

## Kit Sinistro

### Seguro Viagem – Universal Assistance

Olá segurado (a),

Neste kit você encontrará orientações, formulários e documentos necessários para iniciar o processo de comunicação de sinistro à Universal Assistance.

#### **Importante:**

- ⇒ Preencha os formulários contidos neste kit de forma legível, reúna todos os documentos solicitados e encaminhe para: <https://www.universal-assistance.com/br-pt/solicitar-reembolso-online.html>
- ⇒ O prazo para análise do processo de sinistro é de até 30 dias corridos de acordo com a regulamentação SUSEP a partir do recebimento de toda documentação básica completa. Sendo assim, a Seguradora iniciará a contagem desse prazo somente após o recebimento dos documentos completos.
- ⇒ Providencie e encaminhe a documentação completa de uma única vez, isso evita atrasos e interrupções no prazo de análise do sinistro.
- ⇒ Se necessário, a Universal Assistance solicitará documentos complementares para análise do processo de sinistro.
- ⇒ Os processos de reembolso são sempre individuais e, portanto, a documentação enviada sempre deve ser do sinistrado.

#### **RELAÇÃO DE DOCUMENTOS BÁSICOS E OBRIGATÓRIOS DO SEGURADO:**

---

- Formulário de Aviso de Sinistro ZURICH (disponível no final deste kit);
- Formulário de Autorização de Pagamento de Indenização Pessoa Física ZURICH (disponível no final deste kit);
- Cópia do RG e CPF ou CNH do segurado (em caso de menores, certidão de nascimento);
- Cópia do comprovante de endereço atual em nome do segurado (emitido nos últimos 3 meses);
- Comprovante de Dados Bancários (Documento que indique agência, número da conta bancária e nome do titular da conta – Ex: Print do internet banking);
- Cópia do certificado/voucher do seguro contratado;
- Cópia de todos os comprovantes de pagamentos de acordo com a cobertura que será acionada, sendo fatura do cartão de crédito contendo a descrição da despesa, nota fiscal, cupom fiscal, recibos, etc.;
- Cópia dos bilhetes aéreos de ida e volta, com data e horário de embarque e desembarque.
- Demais documentos de acordo com a cobertura que será acionada (vide relação abaixo);

## **VERIFIQUE OS DOCUMENTOS COMPLEMENTARES DE ACORDO COM A COBERTURA QUE SERÁ ACIONADA:**

---

### **Cancelamento ou interrupção de viagem:**

- Todos os documentos básicos e obrigatórios do segurado informados no início deste kit;
- Cópia do Termo de Cancelamento – Carta ou e-mail do passageiro solicitando cancelamento de viagem ao agente ou operador (No momento em que decidiu cancelar a viagem) – Deve constar os nomes dos passageiros que estão cancelando a viagem, data de viagem, número do voucher e
  - motivo do cancelamento de viagem;
- Comprovante de pagamento de passagem de ida e volta para o país de viagem;
- Cópia do Contrato da Viagem (Quando houve a aquisição do pacote);
- Recibo do Pagamento da Viagem feito pela agência;
- 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 / Interrupção da viagem;
- Cópia das faturas e/ou comprovantes de estorno realizados pela agência / operadora;
- Comprovante de vínculo familiar (quando o evento ocorrer em função de familiares);
- Cópia do documento que comprove o motivo do Cancelamento / Interrupção da viagem – EX: Laudo médico ou atestado de óbito que atestem a necessidade do cancelamento ou a necessidade de retorno.

### **Atraso de voo:**

- Todos os documentos básicos e obrigatórios do segurado informados no início deste kit;
- Cópia dos comprovantes de despesas com alimentação e hospedagem;
- Declaração da empresa de transporte ou da autoridade competente informando a causa e a duração do atraso da viagem segurada.
- Recibo de indenização da empresa responsável pelo transporte assinado pelo reclamante e/ou Declaração do segurado que não houve nenhum tipo de indenização pela Cia Aérea;

### **Perda definitiva da Bagagem:**

- Todos os documentos básicos e obrigatórios do segurado informados no início deste kit;
- Cópia do tíquete de bagagem;
- Cópia do relatório comprobatório de perda emitido pela companhia aérea transportadora responsável (PIR - Property Irregularity Report), ou registro em órgão policial competente, caso a companhia não emita o relatório comprobatório;
- Recibo de Indenização da empresa responsável pelo transporte assinado pelo reclamante;
- Relação de bens extraviados preenchida (disponível no final deste kit);
- Cópia do Inventário enviado a Cia. Aérea onde consta a descrição dos bens extraviados e valores.

