

ATRASSO 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;
- Tiquete de bagagem original;
- Notas Fiscais originais, dos valores gastos na compra de roupas e produtos de higiene;
- Comprovante de entrega da bagagem (se houver).

Durante o curso da análise, caso necessário, poderá ser solicitado o envio dos documentos originais por via postal. No caso de ser requerido, documentos deverão ser enviados pelo correio ao seguinte endereço:

*Departamento de Seguros da Assist Card
Edifício River One – Rua Gerivatiba 10º andar
Butantã – São Paulo – SP – Cep 05501-030*

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.

ATRASSO BAGAGEM
AVISO DE SINISTRO

A Bagagem foi localizada?

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

Breve relato da ocorrência:

Assinatura do Segurado (a)

/ /
Data

ATRASSO BAGAGEM
AVISO DE SINISTRO

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

ATRASSO BAGAGEM
AVISO DE SINISTRO

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

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