

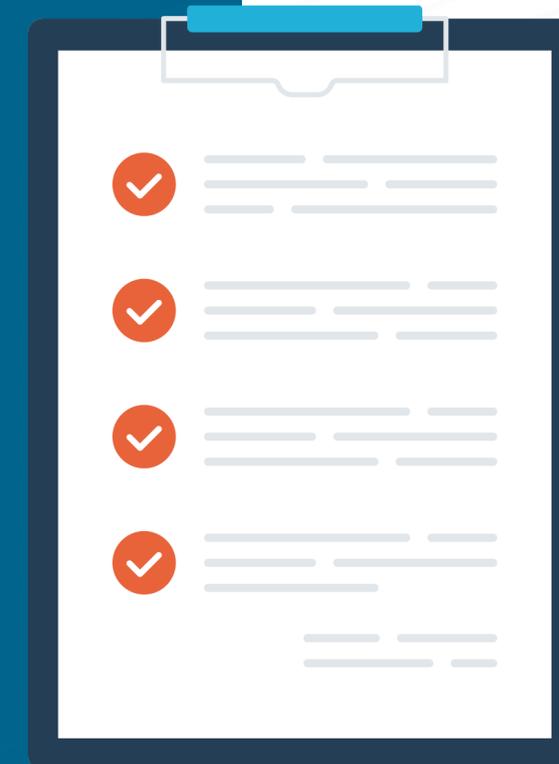
RELAÇÃO DE DOCUMENTOS PARA LIQUIDAÇÃO DE SINISTRO

Seguem abaixo informações sobre os procedimentos para solicitação de reembolso de todas as coberturas:

Para liquidação de sinistro, é necessário o envio pelo Segurado ou Beneficiário(s) dos documentos básicos a seguir indicados, além daqueles previstos nas Condições Especiais de cada Cobertura contratada, sendo que, no caso de envio de cópias simples ou digitalizadas, a seguradora poderá em qualquer momento durante a regulação do sinistro, solicitar as vias originais ou cópias autenticadas de tais documentos.

Segurado: Pessoa física sobre a qual se procederá a avaliação do risco e se estabelecerá o Seguro.

Beneficiário: Pessoa física ou jurídica designada pelo Segurado para receber o valor do Capital Segurado, na hipótese de sua morte devidamente coberta.

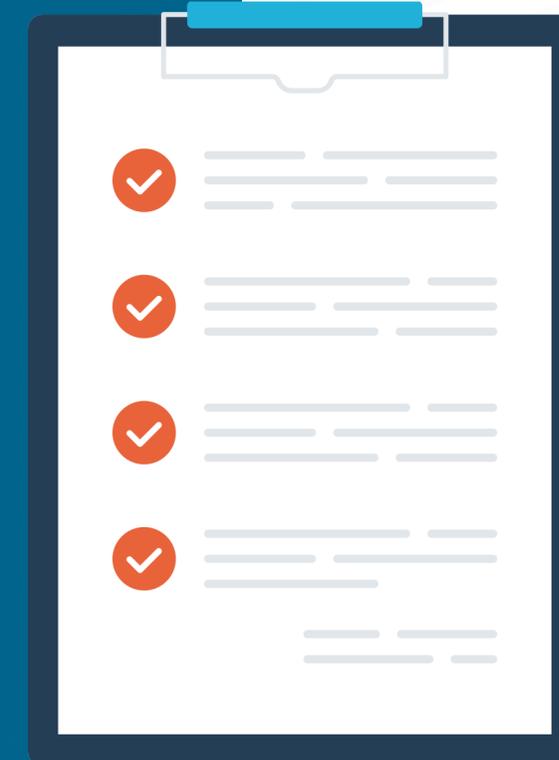


RELAÇÃO DE DOCUMENTOS PARA LIQUIDAÇÃO DE SINISTRO

Caso esteja solicitando reembolso para duas coberturas diferentes, por favor preencha dois formulários de Aviso de Sinistro separados.

O segurado deverá enviar a documentação escaneada para o e-mail: **reembolso@itatravelcard.com.br**.

Informamos que comunicações a respeito de reembolso devem ser feitas com o devido setor, preferencialmente através do e-mail **reembolso@itatravelcard.com.br** ou através do telefone **+55 (21) 3031-8569**, em horário comercial.



PARA QUALQUER SINISTRO:

- a) Formulário de aviso de sinistro;
- b) Formulário de Autorização para Pagamento de Indenização/Reembolso de Despesas, se aplicável.



