

RELAÇÃO DE DOCUMENTOS PARA LIQUIDAÇÃO DE SINISTRO

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

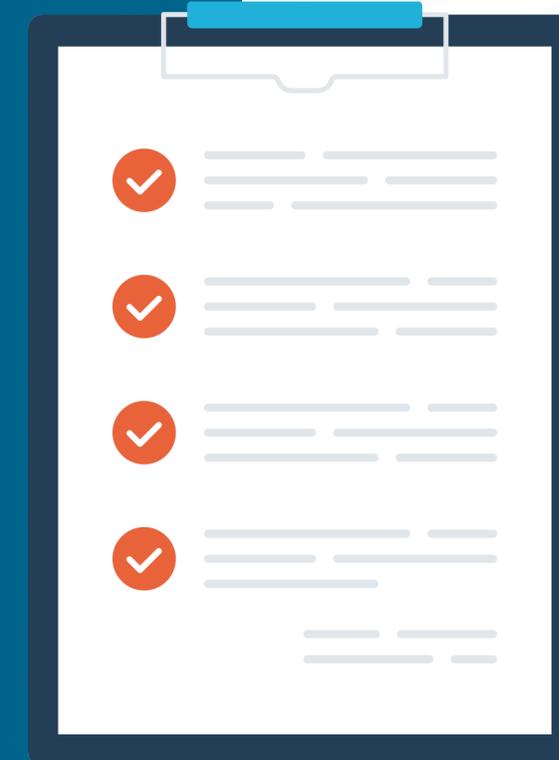
Para liquidação de sinistro, é necessário o envio pelo Segurado ou Beneficiário(s) dos documentos básicos a seguir indicados, além daqueles específicos de cada cobertura. **Confira os documentos que cada cobertura necessita na página do site:**

<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

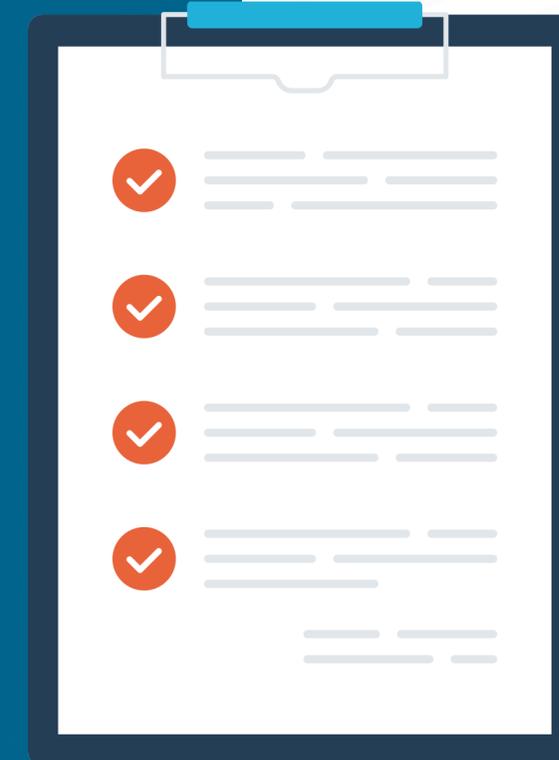
Caso esteja solicitando reembolso para duas coberturas diferentes, por favor preencha dois formulários de Aviso de Sinistro separados.

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:

Formulários disponibilizados pela Seguradora e devidamente preenchidos em todos os seus campos:

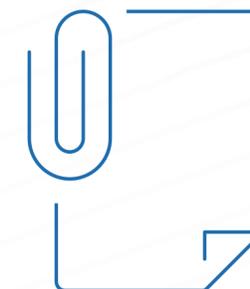
a) Formulário de Aviso de Sinistro; (**anexo I**)

b) Formulário de Autorização para Pagamento de Indenização/Reembolso de Despesas na conta de terceiros (Termo de Cessão), se aplicável; (**anexo II**)

- O formulário Termo de Cessão de Direitos só deverá ser preenchido se o segurado não tiver conta em banco, ou se quiser que o depósito seja feito em outra conta, e, sendo assim, deverá indicar uma conta bancária para o depósito usando este formulário.

c) Declaração de Residência, se aplicável. (**anexo III**)

- No caso do formulário Declaração de Residência, só precisará ser preenchido se o segurado não tiver um comprovante de residência válido (contas de celular, luz, telefone, gás ou água) **em seu nome**. O titular do comprovante de residência deverá assinar o formulário, e o comprovante de residência (cópia comum) deverá estar no nome do mesmo.



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:

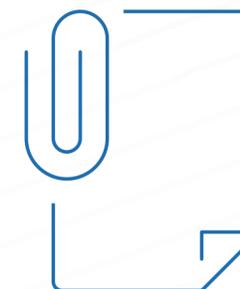
- a)** Carteira de Identidade (RG);
- b)** CPF;
- c)** Comprovante de residência;
- d)** Certidão de Nascimento (se solteiro) ou Certidão de Casamento emitida após o óbito do Segurado;
- e)** Em caso de companheiro(a), além dos documentos indicados acima, providenciar:
 - i.** Cópia da anotação na Carteira 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.)

Anexo II

Invest
SEGUADORA

TERMO DE CESSÃO DE DIREITOS SEGURO DE VIAGEM

Pelo presente instrumento particular de cessão de direitos de crédito, eu, _____
_____, doravante denominado cedente, portador (a) do R.G. nº _____,
C.P.F. nº _____, domiciliado(a) na _____
(endereço completo: Rua/Avenida/alameda/praça etc, Cidade, Cep e UF), venho de livre e espontânea vontade, para os devidos fins
e efeitos de direito e sob as penas da Lei, expressar meu desejo em ceder a minha cota parte da importância segurada do
seguro viagem em que sou beneficiário(a) à _____
_____ (nome do recebedor/cessionário), doravante denominado(a) cessionário(a), portador do
R.G. nº _____, C.P.F. nº _____, referente ao Seguro em nome de
_____ (nome do segurado),
proposta/apólice nº _____, cujo evento _____ (especificar causa), ocorreu em ____ / ____ / ____.

Esta cessão e transferência são feitas em caráter irrevogável e irretratável, prevalecendo entre as partes e seus eventuais
sucessores.

Local e Data

ASSINATURA DO CEDENTE
(RECONHECER FIRMA POR AUTENTICIDADE)

ASSINATURA DO CESSIONÁRIO
(RECONHECER FIRMA POR AUTENTICIDADE)

Anexo III - Declaração de Residência

A declaração deve ser feita por um parente do sinistrado, desde que não seja seu beneficiário ou interessado.

DECLARAÇÃO

Eu, _____

portador do RG nº _____, CPF _____

estado civil de _____, residente na _____

na qualidade de _____ (citar o grau de parentesco),

Declaro para os devidos fins e efeitos que o(a) Sr.(a), _____

_____segurado(a), não possui(a)

comprovante de endereço em seu nome e que reside(ia) no seguinte endereço:

Rua, Av. (ou outro tipo de logradouro) _____

_____ Bairro: _____

Cidade: _____ Estado: _____ CEP: _____

_____, de _____ de 20____

Assinatura

Observação: A declaração de endereço (efetuada por terceiro) é utilizada nos casos em que a pessoa não possui nenhum comprovante em seu nome, porém nos casos dos beneficiários, os mesmos são possuidores de contas bancárias e conseqüentemente de comprovantes de endereço. Os comprovantes também podem ser da fatura do cartão de crédito, boletos bancários de faculdade/escola, FGTS, contrato de aluguel.