

ATRASSO DE BAGAGEM

AVISO DE SINISTRO

Prezado (a) Segurado (a),

A partir de agora seu sinistro passará a ser analisado por uma equipe focada em atender suas necessidades. E para que tenha um melhor atendimento e agilidade no processo de seu sinistro, pedimos a gentileza de preencher algumas informações listadas abaixo, bem como providenciar a cópia dos seguintes documentos:

- Cópia do RG, CPF e comprovante de residência do segurado e beneficiário;
- Cópia do Bilhete de Seguro e Voucher;
- Cópia das passagens aéreas;
- Relatório comprobatório de perda, emitido pela companhia transportadora responsável P.I.R (Property Irregularity Report), onde foi comunicado o ocorrido à Empresa Aérea;
- Tíquete de bagagem original;
- Notas Fiscais originais, dos valores gastos na compra de roupas e produtos de higiene;
- Comprovante de entrega da bagagem (se houver).

As indenizações ou reembolsos são pagos em até 30 dias, contados a partir da entrega de todos os documentos apresentados pelo segurado.

A contagem do prazo poderá ser suspensa quando, no caso de dúvida, forem solicitados novos documentos.

Neste caso voltará a contar novamente 30 dias a partir do dia útil subsequente ao recebimento do documento

Importante ressaltar que o seguro é individual e que precisaremos dos documentos de cada passageiro envolvido.

Lembramos que estamos à disposição para quaisquer esclarecimentos que se fizerem necessários.

Atenciosamente,

STARR INTERNATIONAL BRASIL SEGURADORA S.A.

**ATRASO DE BAGAGEM
AVISO DE SINISTRO**

A Bagagem foi localizada?

Em caso positivo, informar o dia e o horário da entrega:

Breve relato da ocorrência:

<hr/>	/	/
Assinatura do Segurado (a)		Data

ATRASO DE BAGAGEM
LISTA DE ITENS – DEMORA DE BAGAGEM

Para dar continuidade a análise do seu processo de sinistro envolvendo sua mala, por favor, liste abaixo as despesas efetuadas com os itens de primeira necessidade por conta da demora da entrega da sua bagagem.

Preenchimento em Português

Descrever a moeda utilizada:

Descrição do Item	Nome da Loja	Data da compra	Quantidade	Valor unitário	Valor total

Assinatura do Segurado (a)

/ /
Data

ATRASO DE BAGAGEM
CONFIRMAÇÃO EXISTÊNCIA DE SEGURO (S)

Para um melhor atendimento e análise do seu processo de sinistro, pedimos a gentileza de preencher as informações abaixo.

☐ Declaro que **POSSUO** outro seguro com a mesma cobertura

Ao assinar este documento, declaro estar ciente que a seguradora poderá rever o valor a ser indenizado, caso seja constatada a concorrência entre apólices que cubram o mesmo evento, será aplicado a cláusula de concorrência de apólice conforme determinação da SUSEP.

Nome da Seguradora: _____

Número da apólice / certificado:

Valor da Importância Segurada:

☐ Declaro que **NÃO POSSUO** outro seguro com a mesma cobertura.

☐ Sim ☐ Não Segurado é uma Pessoa Politicamente Exposta

Assinatura do Segurado (a) _____ Data _____

ATRASO DE BAGAGEM
AUTORIZAÇÃO DE CRÉDITO EM CONTA BANCÁRIA

Prezado (a) Segurado (a),

Solicitamos a gentileza de preencher os dados bancários para o eventual pagamento da indenização.

Lembramos que o pagamento da indenização será efetuado somente mediante a caracterização da cobertura do evento, bem como a apresentação de todos os documentos solicitados.

Após a conclusão e sendo constatada a cobertura, autorizo a Starr International Brasil Seguradora S/A a efetuar o pagamento do sinistro acima mencionado, mediante crédito na conta indicada.

Segurado é o titular da conta ☐ Sim ☐ Não

Senão, qual é a relação com o segurado ☐ Cônjuge ☐ Filhos

Envia cópia do RG / CPF / Comprovante de Residência

Obedecendo a Circular 445 não é possível pagamento a beneficiário sem aparente relação com o segurado, sem razão justificável.

Assinale, por favor, o tipo de conta:

<input type="checkbox"/> Conta Poupança	<input type="checkbox"/> Individual	<input type="checkbox"/> Conjunta
<input type="checkbox"/> Conta Corrente	<input type="checkbox"/> Individual	<input type="checkbox"/> Conjunta

Nome do Titular da Conta: _____

CPF do Titular da Conta: _____

Nome do Banco: _____ Número do banco: _____

Nome da Agência: _____

Número da Agência / Conta _____

_____ Assinatura do Segurado (a)	_____ Data
-------------------------------------	---------------