SOMPO SEGUROS

ASSISTÊNCIA MÉDICA

- Cópia RG e CPF ou CNH do (a) segurado (a) reclamante. Caso o (a) segurado (a) não possua RG e CPF, enviar a Certidão de nascimento.

- Cópia do Comprovante de residência atualizado em até 03 meses. **Caso o segurado não possua um comprovante de residência em seu nome enviar a Declaração de residência preenchida, assinada e com firma reconhecida;**

- **Declaração de residência:** O modelo 01 **(página 06)**, **para maiores de idade**, deste documento deve ser preenchido, assinado e reconhecida firma do segurado.

  O modelo 02 **(página 06)**, **para menores de idade**, deve ser preenchido, assinado e reconhecida firma pelos responsáveis legais do segurado.

  Em ambos os casos, deve ser encaminhado junto com a declaração, cópia do comprovante de residência atualizado e RG/CPF do beneficiário.

- Cópia do voucher do (a) segurado (a) reclamante;

- Formulário de informações cadastrais original, preenchido completamente pelo (a) segurado (a) / beneficiário (a); **(página 07)**

- Comprovante de Dados Bancários (Cópia do cabeçalho do extrato bancário ou cópia de uma folha de cheque); **Caso o (a) segurado (a) não possua conta bancária em seu nome ou é segundo titular de uma conta conjunta deve autorizar o crédito da indenização na conta de terceiros enviando a Carta de cessão.**

- **Carta de cessão: (página 04)** Este documento deve ser preenchido e assinado e com firma reconhecida pelo segurado em caso do mesmo não possuir conta bancária ou caso deseje que a indenização seja efetuada em conta de terceiros. Deve ser encaminhado junto à Carta de cessão os documentos pessoais (RG, CPF ou CNH, comprovante de residência e comprovante bancário) da pessoa que está autorizada a receber em nome do (a) segurado (a). **Em caso de conta jurídica ou corporativa**, deve-se encaminhar juntamente com a carta de cessão o contrato social da empresa, comprovante bancário da conta em questão e comprovante de residência atualizado em até 03 meses da empresa titular da conta.

- **Carta de cessão para menores: (página 05)** Este documento deve ser preenchido e assinado pelos responsáveis em caso do (a) segurado (a) ser menor de idade (18 anos) e não possuir conta bancária em seu nome. Os dados bancários informados neste documento devem ser apenas em nome dos responsáveis legais do menor. Deve ser encaminhado junto à Carta de cessão os documentos pessoais (RG, CPF ou CNH, comprovante de residência e comprovante bancário) do responsável que está autorizado a receber em nome do (a) segurado (a).**Em caso de conta jurídica ou corporativa**, deve-se encaminhar juntamente com a carta de cessão o contrato social da empresa, comprovante bancário da conta em questão e comprovante de residência atualizado em até 03 meses da empresa titular da conta.

- Cópia do passaporte (pág. de identificação + pág. com carimbos de entrada e saída do país);

- Bilhetes aéreo ida e volta (incluindo conexões);

- Relatório médico original, com descrição e valores dos procedimentos, fornecido pelo profissional da saúde (médico) ou centro médico, **com clara indicação do diagnóstico**, histórico clínico e formulário de admissão no caso de internação;

- Notas fiscais e recibos médicos originais do atendimento médico;

- Comprovante de pagamento do gasto médico. (Ex: Se pago com cartão, enviar a fatura);

- Relato do ocorrido no atendimento médico escrito à mão ou digitalizado (explicar o motivo do atendimento, **diagnóstico informado pelo médico** e como transcorreu o atendimento, tanto dos prestadores da Travel Ace quanto dos prestadores de saúde) pelo (a) segurado (a) /beneficiário (a).

- Relação de gastos preenchida completamente; **(página 03)**

- Telefone, endereço e e-mail para contato;

*** Poderão ser solicitados outros documentos no decorrer do processo**

Endereço para envio de documentos:
Av. Ipiranga, 353 – Centro – São Paulo – SP – CEP: 01046-010.

