



Formulário de sinistro de viagem

Para nos ajudar a processar seu sinistro de forma mais rápida, siga estas orientações:

1. Preencha um formulário de sinistro separado para cada tipo de sinistro e para cada assegurado.
2. Se você estiver enviando um sinistro resultante de um acidente ou doença, preencha as Seções A, B, H e I completas.
3. Se você estiver enviando um sinistro resultante de um incidente não médico ou uma perda de bagagem pessoal, preencha as Seções A e D a H conforme apropriado.
4. Se você estiver enviando um sinistro Acidente pessoal, preencha as Seções A, C, H e I completas.
5. Envie este formulário totalmente preenchido para o departamento de administração de sinistros da GBG, Serviços de sinistros internacionais, com TODOS os comprovantes referentes ao sinistro e o comprovante de viagem (por exemplo, confirmações da viagem por email, faturas de reservas, bilhetes). Todos os envios DEVEM ser recebidos pela GBG em até 60 DIAS após a data da perda ou do início do tratamento.

A. DADOS DO PRINCIPAL ASSEGURADO	
Nome (completo – somente a inicial dos nomes do meio):	Número da apólice:
Endereço:	
CEP:	Número de telefone:
Email:	Fax:
Moeda da apólice: <input type="checkbox"/> US\$ <input type="checkbox"/> € <input type="checkbox"/> GB£	A moeda do benefício máximo e do excesso da apólice é determinada pela moeda de compra da sua apólice de viagem.
DADOS DO REQUERENTE (se diferente do acima mencionado)	
Nome (completo – somente a inicial dos nomes do meio):	
Endereço:	
CEP:	Número de telefone:
Profissão:	
Motivo da viagem: <input type="checkbox"/> Pessoal <input type="checkbox"/> Negócio	
Data da viagem (DD/MM/AA):	De: Para:
O sinistro é resultado de um acidente? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	



DECLARAÇÃO

Para fins de proteção dos dados, reconhecemos/reconhecemos que os dados pessoais fornecidos por mim/nós como resultado deste sinistro serão mantidos e processados para administração do seguro e investigação do sinistro. Para essa finalidade, as informações também poderão ser transferidas para alguns terceiros e resseguradoras.

Permito/Permitimos que os dados confidenciais sobre mim/nós e outras pessoas possivelmente asseguradas nos termos deste contrato sejam processados por vocês.

Compreendo/Compreendemos que todos os dados pessoais fornecidos por mim/nós devem ser precisos e tenho/temos o consentimento específico dos demais assegurados para divulgar seus dados pessoais.

Autorizo/Autorizamos a consulta de informações por parte de outras seguradoras, agências de informações de crédito e de outras informações para confirmar as respostas fornecidas por mim/nós e autorizo/autorizamos a divulgação dessas informações.

Declaro/Declaramos que, no caso de acordo, transfiro/transferimos todos os direitos de sub-rogação e recuperação à Seguradora e/ou ao seu Perito legal. Temos o direito de resgate e exercerei/exerceremos esse direito se aplicável.

Assegurado	Principal assegurado
Nome:	Nome:
Assinatura: Ao digitar meu nome neste formulário, assino de forma eletrônica, e essa assinatura eletrônica é o equivalente legal da minha assinatura manual por escrito.	Assinatura: Ao digitar meu nome neste formulário, assino de forma eletrônica, e essa assinatura eletrônica é o equivalente legal da minha assinatura manual por escrito.
Data:	Data:

B. DESPESAS MÉDICAS E BENEFÍCIO HOSPITALAR

Natureza da doença/lesão:

Data da ocorrência da doença/lesão
(DD/MM/AA):

Horário da ocorrência da doença/lesão:

Onde ocorreu a doença/lesão:

Forneça uma descrição detalhada da ocorrência da lesão:

Nome do médico da família do requerente (mesmo se ele não tiver sido consultado):

Endereço do médico da família:

Número de telefone:

Número do fax:

Email:

Nome e endereço do(s) médico(s) e/ou hospital(is) no(s) qual(is) o tratamento foi feito:

Se o tratamento foi feito em um hospital em regime de internamento, confirme as datas:

A Empresa de assistência a emergências foi contatada? Sim Não Em caso negativo, explique o motivo:

A Assegurada estava grávida? Sim Não Em caso afirmativo, de quantas semanas?

Se o Assegurado teve alguma doença, já teve esse tipo de doença antes? Sim Não Em caso afirmativo, forneça detalhes:

O Assegurado tem Assistência médica privada? Sim Não Em caso afirmativo, forneça os dados da seguradora, inclusive nome, endereço e número da apólice:

SOMENTE PARA CIDADÃOS DA UNIÃO EUROPEIA

Um Cartão Europeu de Seguro de Doença (EHIC, European Health Insurance Card) foi levado na viagem? Sim Não Ele foi apresentado ao hospital/médico? Sim Não



C. ACIDENTE PESSOAL

Quando a lesão ou o falecimento (no caso de fatalidade) ocorreu?

Forneça detalhes da natureza da perda ou da ocorrência do falecimento:

A lesão ou causa do falecimento foi resultado de causas naturais? Sim Não

Em caso afirmativo, forneça detalhes:

En caso de muerte, debe obtenerse un certificado de defunción emitido por una autoridad competente y la copia original debe ser presentada a Global Benefits Group.

D. CANCELAMENTO OU REDUÇÃO (O benefício de cancelamento ou redução está sujeito à franquia dedutível por evento. Por favor verifique sua apólice para ver o valor)

Quando a viagem foi reservada (DD/MM/AA)?

Quando a viagem foi cancelada/reduzida (DD/MM/AA)?

