

# RELAÇÃO DE DOCUMENTOS PARA LIQUIDAÇÃO DE SINISTRO

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

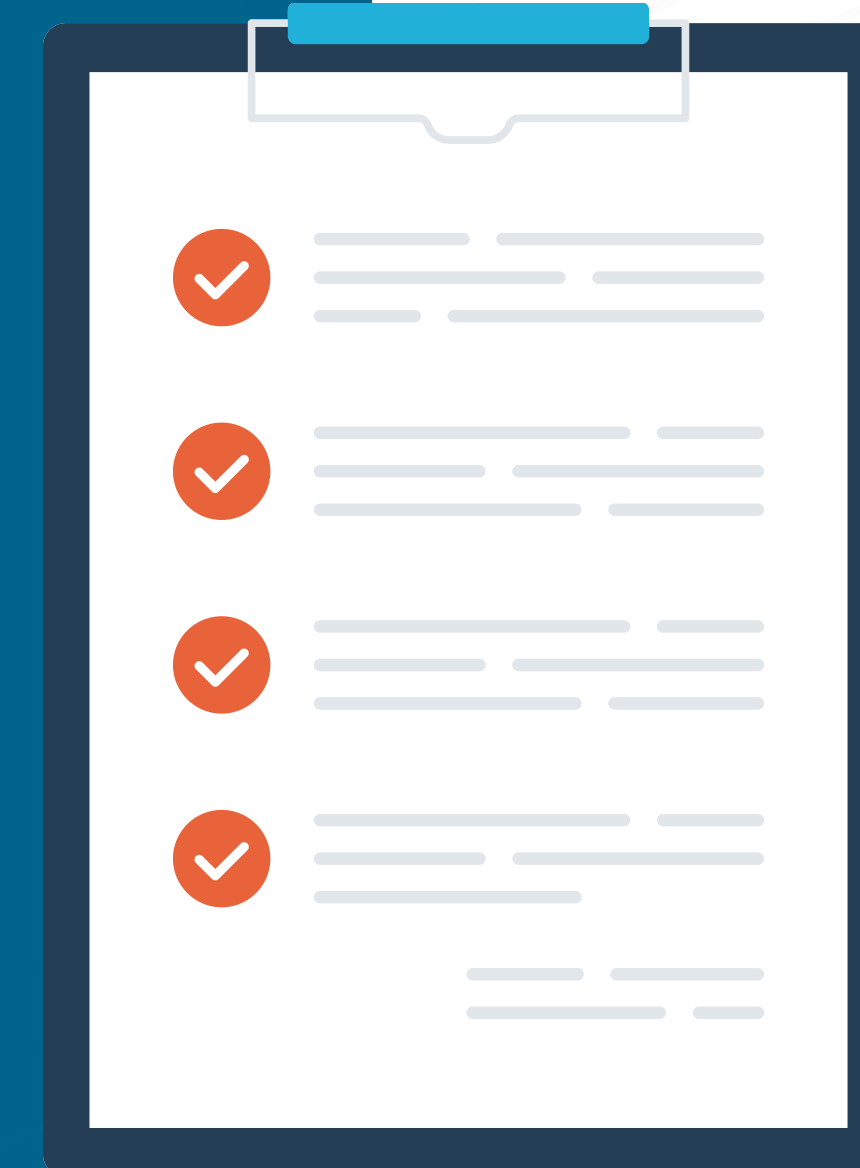
Para liquidação de sinistro, é necessário o envio pelo Segurado ou Beneficiário(s) dos documentos básicos a seguir indicados, além daqueles específicos de cada cobertura.  
**Confira os documentos que cada cobertura necessita na página do site:**

<https://itaseguroviagem.com.br/reembolso/>

Os documentos indicados abaixo não precisam ser autenticados, isso somente é exigido para os documentos específicos de cada cobertura

