

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;
- Cópia do Bilhete de Seguro e Voucher;
- Carta de penalidade devidamente preenchida e carimbada pela agência (modelo anexo);
- Atestado de Óbito (do Segurado, Cônjuge, pai, mãe, irmão ou filho do Segurado, conforme o caso);
- Relatório Médico e cópia dos exames complementares que comprovem a internação hospitalar (do Segurado, Cônjuge, pai, mãe, irmão ou filho do Segurado, conforme o caso);
- Comprovante de vínculo familiar (do Cônjuge, pai, mãe, irmão ou filho do Segurado, conforme o caso);
- Cópia da Notificação para comparecimento em juízo e do processo judicial;
- Cópia da Decretação de Quarentena com especificação da causa e condições de internação;
- Comprovante de compra das passagens/hospedagem ou contrato de viagem válido;
- Faturas e recibos que comprovem os pagamentos efetuados à agência de viagem e/ou operador turístico onde as viagens foram contratadas;
- Cópia do contrato da prestação de serviços da agência discriminando as penalizações e custos a serem arcados pelo Segurado.
- Comprovante de cancelamento dos serviços contratados
- Cópia do contrato da prestação de serviços da agência discriminando as penalizações e custos a serem arcados pelo Segurado

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

Os documentos deverão ser enviados pelo correio:

***Departamento de Seguros da Assist Card***

***Av. Paulista, 1079 – 16ª andar – Bela Vista – São Paulo – SP CEP: 01311-200***

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

Atenciosamente,

STARR INTERNATIONAL BRASIL SEGURADORA S.A.

---

---

---

---

**CANCELAMENTO DE VIAGEM**  
**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 do bilhete de seguro/ 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

**CANCELAMENTO DE VIAGEM**  
**CARTA DE PENALIDADE**

**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:

☐ Conta Poupança ☐ Individual ☐ Conjunta  
☐ Conta Corrente ☐ Individual ☐ Conjunta

Por favor, informar os dados abaixo:

Nome do Titular da Conta: \_\_\_\_\_

CPF do Titular da Conta: \_\_\_\_\_

Nome do Banco: \_\_\_\_\_

Número do banco: \_\_\_\_\_

Nome da Agência: \_\_\_\_\_

Número da Agência / Conta \_\_\_\_\_

Reconheço ainda, que a seguradora poderá solicitar documentos adicionais, dentro dos termos da legislação brasileira de seguros em vigor, de modo que possibilite a maior transparência durante a análise do sinistro em questão.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Segurado (a)

\_\_\_\_\_  
Data

**CANCELAMENTO DE VIAGEM**  
**CARTA DE PENALIDADE**

NOME COMPLETO	No VOUCHER / CERTIFICADO

Detalhes dos pagamentos realizados pelo(s) passageiro(s) em referência, com relação à viagem que cancelaram por decisão própria.

Pagamentos realizados por este(s) passageiro(s):

DATA	RECIBO No	VALOR (R\$ / US\$)

As penalidades de cancelamento, de acordo com o contrato assinado são as seguintes:

TIPO	VALOR TOTAL	MULTA	MOTIVO
<b>Aéreo</b>			
<b>Hotel / Traslados</b>			
<b>Excursões/Cruzeiros</b>			
<b>Gastos com Reserva</b>			
<b>Outros</b>			

Total pago pelo(s) passageiro(s):

Total penalidades/multas:

Os cálculos encontram-se a disposição do(s) passageiro(s) em nossa agencia.

Declaramos sob juramento de lei que os dados mencionados são autênticos e refletem fielmente a realidade do ocorrido.

**Carimbo da agência/operadora obrigatório.**