### **Dano a Mala ou Atraso de bagagem:**

- Todos os documentos básicos e obrigatórios do segurado informados no início deste kit;
- Cópia do tíquete de bagagem;

- ☑ Cópia do relatório comprobatório de atraso ou dano emitido pela companhia aérea transportadora responsável (PIR - Property Irregularity Report), ou registro em órgão policial competente, caso a companhia não emita o relatório comprobatório;
- ☑ Cópia da nota fiscal e/ou cupom fiscal do conserto da mala ou laudo atestando a perda/inutilização e compra de outra mala (em caso de dano a mala);
- ☑ Cópia da nota fiscal e/ou cupom fiscal dos gastos obtidos atraso na localização da bagagem;
- ☑ Recibo de indenização da empresa responsável pelo transporte assinado pelo reclamante e/ou Declaração do segurado que não houve nenhum tipo de indenização;
- ☑ Relação de Itens de 1ª necessidade devidamente preenchido com todas as datas e horários (disponível no final deste kit);
- ☑ Relação de bens extraviados preenchida (disponível no final deste kit);
- ☑ Cópia do Inventário enviado a Cia. Aérea onde consta a descrição dos bens extraviados e valores.

### **Prorrogação de estadia:**

- ☑ Todos os documentos básicos e obrigatórios do segurado informados no início deste kit;
- ☑ Cópia do relatório/laudo médico preenchido pelo profissional habilitado que prestou o atendimento, com os motivos que impediram o retorno ao Brasil.
- ☑ Cópia do detalhamento e das notas fiscais referentes as diárias de hotel;
- ☑ Cópia das faturas e/ou recibos que comprovem os pagamentos das diárias de hotel.

### **Prorrogação de estadia – Em casos de COVID-19:**

- ☑ Todos os documentos básicos e obrigatórios do segurado informados no início deste kit;
- ☑ Cópia do relatório médico fornecido pelo profissional da saúde (médico) ou centro médico, com clara indicação do diagnóstico e histórico clínico e que ateste a necessidade da quarentena ou prorrogação da viagem devido o quadro de COVID-19;
- ☑ Cópia do resultado do PCR – exame para detecção do coronavírus;
- ☑ Cópia dos bilhetes aéreos de volta, com data e horário de embarque e desembarque adquirido após a permanência em viagem;
- ☑ Cópia do detalhamento e das notas fiscais referentes as diárias de hotel;
- ☑ Cópia das faturas e/ou recibos que comprovem os pagamentos das diárias de hotel.

### **Retorno antecipado:**

- ☑ Todos os documentos básicos e obrigatórios do segurado informados no início deste kit;
- ☑ Cópia do relatório médico/laudo preenchido pelo profissional habilitado referente à doença ou acidente do membro familiar do (a) segurado (a) – em caso de retorno por doença ou acidente de familiar;
- ☑ Cópia da certidão de óbito do familiar do (a) segurado (a) – em caso de retorno por morte;
- ☑ Cópia do documento que comprove vínculo familiar com o enfermo/acidentado/falecido;
- ☑ Cópia do boletim de ocorrência ou laudos feito em decorrência do ocorrido na residência do (a) segurado (a) – em caso de retorno por ocorrência na residência do (a) segurado (a);
- ☑ Cópia do bilhete com valor da multa referente a troca de passagem ou comprovante de pagamento referente ao novo bilhete aéreo.

