SOMPO SEGUROS

Traslado de corpo

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

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

- Cópia da certidão de óbito do segurado;

- Comprovante do pagamento do traslado para o Brasil, incluindo as despesas de transporte até o local de sepultamento;

- Relatório médico detalhado, atestando o atendimento (se óbito por causa natural ou acidental);

- Relação de gastos gerados pelo traslado do corpo; **(página 04)**

- Bilhetes aéreo ida e volta (incluindo conexões);

DOCUMENTOS DO BENEFICIÁRIO DO SEGURO:

- Declaração de cessão de direitos, com firma reconhecida; **(página 05)**

- Declaração de únicos herdeiros, com firma reconhecida; **(página 06)**

- Declaração de convivência marital, com firma reconhecida, caso o beneficiário seja o conjunge; **(página 09)**

- Cópia do RG/CPF ou CNH dos herdeiros (se menor, enviar certidão de nascimento);

- Cópia do Comprovante de residência atualizado em até 03 meses. **Caso o beneficiário 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 10)**, **para maiores de idade**, deste documento deve ser preenchido, assinado e reconhecida firma do segurado.

  O modelo 02 **(página 10)**, **para menores de idade**, deve ser preenchido, assinado e reco nhecida 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.

- Formulário de informações cadastrais original, preenchido completamente pelo (a) segurado (a) / beneficiário (a); **(página 11)**

- Telefone, endereço e e-mail para contato.

- Comprovante de Dados Bancários (Cópia do cabeçalho do extrato bancário ou cópia de uma folha de cheque); **Caso o (a) beneficiário (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 07)** Este documento deve ser preenchido e assinado e com fir-

ma 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 08)** 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.

ALÉM DOS DOCUMENTOS SOLICITADOS ACIMA, ENVIAR NO CASO DE:

1) Se morte natural

- Relatório médico completo oferecido pelo hospital clara indicação do diagnóstico da morte;

- Relatório completo de internação;

2) Se Acidente (exceto automobilístico)

- Laudo da Polícia Técnica do Local do Acidente;

- Laudo Toxicológico;

- Cópia autenticada da Certidão de Óbito;

- Cópia do Boletim de Ocorrência Policial;

- Cópia do Laudo de Necropsia;

3) Se acidente automobilístico:

- Cópia da CNH do Condutor do veículo

- Cópia do Laudo de Dosagem Alcoólica;

- Laudo da Polícia Técnica do Local do Acidente;

- Laudo Toxicológico;

- Cópia autenticada da Certidão de Óbito;

- Cópia do Boletim de Ocorrência Policial;

- Cópia do Laudo de Necropsia;

4) Se Homicídio:

- Peças do inquérito policial;

- Termo de oitiva (declaração prestada pela testemunha);

- Cópia autenticada da Certidão de Óbito;

- Cópia do Boletim de Ocorrência Policial;

- Cópia do Laudo de Necropsia;

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

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

SOMPO SEGUROS

RELAÇÃO DE GASTOS A SEREM AVALIADOS PELA TRAVEL ACE

Eu, _____, informo abaixo os gastos por traslado de corpo, suportados por _____, portador (a) do voucher nº _____, durante a estadia em _____.

ITEM ADQUIRIDO	MOEDA	VALOR

SOMPO SEGUROS

DECLARAÇÃO DE CESSÃO DE DIREITOS

Nós, _____, declaramos à SOMPO SEGUROS S/A sob pena de responsabilidade civil e criminal que estamos de acordo que o pagamento da indenização da cobertura de MORTE, referente ao processo de sinistro _____ em nome do (a) Sr. (a) _____, falecido (a) em ___/___/_____, seja efetuado integralmente à _____.

Sendo assim, sem qualquer tipo de vício de vontade ou consentimento, assumimos a responsabilidade pelas informações prestadas com o encargo de respondermos perante os outros dependentes ou interessados que possam reclamar o pagamento da indenização do seguro de vida contratado junto à SOMPO SEGUROS S/A.

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

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

_____
Declarante:
RG:
CPF:

_____
Declarante:
RG:
CPF:

_____
Testemunha 1
Nome:

_____
Testemunha 2
Nome:

SOMPO SEGUROS

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, continua 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.

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.

SOMPO SEGUROS

DECLARAÇÃO DE CONVIVÊNCIA MARITAL

Eu,_____, portador (a) do RG nº _____, UF __|__ e do CPF |__|__|__|__|__|__|__|__|__|-|__|__| e _____, portador (a) do RG nº _____, UF __|__ e do CPF |__|__|__|__|__|__|__|__|__|-|__|__|, residente à _____.

Declaro que o(a) segurado(a) vive maritalmente com o(a) Sr.(a) _____, portador (a) do RG nº _____, UF __|__ e do CPF |__|__|__|__|__|__|__|__|__|-|__|__|, desde ___/___/___, sendo esta convivência pública, continua 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.

Por essa 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 outros dependentes ou interessados que possam reclamar o pagamento da indenização do seguro de vida contratado junto a SOMPO Seguros S/A.

Estou ciente das penalidades face o Artigo 299 do Código Penal Brasileiro, sobre as declarações aqui contidas.

_____, _____ de _____ de _____.

_____
Assinatura com firma reconhecida do declarante

_____
Testemunha:
Nome:
CPF

_____
Testemunha:
Nome:
CPF:

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.