

INTERRUPÇÃO DE VIAGEM
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;
- 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
- Carta relatando os prejuízos ocorridos em razão da interrupção;

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

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

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.

INTERRUPÇÃO DE VIAGEM

Data do ocorrido: _____ / _____ / _____

Breve relato da ocorrência:

INTERRUPÇÃO 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 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

INTERRUPÇÃO DE VIAGEM
Autorização de Crédito em Conta Corrente

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