ou funções públicas relevantes, bem como seus familiares ou pessoas de relacionamento próximo.

DADOS DO SINISTRO				
Sinistro N°: <input type="text"/>	Ramo: Escolher um item. <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Segurado	<input type="checkbox"/> Terceiro	<input type="checkbox"/> Beneficiário
Apólice: <input type="text"/>	Bem Sinistrado: <input type="text"/>	Data do Sinistro: <input type="text"/>		
DADOS CADASTRAIS DO SEGURADO/TERCEIRO/BENEFICIÁRIO				
Nome: <input type="text"/>				
CPF: <input type="text"/>	Profissão: <input type="text"/>			
Endereço: <input type="text"/>				
Bairro: <input type="text"/>	CEP: <input type="text"/>	Cidade: <input type="text"/>	UF: <input type="text"/>	
Telefone: <input type="text"/>	E-mail: <input type="text"/>			
DADOS BANCÁRIOS DO SEGURADO/TERCEIRO/BENEFICIÁRIO (DESCRITO ACIMA)				
Nome do Banco: <input type="text"/>	Número do Banco: <input type="text"/>	Conta: <input type="checkbox"/> Corrente <input type="checkbox"/> Poupança	Tipo da Conta: <input type="checkbox"/> Individual <input type="checkbox"/> Conjunta	
Nome completo do 1º titular da conta conjunta: <input type="text"/>		CPF do 1º titular da conta conjunta: <input type="text"/>		
** Disponibilizar RG e CPF ou CNH do 1º titular da conta conjunta, caso este não seja o segurado/ beneficiário.		Número da agência: <input type="text"/>	Número da Conta: <input type="text"/>	Dígito: <input type="text"/>
<p>Com o recebimento ou a efetivação do crédito na Conta indicada, outorgo à SOMPO SEGUROS S/A a mais ampla, geral, irrevogável e irretroatável 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.</p> <p>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 fornecidos.</p> <p>Somente para sinistros do ramo Automóvel - Na indenização integral do veículo, responsabilizo-me por eventuais multas e encargos que venham a incidir sobre o bem até a data do sinistro de indenize que não tenham sido abatidos da indenização, que foi realizada pelo valor correspondente ao código FIPE do veículo sinistrado referente ao mês de liquidação do sinistro, com o abatimento dos débitos existentes autorizados por mim e com eventual depreciação devido às condições do veículo.</p>				
DOCUMENTOS DE APRESENTAÇÃO OBRIGATORIA		> CPF	> COMPROVANTE DE ENDEREÇO	
Patrimônio Estimado: <input type="checkbox"/> Até R\$ 100.000,00 <input type="checkbox"/> De R\$ 100.000,01 a R\$ 300.000,00 <input type="checkbox"/> De R\$ 300.000,01 a R\$ 500.000,00 <input type="checkbox"/> De R\$ 500.000,01 a R\$ 800.000,00 <input type="checkbox"/> De R\$ 800.000,01 a R\$ 1.000.000,00 <input type="checkbox"/> Acima de R\$ 1.000.000,01 <input type="checkbox"/> Não desejo informar				
Faixa de Renda Mensal: <input type="checkbox"/> Até R\$ 3.000,00 <input type="checkbox"/> De R\$ 3.000,01 a R\$ 5.000,00 <input type="checkbox"/> De R\$ 5.000,01 a R\$ 10.000,00 <input type="checkbox"/> Acima de R\$ 10.000,01 <input type="checkbox"/> Não possuo renda <input type="checkbox"/> Não desejo informar				
PEP? * <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> Relacionamento Próximo				
* Pessoas Politicamente Expostas (PEP) – São pessoas que desempenham ou tenham desempenhado nos últimos cinco anos, no Brasil ou em territórios estrangeiros, cargos, empregos ou funções públicas relevantes, bem como os seus familiares, representantes e outras pessoas de seu relacionamento próximo.				
Assinatura: <input type="text"/>		Data: <input type="text"/>		
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				
TODOS OS CAMPOS DO FORMULÁRIO SÃO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO				

Assinatura: <input type="text"/>	<input type="text"/>	Data: <input type="text"/>	<input type="text"/>
---	----------------------	-----------------------------------	----------------------