|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **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**](mailto:sinistroagro@sompo.com.br) com o título do e-mail: **Solicitação de Reanálise.**