|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Dados do Vistoriador / Regulador:** | | | | | | |
| **Nome completo:** | | | | | | |
| **RG:** | | **CPF:** | | **Data Nascimento:** | | |
| **Estado Civil:** | | **E-mail de Contato:** | | **Telefone:**  ( ) | | |
| **Endereço de base:** | | | | **Nº:** | | **Complemento:** |
| **Bairro:** | **Cidade:** | | | **Estado:** | | **CEP:** |
| **Razão Social:** | | | | **CNPJ empresa:** | | |
| **Dados Bancarios:** | **Agência:** | | **Conta Corrente:** | | **PIX:** | |
| **Banco:** | **Nº.** | | **Nº.** | | **Nº.** | |

|  |
| --- |
| **Quem somos:**  A NKX Regulações atua no mercado brasileiro desde 2015, desempenhando atividades de vistorias presenciais e mobile, além da regulação de sinistros em todo o território nacional. Contamos com uma equipe de profissionais altamente especializados em gestão de sinistros no setor de seguros.  **Nossos Serviços:**  Atuamos no segmento de regulações de sinistros, promovendo a capacitação das equipes de regulação interna das seguradoras, especificamente nas áreas de ramos elementares sendo eles: Habitacional, Massificados, Property, Grandes Riscos e Risco de Engenharia.  Realizamos análises independentes para respaldar o processo de sinistro, assegurando a imparcialidade e qualidade em nossos serviços. |

**D E C L A R A Ç Ã O**

Eu, .........................................................................................., portador(a) do CPF nº ......................................... e do RG nº .................................., residente e domiciliado(a) à ...................................................................................................., declaro para os devidos fins que não possuo carteira SUSEP.

Esta declaração está de acordo com a legislação vigente, e quaisquer tentativas de obter ou utilizar a carteira SUSEP, serão consideradas uma violação das normas estabelecidas pela Superintendência de Seguros Privados (SUSEP).

Assumo total responsabilidade pelas informações aqui prestadas e estou ciente das implicações legais, em caso de descumprimento, estando proibido de realizar quaisquer atividades por esta empresa, NKX REGULAÇÕES.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nome:

CPF:

São Paulo/SP, \_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de 2025.