AVISO DE SINISTRO

Nº do Sinistro: Nº _____

da Apólice: _____

SANCOR SEGUROS

SEGURADO

Nome Completo / Razão Social:

CPF / CNPJ: Data de Nascimento: Estado Civil:

Endereço:

Nº Complemento: Bairro:

Cidade: CEP: UF:

E-mail:

DDD/Telefone: DDD/Celular:

SINISTRO

Data de Ocorrência: ____/____ _____/_____ Hora: _____

Endereço da Ocorrência: _____

Descrição detalhada da Ocorrência: _____

_____

BENS DANIFICADOS

Item Danificado	Marca/Modelo/N° de Série	Tempo de Uso	Reparo/Substituição

Possui apólice com outra Seguradora, para o mesmo endereço? Caso possua, informar qual e/ou quais:

☐ NÃO ☐ SIM, junto a Seguradora _____

Declaro que as informações coletadas no presente formulário serão transmitidas única e exclusivamente para a Seguradora, para a finalidade de regulação do processo de sinistro.

Data: _____/_____/ _____ _____

Assinatura/Segurado

Sancor Seguros do Brasil S.A.
Av. Duque de Caxias, 882 New Tower Plaza - Torre 2 Zona 1 - CEP 87013-180 - Zona 01 - Maringá - PR - Brasil
CNPJ: 17.643.407/0001-30 • Telefones: 4003 0395 (capitais e regiões metropolitanas) | 0800 200 0395 (demais localidades)
www.sancorseguros.com.br