SOMPO SEGUROS

RELAÇÃO DE GASTOS A SEREM AVALIADOS PELA TRAVEL ACE

Eu, _____, voucher nº _____, informo abaixo os gastos médicos suportados por mim durante minha estadia em _____.

ITEM ADQUIRIDO	MOEDA	VALOR

SOMPO SEGUROS

CARTA DE CESSÃO
DE INDENIZAÇÃO DO SINISTRO DE SEGURO

Eu,_____, portador (a) do RG nº _____, UF __|__ e do CPF |__|__|__|__|__|__|__|__|__|-|__|__| na qualidade de Segurado ( ) / Beneficiário ( ), autorizo que o pagamento da indenização, do contrato do seguro, seja efetuado na conta abaixo: ( ) corrente ( ) poupança

Nome do titular da conta corrente/poupança: _____

CPF do titular da conta: |__|__|__|__|__|__|__|__|__|-|__|__|

Número da conta: _____ ( ) individual ( ) conjunta

Nome do banco: _____ Número do banco: |__|__|__|

Nome da agência: _____ Número da agência: |__|__|__|__|

Ref. Seg.: Seguro Travel Ace
Numero do voucher:
Cobertura reclamada:

Assinatura do segurado: _____ Data: ___/___/___

Obs: Deverá ser reconhecida firma da assinatura do segurado(a) em cartório, que está autorizando o crédito da indenização na conta de terceiros.

SOMPO SEGUROS

CARTA DE CESSÃO PARA MENORES DE 18 ANOS. INDENIZAÇÃO DE SINISTRO DE SEGURO

Eu,_____, portador (a) do RG nº _____, UF __|__ e do CPF |__|__|__|__|__|__|__|__|__|-|__|__|, declaro para os devidos fins, que sou responsável pelo menor _____, que não possui comprovante de dados bancários em seu nome, sendo assim, na qualidade de beneficiário, autorizo que o pagamento da indenização, do contrato de seguro, seja efetuado na conta abaixo.

( ) Corrente ( ) Poupança

Nome do titular da conta corrente/poupança: _____

CPF do titular da conta: |__|__|__|__|__|__|__|__|__|-|__|__|

Número da conta: _____ ( ) individual ( ) conjunta

Nome do banco: _____ Número do banco: |__|__|__|

Nome da agência: _____ Número da agência: |__|__|__|__|

Ref. Seg.: Seguro Travel Ace
Numero do voucher:
Cobertura reclamada:

Assinatura do beneficiário: _____ Data: ___/___/___

Obs: Deverá ser reconhecida firma da assinatura do segurado(a) em cartório, que está autorizando o crédito da indenização na conta de terceiros.

MODELO DE DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

MODELO 01 – PARA MAIORES DE 18 ANOS

Eu,_____, portador (a) do RG nº _____, UF __|__ e do CPF |__|__|__|__|__|__|__|__|__|-|__|__|, declaro para os devidos fins, que não possuo comprovante de residência em meu nome, e que resido à _____, e que os beneficiários _____ residem no endereço supra mencionado.

E por ser expressão da verdade, assino a presente declaração:

Local e data:

_____, _____ de _____ de _____.

_____
Assinatura com firma reconhecida do declarante.

****No campo "beneficiário" deve ser informado o nome da pessoa na qual é titular do comprovante que será anexado.**

MODELO 02 – PARA MENORES DE 18 ANOS

Eu,_____, portador (a) do RG nº _____, UF __|__ e do CPF |__|__|__|__|__|__|__|__|__|-|__|__|, declaro para os devidos fins, que _____ não possuem comprovante de residência em seu nome, e que residem à _____.

