



Cancelamento de Viagem Padrão

- 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 08**), **para maiores de idade**, deste documento deve ser preenchido, assinado e reconhecida firma do segurado.

O modelo 02 (**página 08**), **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 09**)

- 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.

- E-mail do segurado para agência de viagens ou para a CIA marítima/aérea solicitando o cancelamento da viagem;

- Comprovante de pagamento de passagem de ida e volta para o país de viagem;
- Bilhetes aéreo ida e volta (incluindo conexões);
- Cópia do Contrato da Viagem (Quando houve a aquisição do pacote);
- Recibo do Pagamento da Viagem feito pela agência; (**Documento feito em papel timbrado, assinado e carimbado pela agência de viagens**)
- Cópia do comprovante do Pagamento da Viagem do passageiro:
 - **Em caso de pagamento em cartão de crédito**, enviar as faturas com as parcelas.
 - **Em caso de pagamento em cheque**, enviar a cópia do extrato bancário onde conste o débito do valor.
 - **Em caso de pagamento em dinheiro**, solicitar à agência que informe no recibo de pagamento a informação de que o pagamento foi à vista
- Carta informando o valor da MULTA cobrada ao segurado devido ao Cancelamento

a) Se Viagem Marítima: Documento emitido pela Empresa Marítima informando todas as multas geradas pelo cancelamento de viagem;

b) Se Viagem Aérea + Terrestre: Documento da Agência de Viagens em papel timbrado e com assinatura do agente de viagens, informando o valor de todas as multas geradas pelo cancelamento de viagem acompanhado dos cálculos;

- Cópia do contrato onde mostre a porcentagem da multa aplicada pelo Cancelamento de Viagem e comprovantes dos valores da multa;
- Regra tarifária das passagens aérea;
- Telefone, endereço e e-mail para contato.

ALÉM DOS DOCUMENTOS SOLICITADOS ACIMA, ENVIAR EM CASO DE:

1) Cancelamento por morte do segurado, pais, cônjuge, filhos ,irmãos ou sogro(a) (parentes de primeiro grau):

- Cópia da Certidão de Óbito;

- **Em caso de morte do segurado**, enviar "**Declaração de únicos herdeiros**" (**página 06**) juntamente com os documentos pessoais do(s) herdeiro(s) (RG/CPF ou CNH, comprovante de residência atualizado, comprovante bancário e formulário de informações cadastrais);

- **Em caso de morte de pais, cônjuge, filhos, irmãos ou sogro (a)**, enviar documento que comprove o vínculo familiar do segurado com o sinistrado (pessoa que sofreu o óbito).

a) Se pais ou filhos do segurado – Cópia do RG ou Certidão de Nascimento;

*b) Se cônjuge do segurado – Certidão de Casamento atualizada (tirada no cartório após a ocorrência do evento). Caso não seja possível emitir a certidão atualizada, enviar a Certidão de Casamento mais a Declaração de Convivência Marital (**página 07**) preenchida e com firma reconhecida.*

*c) Em hipótese do segurado não ser casado legalmente ou não possuir Certidão de Casamento, deverá encaminhar a Declaração de Convivência Marital (**página 07**) assinada e com reconhecimento de firma registrada em cartório.*

d) Se irmão do segurado – Cópia do RG do irmão e dos pais;

2) Cancelamento por acidente pessoal ou enfermidade grave do segurado ou por internação hospitalar por mais de 03 (três) dias em decorrência de acidente pessoal ou enfermidade declarada de forma repentina e de maneira aguda do cônjuge, pais, irmãos, filhos ou sogro(a) do segurado:

- Relatório de Internação Hospitalar (deve conter: data da internação, data da alta médica – se houver, CID - Código Internacional de Doença e informações do paciente)
- Relatório Médico/Histórico clínico informando o período necessário de repouso;
- Exames do sinistrado que conste o diagnóstico impeditivo da viagem.
- Caso de acidente automobilístico, encaminhar cópia do Boletim de Ocorrência.
- Documento que comprove o vínculo familiar do segurado com o sinistrado (pessoa que sofreu a internação)

a) Se pais ou filhos do segurado – Cópia do RG ou Certidão de Nascimento;