**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

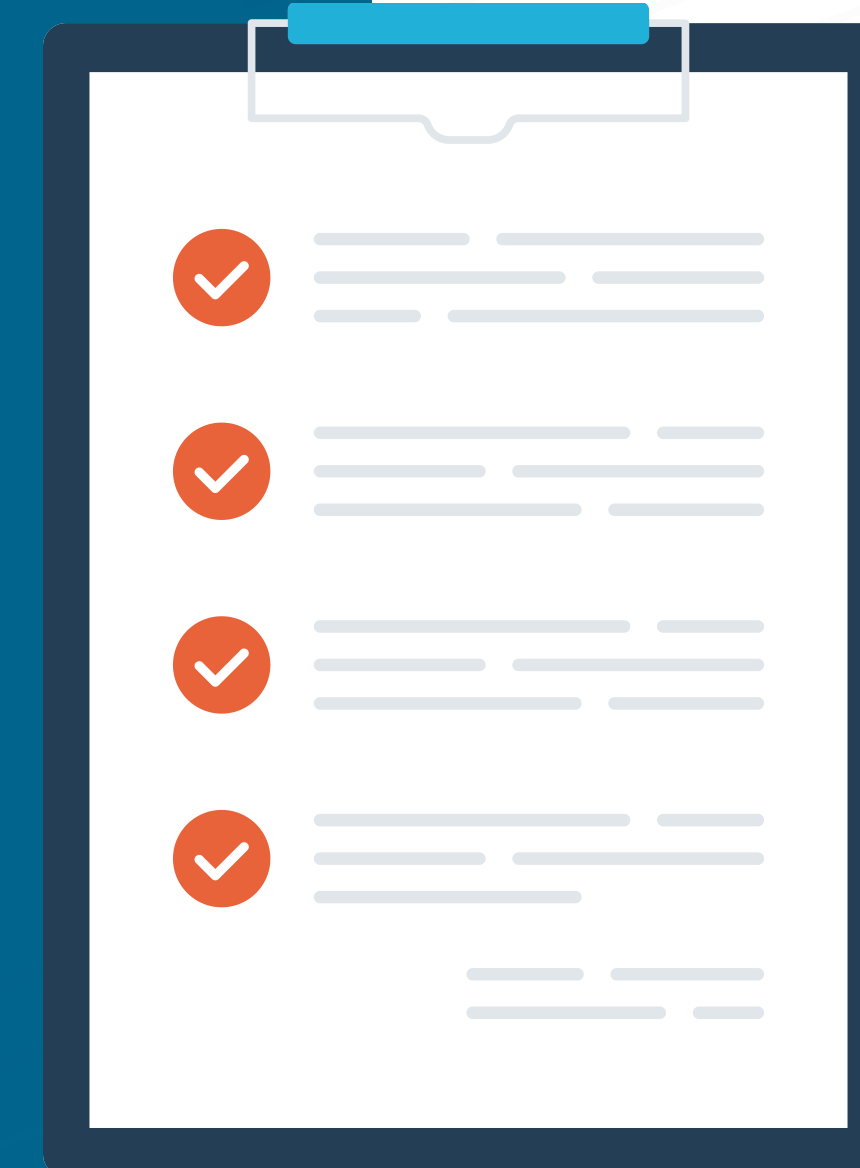
Caso esteja solicitando reembolso para duas coberturas diferentes, por favor preencha dois formulários de Aviso de Sinistro separados.

A documentação original ou autenticada deve ser enviada para o seguinte endereço via Correios ou portador. Não possuímos equipe para atender o cliente presencialmente.

Rua Visconde de Inhaúma, 37, 11º andar - Centro  
Rio de Janeiro - CEP 20091-007

Documentos recebidos por e-mail poderão ser verificados em caso de dúvidas, porém não terão validade para prosseguimento do processo de reembolso junto à seguradora.

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:

Formulário disponibilizado pela Seguradora e devidamente preenchido em todos os seus campos:

**a)** Formulário de Aviso de Sinistro; **(anexo I)**



## 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.)

---