|  |
| --- |
| **Nome do Segurado/Razão Social:**       |
| **Nº da Apólice:**       | **Nº do Sinistro:**        |  **Cultura:**      |

|  |  |
| --- | --- |
|  |  **DADOS DO SOLICITANTE** |
| **Nome do Solicitante:**       |
| **Telefone de Contato:**       |
| **E-mail:**       |

|  |
| --- |
| **Eu,**       |
| **portador do CPF**       | **na qualidade de segurado, venho por meio deste formulário,** |
| **solicitar que o processo acima seja revisado pelos seguintes motivos:** |
|       |
|                      |
|       |
|  |
|       |

**Ciente de que o Prazo de conclusão do pedido de Reanálise são de 30 dias a partir da data abaixo informada.**

|  |  |
| --- | --- |
| Local / Data        | Assinatura do Segurado/Corretor        |

**Importante:**

* Anexar a este formulário devidamente preenchido, os documentos que se encontrarem pendentes para apoio e agilidade no processo de análise/reanálise do sinistro.
* Após o preenchimento, enviar este formulário assinado para **sinistroagro@sompo.com.br** com o título do e-mail: **Solicitação de Reanálise.**