### **Retorno antecipado ou postecipado em casos de COVID-19:**

- ☑ Todos os documentos básicos e obrigatórios do segurado informados no início deste kit;
- ☑ Cópia do relatório médico fornecido pelo profissional da saúde (médico) ou centro médico, com clara indicação do diagnóstico e histórico clínico e que ateste a necessidade de retorno devido o quadro de COVID-19;

- Cópia do resultado do PCR – exame para detecção do coronavírus;
- Cópia do bilhete com valor da multa referente a troca de passagem ou comprovante de pagamento referente ao novo bilhete aéreo.

### **Despesas médicas, hospitalares e/ou odontológicas:**

- Todos os documentos básicos e obrigatórios do segurado informados no início deste kit;
- Cópia do relatório médico e/ou odontológico fornecido pelo profissional da saúde (médico ou dentista) com clara indicação do diagnóstico, histórico clínico e formulário de admissão no caso de internação;
- Cópia dos exames médicos e pedidos para realização destes;
- Cópia das contas detalhadas e comprovantes de pagamento referentes aos gastos médicos e/ou odontológicos;
- Relato do ocorrido no atendimento médico e/ou odontológico, escrito à mão ou digitalizado (explicar o motivo do atendimento, diagnóstico informado pelo médico e como transcorreu o atendimento, tanto dos prestadores da Universal Assistance quanto dos prestadores de saúde) pelo (a) segurado(a) ou beneficiário (a);
- Relação de gastos preenchida completamente (disponível no final deste kit).

### **Despesas médicas e hospitalares em casos de COVID-19:**

- Todos os documentos básicos e obrigatórios do segurado informados no início deste kit;
- Cópia do relatório médico fornecido pelo profissional da saúde (médico) ou centro médico, com clara indicação do diagnóstico e sintomas;
- Cópia do pedido médico para realização do exame para detecção do vírus da COVID-19;
- Cópia do resultado do PCR – exame para detecção do coronavírus;
- Cópia das contas detalhadas e comprovantes de pagamento referentes aos gastos médicos decorrentes da COVID-19;
- 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 Universal Assistance quanto dos prestadores de saúde) pelo (a) segurado (a) /beneficiário (a);
- Relação de gastos preenchida completamente (disponível no final deste kit).

### **Despesas farmacêuticas:**

- Todos os documentos básicos e obrigatórios do segurado informados no início deste kit;
- Cópia da Receita médica - Caso a receita seja retida pela farmácia, enviar o documento oferecido pela farmácia em troca da receita);
- Cópia das Notas fiscais da farmácia com descrição dos medicamentos adquiridos.

### **Traslado médico:**

- Todos os documentos básicos e obrigatórios do segurado informados no início deste kit;
- Cópia do relatório médico fornecido pelo profissional da saúde (médico) ou da empresa de transporte via ambulâncias, com clara indicação do diagnóstico, endereço inicial do atendimento (local do socorro) e do hospital ou clínica para qual a ambulância levou o segurado;
- Cópia da fatura, recibo ou nota fiscal do traslado médico.

### **Internação devido diagnóstico de COVID-19 durante viagem:**

- Todos os documentos básicos e obrigatórios do segurado informados no início deste kit;
- Cópia do prontuário médico da hospitalização devido diagnóstico de COVID-19 do segurado em viagem, com data e horário de admissão e alta;

- ☑ Cópia do resultado do PCR – exame para detecção do coronavírus.

#### **Regresso sanitário:**

- ☑ Todos os documentos básicos e obrigatórios do segurado informados no início deste kit;
- ☑ Cópia do relatório médico fornecido pelo profissional da saúde (médico) ou centro médico, com clara indicação do diagnóstico e histórico clínico;
- ☑ Cópia do atestado médico indicando a necessidade do retorno do segurado em condições especiais;
- ☑ Cópia do bilhete com valor da multa referente a troca de passagem ou comprovante de pagamento referente ao novo bilhete aéreo.