*b) Se cônjuge do segurado – Certidão de Casamento atualizada (tirada no cartório após a ocorrência do evento). Caso não seja possível emitir a certidão atualizada, enviar a Certidão de Casamento mais a Declaração de Convivência Marital (**página 07**) preenchida e com firma reconhecida.*

*c) Em hipótese do segurado não ser casado legalmente ou não possuir Certidão de Casamento, deverá encaminhar a Declaração de Convivência Marital (**página 07**) assinada e com reconhecimento de firma registrada em cartório.*

d) Se irmão do segurado – Cópia do RG do irmão e dos pais;

3) Cancelamento por Notificação Judicial do Segurado:

- Cópia da Notificação Judicial;

4) Cancelamento por Quarentena do Segurado:

- Declaração da Autoridade Sanitária informando que o Segurado deverá permanecer em quarentena, bem como informando a doença que o colocou em tal situação;

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

**Endereço para o envio dos documentos:
Av. Ipiranga, 353 - Centro - São Paulo – Cep.01046-010**



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.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS HERDEIROS

Eu, _____, portador (a) do RG nº _____, UF ____ e do CPF _____, residente à _____, declaro para os devidos fins sob pena de responsabilidade civil e criminal que o (a) Sr. (a) _____, faleceu em ____/____/____, no estado civil de _____, deixando como únicos herdeiros os beneficiários relacionados abaixo:

NOME COMPLETO DO BENEFICIÁRIO	RG	CPF	GRAU DE PARENTESCO

Declaro que o (a) segurado (a) vivia maritalmente com o (a) Sr. (a) _____, portador (a) do RG nº _____, UF ____ e do CPF _____, desde ____/____/____, até o seu falecimento, sendo esta convivência pública, contínua e duradoura estabelecida nos termos do artigo 1.723 do Código Civil e § 3º do artigo 266 da Constituição Federal de 1988, sem qualquer tipo de impedimento legal previsto no artigo 1.521 do Código Civil.

(Preencher nos casos em que o segurado seja: Casado (a) ou Solteiro (a) e conviva maritalmente, sendo que o nome da (o) esposa/marido/companheira(o) deverá constar na relação de beneficiários acima).

Por ser expressão da verdade, sem qualquer tipo de vício da vontade ou consentimento, assumem a responsabilidade pelas informações prestadas com o encargo de responderem perante os outros dependentes ou interessados quem possam reclamar o pagamento da indenização do seguro de vida contratado junto à SOMPO Seguros S/A.

_____, _____ de _____ de _____.
LOCAL DE DATA.

Declarante:
RG: _____ CPF: _____

Declarante:
RG: _____ CPF: _____

Testemunha 1
Nome: _____

Testemunha 2
Nome: _____

Reconhecer firma de todas as assinaturas. O cônjuge caso seja um dos beneficiários também deverá ser relacionado. A declaração deve ser preenchida pelos beneficiários.

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 conseqüentemente 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 irretroatável 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, <u>renunciando expressamente do direito de pleitear qualquer indenização em face da Seguradora</u> . 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: <input type="checkbox"/> Até R\$ 100.000,00 <input type="checkbox"/> De R\$ 100.000,00 à R\$ 300.000,00 <input type="checkbox"/> De R\$ 300.000,00 à R\$ 500.000,00 <input type="checkbox"/> De R\$ 500.000,00 à R\$ 800.000,00 <input type="checkbox"/> De R\$ 800.000,00 à R\$ 1.000.000,00 <input type="checkbox"/> Acima de R\$ 1.000.000,01 <input type="checkbox"/> Não desejo informar					
Faixa de Renda Mensal: <input type="checkbox"/> Até R\$ 3.000,00 <input type="checkbox"/> De R\$ 3.000,01 à R\$ 5.000,00 <input type="checkbox"/> De R\$ 5.000,01 à R\$ 10.000,00 <input type="checkbox"/> Acima de R\$ 10.000,01 <input type="checkbox"/> Não possuo renda <input type="checkbox"/> Não desejo informar					
PEP?* <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> 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.