

Informações Cadastrais de Sinistro - Pessoa Jurídica



DADOS DO SINISTRO			
Sinistro N°:	Ramo:	<input type="checkbox"/> Segurado <input type="checkbox"/> Terceiro <input type="checkbox"/> Beneficiário	
Apólice:	Bem Sinistrado:	Data do Sinistro:	
DADOS CADASTRAIS			
Razão Social:			
CNPJ:	Ramo de Atividade:		
Endereço:			
Bairro:	CEP:	Cidade:	UF:
Telefone:	E-mail:		
DADOS BANCÁRIOS DO SEGURADO/TERCEIRO/BENEFICIÁRIO (DESCRITO ACIMA)			
Nome do Banco:	Número do Banco:	Conta:	Tipo da Conta:
Nome completo do 1º titular da conta conjunta:		CPF do 1º titular da conta conjunta:	
** Disponibilizar RG e CPF ou CNH do 1º titular da conta conjunta, caso este não seja o segurado/ beneficiário.		Número da agência:	Número da Conta:
<p>Com o recebimento ou a efetivação do crédito na Conta Indicada, outorgo à SOMPO SEGUROS S/A a mais ampla, geral, irrevogável e irretroatível qualificação 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 FIFE 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:			
<input type="checkbox"/> CNPJ <input type="checkbox"/> Cópia do contrato social e última alteração			
Faturamento anual de:			
<input type="checkbox"/> Até R\$ 500.000,00 <input type="checkbox"/> De R\$ 500.000,01 a R\$ 1.000.000,00 <input type="checkbox"/> De R\$ 1.000.000,01 a R\$ 2.500.000,00 <input type="checkbox"/> De R\$ 2.500.000,01 a R\$ 5.000.000,00 <input type="checkbox"/> Acima de R\$ 5.000.000,01 <input type="checkbox"/> Não desejo informar			
QUALIFICAÇÃO DOS REPRESENTANTES LEGAIS E ADMINISTRADORES			
Nome:	Cargo/Função:	PEP? * <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não	
CPF:		<input type="checkbox"/> Relacionamento Próximo	
Nome:	Cargo/Função:	PEP? * <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não	
CPF:		<input type="checkbox"/> Relacionamento Próximo	
Nome:	Cargo/Função:	PEP? * <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não	
CPF:		<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.			
Nome do Responsável pela Empresa:		CPF:	
Assinatura do Responsável:		Data:	
<p>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</p>			
TODOS OS CAMPOS DO FORMULÁRIO SÃO DE PREENCHIMENTO OBRIGATORIO			

1ª PARTE Informe aqui o número do sinistro

Informações Cadastrais de Sinistro - Pessoa Jurídica



Informe o ramo de sua apólice

DADOS DO SINISTRO			
Sinistro N°:	Ramo:	<input type="checkbox"/> Segurado <input type="checkbox"/> Terceiro <input type="checkbox"/> Beneficiário	
Apólice:	Bem Sinistrado:	Data do Sinistro:	

Informe aqui o número de sua apólice

Informe aqui o tipo dos bem(s) danificado(s)

Informe aqui a data do sinistro

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

2ª PARTE

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

DADOS CADASTRAIS			
Razão Social:			
CNPJ:	Ramo de Atividade:		
Endereço:			
Bairro:	CEP:	Cidade:	UF:
Telefone:	E-mail:		

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:	Número do Banco:	Conta:	Tipo da Conta:
Nome completo do 1º titular da conta conjunta:		CPF do 1º titular da conta conjunta:	
** Disponibilizar RG e CPF ou CNH do 1º titular da conta conjunta, caso este não seja o segurado/ beneficiário.		Número da agência:	Número da Conta:

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 e conta, com seus dígitos

Assinale o tipo da conta que será informada

Assinale se a conta é individual ou conjunta

Insira aqui o nome do banco

Número no banco informado. Ex: 341 (Itaú)