#### **Despesas com acompanhante em caso de hospitalização prolongada:**

- ☑ Todos os documentos básicos e obrigatórios do segurado informados no início deste kit;
- ☑ Cópia do RG e CPF do acompanhante;
- ☑ Cópia do comprovante de pagamento contendo a valor das passagens aéreas e bilhetes emitidos (ida e volta) do acompanhante;
- ☑ Relatório e/ou laudo emitido por profissional habilitado que prestou o atendimento, contendo as especificações técnicas, diagnóstico, data de entrada e saída do hospital;
- ☑ Cópia dos comprovantes, notas fiscais, faturas e/ou recibos que comprovem os pagamentos das despesas com o acompanhante, inclusive despesas com hospedagem e voo.

#### **Morte Acidental:**

- ☑ Todos os documentos básicos e obrigatórios do segurado informados no início deste kit;
- ☑ Boletim de ocorrência emitido pela autoridade competente local;
- ☑ Cópia do atestado de óbito;
- ☑ Formulário de Declaração de Únicos Herdeiros ZURICH (disponível no final deste kit);
- ☑ Cópia de Certidão de Casamento com averbação do óbito ou prova de União Estável, no caso de companheiro (a);
- ☑ Cópia do RG e CPF do cônjuge ou companheiro;
- ☑ Cópia do Comprovante de Endereço em nome do cônjuge ou companheiro;
- ☑ Cópia do RG e CPF de todos os herdeiros do segurado;
- ☑ Cópia do Comprovante de Endereço em nome dos herdeiros do segurado.

#### **Traslado de corpo:**

- ☑ Todos os documentos básicos e obrigatórios do segurado informados no início deste kit;
- ☑ Cópia da certidão de óbito do segurado em viagem;
- ☑ Boletim de ocorrência emitido pela autoridade competente local;
- ☑ Prontuário de atendimento do segurado em viagem com clara indicação do diagnóstico e informação de óbito;
- ☑ Faturas detalhadas, recibos e comprovantes de pagamento dos gastos com traslado de corpo;
- ☑ Formulário de Declaração de Únicos Herdeiros ZURICH (disponível no final deste kit);
- ☑ Cópia de Certidão de Casamento com averbação do óbito ou prova de União Estável, no caso de companheiro (a);
- ☑ Cópia do RG e CPF do cônjuge ou companheiro;
- ☑ Cópia do Comprovante de Endereço em nome do cônjuge ou companheiro;
- ☑ Cópia do RG e CPF de todos os herdeiros do segurado;
- ☑ Cópia do Comprovante de Endereço em nome dos herdeiros do segurado.

### **Translado de corpo em caso de COVID-19:**

- ☑ Todos os documentos básicos e obrigatórios do segurado informados no início deste kit;
- ☑ Cópia da certidão de óbito do segurado em viagem que informe que o motivo do falecimento foi a infecção por COVID-19;
- ☑ Boletim de ocorrência emitido pela autoridade competente local;
- ☑ Cópia do resultado do PCR – exame para detecção do coronavírus, se houver;
- ☑ Faturas detalhadas, recibos e comprovantes de pagamento dos gastos com traslado de corpo.
- ☑ Formulário de Declaração de Únicos Herdeiros ZURICH (disponível no final deste kit);
- ☑ Cópia de Certidão de Casamento com averbação do óbito ou prova de União Estável, no caso de companheiro (a);
- ☑ Cópia do RG e CPF do cônjuge ou companheiro;
- ☑ Cópia do Comprovante de Endereço em nome do cônjuge ou companheiro;
- ☑ Cópia do RG e CPF de todos os herdeiros do segurado;
- ☑ Cópia do Comprovante de Endereço em nome dos herdeiros do segurado.

### **Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente:**

- ☑ Todos os documentos básicos e obrigatórios do segurado informados no início deste kit;
- ☑ Cópia do Boletim de Ocorrência emitido pela autoridade competente local;
- ☑ Cópia do relatório preenchido pelo médico assistente do sinistrado, informando o percentual de perda funcional apresentado após a alta definitiva do tratamento médico e fisioterápico;
- ☑ Cópia dos laudos e exames médicos realizados.

### **Perda, Roubo e Danos a Documentos de Viagem:**

- ☑ Todos os documentos básicos e obrigatórios do segurado informados no início deste kit;
- ☑ Cópia do Boletim de Ocorrência emitido pela autoridade competente local;
- ☑ Cópia dos comprovantes de despesas incorridas pelo segurado na reposição dos documentos de viagem.