DOCUMENTOS DO SEGURADO:

- a)** Carteira de Identidade (RG) ou Certidão de Nascimento, quando menor(es) de 18 anos;
- b)** CPF;
- c)** Comprovante de residência;
- d)** Comprovante da Viagem (passaporte e passagens);



DOCUMENTOS DO(S) BENEFICIÁRIO(S) MAIOR(ES) DE 18 ANOS:

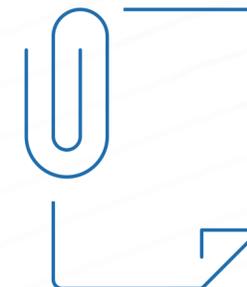
- a)** Carteira de Identidade (RG);
- b)** CPF;
- c)** Comprovante de residência;
- d)** Certidão de Nascimento (se solteiro) ou Certidão de Casamento emitida após o óbito do Segurado;
- e)** Em caso de companheiro(a), além dos documentos indicados acima, providenciar:
 - i.** Cópia da anotação na Carteira de Trabalho; ou
 - ii.** Comprovante de Dependente do INSS ou no Imposto de Renda; ou
 - iii.** Declaração de União Estável registrada em cartório pelo Segurado, com data anterior à ocorrência do sinistro, com declaração de duas testemunhas atestando que o Segurado vivia maritalmente, especificando data e se deixou filhos, com assinatura reconhecida em cartório.
- f)** Termo de Curatela, no caso de Beneficiário(s) incapaz(es).



DOCUMENTOS DO(S) BENEFICIÁRIO(S) MENOR(ES) DE 18 ANOS:

- a)** Carteira de Identidade (RG);
- b)** Certidão de Nascimento (se solteiro) ou Certidão de Casamento emitida após o óbito do Segurado;
- c)** Termo de Curatela, no caso de Beneficiário(s) incapaz;
- d)** Termo de Tutela ou, na impossibilidade deste, termo de representação cabível, quando se tratar de Beneficiário(s) menor(es), órfão(s) de pai e mãe.

Não serão aceitos relatórios médicos realizados por membro(s) da família ou de pessoa que esteja convivendo com o Segurado, independentemente de esta pessoa ser um médico habilitado.



AVISO DE SINISTRO - SEGURO VIAGEM

NÚMERO DA APÓLICE / BILHETE		NOME DO PRODUTO	
NOME DO SEGURADO		DATA DE NASCIMENTO	CPF
NOME DO SINISTRADO		DATA DE NASCIMENTO	CPF
CLASSIFICAÇÃO	<input type="checkbox"/> TITULAR	<input type="checkbox"/> CÔNJUGE	<input type="checkbox"/> FILHO
DATA DO OCORRIDO	HORA	LOCAL	HOUVE REGISTRO POLICIAL?

TIPO DE OCORRÊNCIA:

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> DESPESAS MÉDICAS HOSPITALARES | <input type="checkbox"/> CANCELAMENTO OU INTERRUÇÃO DE VIAGEM | <input type="checkbox"/> PRORROGAÇÃO FORÇADA DAVIAGEM |
| <input type="checkbox"/> DESPESAS ODONTOLÓGICAS | <input type="checkbox"/> REGRESSO ANTECIPADO | <input type="checkbox"/> ROUBO OU FURTO QUALIFICADO EQUIPAMENTOS ELETRONICOS |
| <input type="checkbox"/> TRANSLADO DE CORPO | <input type="checkbox"/> DESPESAS FARMACÊUTICAS | <input type="checkbox"/> INCLUSÃO DE GESTANTES |
| <input type="checkbox"/> REGRESSO SANITÁRIO | <input type="checkbox"/> BAGAGENS | <input type="checkbox"/> TRANSLADO EXECUTIVO |
| <input type="checkbox"/> TRANSLADO MÉDICO | <input type="checkbox"/> DANOS À MALA | <input type="checkbox"/> ATRASO OU CANCELAMENTO DO VÔO |
| <input type="checkbox"/> MORTE ACIDENTAL | <input type="checkbox"/> FUNERAL | <input type="checkbox"/> FISIOTERAPIA |
| <input type="checkbox"/> INVALIDEZ PERMANENTE TOTALPOR ACIDENTE | <input type="checkbox"/> ESPORTES DE COMPETIÇÃO AMADORA | <input type="checkbox"/> VISITA AO SEGURADO HOSPITALIZADO |

DESCREVER COM DETALHES A MANEIRA COMO OCORREU O SINISTRO (EX: SINTOMAS QUE MOTIVARAM O ATENDIMENTO MÉDICO, O QUE MOTIVOU O CANCELAMENTO DA VIAGEM, ETC.)