E por ser expressão da verdade, assino a presente declaração:

Local e data:

_____, _____ de _____ de _____.

_____
Assinatura com firma reconhecida do responsável pelo menor.

SOMPO SEGUROS

FORMULÁRIO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS, AUTORIZAÇÃO DE CRÉDITO E TERMO DE QUITAÇÃO DE SINISTRO DE VIDA – PESSOA FÍSICA.

Segurado ( )		Beneficiário ( )			
Sinistro nº		Data do sinistro		Ramo	
Bem sinistrado		Apolice			

DADOS CADASTRAIS			
NOME			
CPF		**PROFISSÃO**	
ENDEREÇO			
BAIRRO		**CEP**	
CIDADE		**UF**	
TELEFONE		**E-MAIL**	

DADOS BANCÁRIOS DO FAVORECIDO/BENEFICIÁRIO ACIMA

Relação de bancos conveniados com a Seguradora:
ABN-AMRO/ BANCOB/ BANCO DE BRASÍLIA/ BANCO DO BRASIL/ BANRISUL/ BRADESCO/ CEF/ CITIBANK/ HSBC/ ITAU/ MERCANTIL/ PAULISTA/ SAFRA/ SANTANDER/ SICRED

SERÁ ACEITA CONTA CORRENTE CONJUNTA, SOMENTE QUANDO O FAVORECIDO OU BENEFICIÁRIO FOR O TITULAR DA CONTA CORRENTE.

Declaro(amos) que a Seguradora não será responsável pelo descumprimento do pagamento da indenização, se este for oriundo de erro de dados cadastrais e bancários abaixo fornecidos:

Nome do banco	Nº do banco	Nº da agência	Dígito da agência	Nº da conta corrente/poupança	Dígito da conta corrente/poupança

Autorizo(amos) a Seguradora a efetuar o crédito no banco e conta corrente/poupança acima indicados.
Com a efetivação do crédito e consequentemente o pagamento da indenização de acordo com o contrato de seguro, outorgo à SOMPO SEGUROS S/A, livre de qualquer coação ou pressão, a mais ampla, plena, geral, irrevogável e irretratável quitação para nada mais reclamar, seja a que título for, em Juízo ou fora dele, no presente ou no futuro, com relação a todos os danos experimentados em virtude do sinistro acima indicado, renunciando expressamente do direito de pleitear qualquer indenização em face da Seguradora. Após este pagamento a Seguradora ficará sub-rogada até o limite do valor indenizado, em todos os direitos e ações do Segurado.

Documentos de apresentação obrigatória:
- Cópia do CPF e do comprovante de residência atualizado

Patrimônio estimado:
( ) Até R$ 100.000,00 ( ) De R$ 100.000,00 à R$ 300.000,00 ( ) De R$ 300.000,00 à R$ 500.000,00
( ) De R$ 500.000,00 à R$ 800.000,00 ( ) De R$ 800.000,00 à R$ 1.000.000,00 ( ) Acima de R$ 1.000.000,01
( ) Não desejo informar

Faixa de Renda Mensal:
( ) Até R$ 3.000,00 ( ) De R$ 3.000,01 à R$ 5.000,00 ( ) De R$ 5.000,01 à R$ 10.000,00
( ) Acima de R$ 10.000,01 ( ) Não possuo renda ( ) Não desejo informar

PEP?* ( ) Sim ( ) Não ( ) Relacionamento próximo

* Pessoas politicamente expostas (PEP) – São pessoas que desempenham ou tenham desempenhado no últimos cinco anos, no Brasil ou em territórios estrangeiros, cargos, empregos ou funções públicas relevantes, bem como os seus familiares, representantes e outras pessoas de seu relacionamento próximo.

ASSINATURA		**DATA**	

Conforme determina a Circular SUSEP 445/12, a entrega deste formulário preenchido é obrigatória no processo de regulação de sinistro e não implica no pagamento da indenização pela Seguradora, o qual poderá ser realizado somente após a análise do sinistro. A circular pode ser consultada no site da SUSEP – www.susep.gov.br

TODOS OS CAMPOS DO FORMULÁRIO SÃO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.