## AVISO DE SINISTRO

---

### Dados do Segurado

Nome:		
Nº CPF:	Data de Nascimento:	
Endereço:		CEP:
Cidade   UF:		
Telefone: ( )	Celular: ( )	E-mail:
Possui seguro em outra companhia? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		Se sim, qual?

### Dados do Sinistro

Tipo de Ocorrência (assinale a cobertura acionada):	Data da ocorrência: ____ / ____ / ____
<input type="checkbox"/> Cancelamento ou interrupção de viagem	
<input type="checkbox"/> Atraso de voo	
<input type="checkbox"/> Extravio, dano ou demora na localização de bagagem	
<input type="checkbox"/> Prorrogação de estadia	
<input type="checkbox"/> Retorno antecipado	
<input type="checkbox"/> Despesas médicas, hospitalares e/ou odontológicas	
<input type="checkbox"/> Despesas farmacêuticas	
<input type="checkbox"/> Despesas com acompanhante em caso de hospitalização prolongada	
<input type="checkbox"/> Morte acidental	
<input type="checkbox"/> Invalidez permanente total ou parcial por acidente	
<input type="checkbox"/> Perda, roubo e danos a documentos de viagem	
Descrição:	

## AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO PESSOA FÍSICA

---

### Dados do Segurado

Nome do beneficiário/segurado:			
CPF:	<input type="checkbox"/> Conta corrente		<input type="checkbox"/> Conta poupança
Nome Banco:	Nº Banco:	Nº agência com dígito:	Nº conta com dígito:

**\*\*Enviar comprovante de conta bancária, contendo dados do titular, agência e conta.**

### Importante:

- ✓ O CPF informado deverá ser o mesmo cadastrado na conta a ser creditada.
- ✓ O pagamento da indenização não será realizado em contas de terceiros, ainda que representante legal ou tutor.
- ✓ O pagamento da indenização a beneficiários menores de idade será feito somente na conta de sua titularidade.
- ✓ Dados bancários incorretos ou incompletos impedem o pagamento da indenização, sendo a exatidão dessa informação de inteira responsabilidade do declarante;
- ✓ Não será feito pagamento por crédito em conta salário, conta benefício, conta de Pessoa Jurídica, conta de Cooperativas ou Financeiras.

## SITUAÇÃO PATRIMONIAL E FINANCEIRA DO BENEFICIÁRIO

---

Profissão/Cargo	País de Nascimento
Patrimônio Estimado R\$ _____ ou faixa de renda mensal individual:	
<input type="checkbox"/> até R\$3.000,00 <input type="checkbox"/> de R\$3.000,01 a R\$ 5.000,00 <input type="checkbox"/> de R\$5.000,01 a R\$ 10.000,00	
<input type="checkbox"/> de R\$10.000,01 a R\$ 20.000,00 <input type="checkbox"/> acima de R\$20.000,01	

### Observação:

**O e-mail do segurado com retorno deste formulário preenchido valera como assinatura do mesmo.**

**Data:** \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Todos os dados pessoais coletados pela Zurich serão tratados de acordo com a legislação aplicável em vigor, com base na Lei Geral de Proteção de Dados (Lei Federal nº 13.709/2018). Os dados pessoais serão processados apenas para o cumprimento das finalidades aqui dispostas. De forma a assegurar a transparência das atividades da Seguradora, as informações sobre o tratamento dos dados pessoais pela Seguradora e os direitos disponíveis aos titulares podem ser acessados na Política de Privacidade disponível no website da Zurich através do link <https://www.zurich.com.br/pt-br/politica-de-privacidade>.

**RELAÇÃO DE GASTOS A SEREM AVALIADOS PELA UNIVERSAL ASSISTANCE**

Eu, \_\_\_\_\_, voucher n° \_\_\_\_\_,  
informo abaixo os gastos médicos suportados por mim durante minha estadia em:

\_\_\_\_\_.

ITEM ADQUIRIDO	MOEDA	VALOR





