



SOMPO SEGUROS

Invalidez Total ou Parcial por Acidente

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

O modelo 02 (**página 05**), **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 06**)

- 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 03)** 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 04)** 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 Boletim de Ocorrência;
- Cópia do CAT – Comunicação de Acidente de Trabalho;
- Relatório Médico autenticado preenchido pelo médico que faz o acompanhamento do segurado, informando o percentual de redução funcional apresentado após o fim do tratamento e/ ou fisioterapia;
- Cópia da CNH em caso de Acidente Automobilístico;
- Bilhetes aéreo ida e volta (incluindo conexões);
- Telefone, endereço e e-mail para contato.

***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 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.



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 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: () 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 regularização 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.