

**ATRASO DE BAGAGEM**  
**AVISO DE SINISTRO**

Prezado (a) Segurado (a),

A partir de agora seu sinistro passará a ser analisado por uma equipe focada em atender suas necessidades. E para que tenha um melhor atendimento e agilidade no processo de seu sinistro, pedimos a gentileza de preencher algumas informações listadas abaixo, bem como providenciar a cópia dos seguintes documentos:

- Cópia do RG, CPF e comprovante de residência do segurado e beneficiário;
- Cópia do Bilhete de Seguro e Voucher;
- Cópia das passagens aéreas;
- Relatório comprobatório de perda, emitido pela companhia transportadora responsável P.I.R (Property Irregularity Report), onde foi comunicado o ocorrido à Empresa Aérea;
- Tíquete de bagagem original;
- Notas Fiscais originais, dos valores gastos na compra de roupas e produtos de higiene;
- Comprovante de entrega da bagagem (se houver).

Os documentos deverão ser enviados pelo correio:

***Departamento de Seguros da Assist Card***  
***Av. Paulista, 1079 – 16ª andar – Bela Vista – São Paulo – SP CEP: 01311-200***

As indenizações ou reembolsos são pagos em até 30 dias, contados a partir da entrega de todos os documentos apresentados pelo segurado.

A contagem do prazo poderá ser suspensa quando, no caso de dúvida, forem solicitados novos documentos. Neste caso voltará a contar novamente 30 dias a partir do dia útil subsequente ao recebimento do documento

**Importante ressaltar que o seguro é individual e que precisaremos dos documentos de cada passageiro envolvido.**

Lembramos que estamos à disposição para quaisquer esclarecimentos que se fizerem necessários.

Atenciosamente,

STARR INTERNATIONAL BRASIL SEGURADORA S.A.

**ATRASO DE BAGAGEM  
AVISO DE SINISTRO**

A Bagagem foi localizada?

---

Em caso positivo, informar o dia e o horário da entrega:

---

Breve relato da ocorrência:

---

---

---

---

Assinatura do Segurado (a)

/ /

Data





**ATRASO DE BAGAGEM**  
**AUTORIZAÇÃO DE CRÉDITO EM CONTA BANCÁRIA**

Prezado (a) Segurado (a),

Solicitamos a gentileza de preencher os dados bancários para o eventual pagamento da indenização.

Lembramos que o pagamento da indenização será efetuado somente mediante a caracterização da cobertura do evento, bem como a apresentação de todos os documentos solicitados.

Após a conclusão e sendo constatada a cobertura, autorizo a Starr International Brasil Seguradora S/A a efetuar o pagamento do sinistro acima mencionado, mediante crédito na conta indicada.

Segurado é o titular da conta  Sim  Não

Senão, qual é a relação com o segurado  Cônjuge  Filhos

Envia cópia do RG / CPF / Comprovante de Residência

Obedecendo a Circular 445 não é possível pagamento a beneficiário sem aparente relação com o segurado, sem razão justificável.

Assinale, por favor, o tipo de conta:

Conta Poupança  Individual  Conjunta

Conta Corrente  Individual  Conjunta

Nome do Titular da Conta: \_\_\_\_\_

CPF do Titular da Conta: \_\_\_\_\_

Nome do Banco: \_\_\_\_\_

Número do banco: \_\_\_\_\_

Nome da Agência: \_\_\_\_\_

Número da Agência / Conta \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Segurado (a)

\_\_\_\_\_  
Data