

SEGURO 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 das passagens aéreas completas;
- Cópia do Bilhete de Seguro e Voucher;
- Cópia do PIR (Notificação de extravio de bagagem emitida no aeroporto);
- Etiquetas com o peso da bagagem;
- Cópia do passaporte com entrada e saída do país visitado;
- Cópia do comprovante de indenização recebida da companhia transportadora;
- Documento fornecido pela companhia transportadora formalizando o extravio definitivo da bagagem;

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

OBS.: Caso haja necessidade outros documentos poderão ser solicitados pela seguradora.

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.

SEGURO BAGAGEM
AVISO DE SINISTRO

Data da ocorrência: / /

Breve relato da ocorrência:

Assinatura do Segurado (a)

Data

/ /

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/Certificado/Apólice:

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

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

Assinatura do Segurado (a)

/ /
Data