DOCUMENTOS DE APRESENTAÇÃO OBRIGATÓRIA:	CNPJ	Cópia do contrato social e última alteração
Faturamento anual de:		
<input type="checkbox"/> Até R\$ 500.000,00	<input type="checkbox"/> De R\$ 500.000,01 a R\$ 1.000.000,00	<input type="checkbox"/> De R\$ 1.000.000,01 a R\$ 2.500.000,00
<input type="checkbox"/> De R\$ 2.500.000,01 a R\$ 5.000.000,00	<input type="checkbox"/> Acima de R\$ 5.000.000,01	<input type="checkbox"/> Não desejo informar

Assinale aqui a faixa que mais se adequa ao seu faturamento anual

QUALIFICAÇÃO DOS REPRESENTANTES LEGAIS E ADMINISTRADORES		
Nome:		PEP? * <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não
CPF:	Cargo/Função	<input type="checkbox"/> Relacionamento Próximo
Nome:		PEP? * <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não
CPF:	Cargo/Função	<input type="checkbox"/> Relacionamento Próximo
Nome:		PEP? * <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não
CPF:	Cargo/Função	<input type="checkbox"/> Relacionamento Próximo

Aqui deverá ser preenchido o Nome, CPF e cargo/função do representante legal do responsável pela indenização em caso de evento coberto.

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°:	Ramo:	<input type="checkbox"/> Segurado <input type="checkbox"/> Terceiro <input type="checkbox"/> Beneficiário
Apólice:	Bem Sinistrado:	Data do Sinistro:
DADOS CADASTRAIS		
Razão Social:		
CNPJ:	Ramo de Atividade:	
Endereço:		
Bairro:	CEP:	Cidade: UF:
Telefone:	E-mail:	
DADOS BANCÁRIOS DO SEGURADO/TERCEIRO/BENEFICIÁRIO (DESCRITO ACIMA)		
Nome do Banco:	Número do Banco:	Conta: <input type="checkbox"/> Corrente <input type="checkbox"/> Poupança
Nome completo do 1º titular da conta conjunta:		Tipo da Conta: <input type="checkbox"/> Individual <input type="checkbox"/> Conjunta
CPF do 1º titular da conta conjunta:		
** Disponibilizar RG e CPF ou CNH do 1º titular da conta conjunta, caso este não seja o segurado/ beneficiário.	Número da agência:	Número da Conta:
<p>Com o recatamento ou a efetivação do crédito na Conta indicada, outorgo à SOMPO SEGUROS S/A a mais ampla, geral, irrevogável e irretirável qualificação 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 FIPF 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 OBRIGATÓRIA:		
Faturamento anual de:		
<input type="checkbox"/> Até R\$ 500.000,00	<input type="checkbox"/> De R\$ 500.000,01 a R\$ 1.000.000,00	<input type="checkbox"/> De R\$ 1.000.000,01 a R\$ 2.500.000,00
<input type="checkbox"/> De R\$ 2.500.000,01 a R\$ 5.000.000,00	<input type="checkbox"/> Acima de R\$ 5.000.000,01	<input type="checkbox"/> Não desejo informar
QUALIFICAÇÃO DOS REPRESENTANTES LEGAIS E ADMINISTRADORES		
Nome:		PEP? * <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não
CPF:	Cargo/Função	<input type="checkbox"/> Relacionamento Próximo
Nome:		PEP? * <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não
CPF:	Cargo/Função	<input type="checkbox"/> Relacionamento Próximo
Nome:		PEP? * <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não
CPF:	Cargo/Função	<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.		
Nome do Responsável pela Empresa:	CPF:	
Assinatura do Responsável :	Data:	
<p>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</p> <p>TODOS OS CAMPOS DO FORMULÁRIO SÃO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO</p>		

Escreva por extenso o nome completo do responsável legal

Informe o CPF do responsável

Nome do Responsável pela Empresa:	CPF:
Assinatura do Responsável :	Data:

Neste campo o Formulário deverá ser assinado

Informe a data do preenchimento deste formul