Forneça uma explicação detalhada do motivo do cancelamento/redução da viagem:

Se o cancelamento não foi devido ao viajante, confirme o nome da pessoa que causou o cancelamento da viagem e o relacionamento dela com o(s) viajante(s):

Se a viagem foi reduzida, a Empresa de assistência a emergências foi contatada? Sim Não

Houve alguma despesa adicional? Sim Não Em caso afirmativo, forneça detalhes abaixo e envie todas as faturas/recibos com este formulário de sinistro:

Confirme para quem o reembolso deve ser pago:

DOCUMENTOS ADICIONAIS NECESSÁRIOS

Se a viagem foi cancelada devido a lesão/doença do viajante, solicitamos uma confirmação por escrito do Clínico geral de que o Assegurado estava inapto para viajar.

Se a viagem foi cancelada devido a lesão/doença de um terceiro, solicitamos uma confirmação por escrito do Clínico geral desse terceiro confirmando a lesão/doença.

Forneça também

- Documentação de apoio do cancelamento da viagem relacionada a qualquer fator não descrito acima.
- Fatura de reserva original.
- Fatura de cancelamento com descrição das cobranças.



E. ATRASO DA VIAGEM/PERDA DE PARTIDA

Motivo do atraso da viagem/perda de partida:

ATRASO DA VIAGEM

Data e horário de partida marcados:

Número/Referência do voo/balsa/outro transporte:

Data e horário de partida reais:

Número/Referência do voo/balsa/outro transporte:

Número de horas de atraso:

Nome da empresa aérea/balsa/outro transporte:

PERDA DE PARTIDA

Ponto de partida:

Ponto da conexão perdida:

Meio de transporte usado para chegar ao ponto de partida:

Confirme como você reiniciou sua viagem:

Valor solicitado:

Ponto de partida:

F. BAGAGEM, EFEITOS PESSOAIS, DINHEIRO E DOCUMENTOS (O benefício de perda de bagagem/roubo está sujeito à franquia dedutível por evento. Por favor verifique sua apólice para ver o valor.)

Data da perda ou do dano (DD/MM/AA):

Horário:

Forneça uma descrição detalhada da ocorrência da perda/dano, inclusive o local:

Confirme quando a perda/dano foi informada e para qual autoridade (por exemplo, polícia/empresa aérea/agente de viagem/hotel, etc.), inclusive o endereço completo e a referência:

Se a perda estiver relacionada a cheques de viagem, cheques, dinheiro, cartão de crédito ou débito, forneça a data na qual o emissor foi notificado:

DETALHES DO ITEM

Descrição completa do item 1:

Local de compra:

Data da compra (DD/MM/AA):

Valor:

Custo atual:

Valor solicitado:

Descrição completa do item 1:

Local de compra:

Local de compra:

Valor:

Valor:

Valor:



INFORMAÇÕES ADICIONAIS	
Forneça detalhes de qualquer outra apólice de seguro existente que possa contribuir com a perda, por exemplo, seguro de casa, assistência médica particular, seguro de viagem pessoal, seguro de cartão de crédito, etc.:	
Nome da seguradora	Número da apólice:
Endereço:	
DOCUMENTOS ADICIONAIS NECESSÁRIOS	
<ul style="list-style-type: none">- No caso de perda de bagagem pessoal, todos os incidentes DEVERÃO ser informados à polícia local em até 24 horas. Solicite um boletim de ocorrência e envie-o ao departamento de Serviços de sinistros internacionais.- Se a perda ocorreu no aeroporto ou no avião, o incidente DEVERÁ ser informado à empresa aérea em até 24 horas por meio de um Relatório de incidente. Solicitamos que o Relatório de incidente seja enviado com este formulário de sinistro.- Forneça o comprovante original da compra/proprriedade, isto é, recibos, extrato bancário ou do cartão de crédito, fotografias, embalagens, manuais de instruções, avaliações.- Poderá haver uma dedução se não for apresentado o comprovante de compra e/ou se desgaste natural for aplicável. Se os itens já tiverem sido substituídos, envie o recibo ou a nota da substituição.	
G. PERDA DE PASSAPORTE	
Confirme onde o passaporte foi perdido:	
Forneça detalhes das despesas de substituição do passaporte, inclusive recibos:	
H. FORMA DE PAGAMENTO DO REEMBOLSO	
Reembolsar: <input type="checkbox"/> Assegurado principal <input type="checkbox"/> Seguradora (pagamento em cheque)	
FORMA DE PAGAMENTO DO REEMBOLSO: especifique a forma de pagamento do reembolso de preferência abaixo.	
<input type="checkbox"/> Cheque enviado ao endereço do Assegurado principal, conforme indicado na seção INFORMAÇÕES DO ASSEGURADO PRINCIPAL.	
<input type="checkbox"/> Cheque enviado a outro endereço de correspondência:	
<input type="checkbox"/> Depósito eletrônico direto (somente bancos dos EUA) ou transferência eletrônica (outros bancos)	
Nome do banco:	
Nome na conta:	
Nº da conta/IBAN:	
Nº de roteamento/ABA (para depósito eletrônico direto):	
Código SWIFT (para transferência eletrônica):	
Endereço do banco (para transferência eletrônica):	



I. AUTORIZAÇÃO DE DIVULGAÇÃO DE INFORMAÇÕES MÉDICAS

Autorizo, por meio deste, qualquer médico ou outro profissional da área da saúde, instituição hospitalar ou relacionada à área da saúde, farmácia, prestador de serviços médicos, empregador, administrador de planos de benefícios e qualquer órgão federal, estadual ou municipal em posse de uma cópia completa de toda e qualquer informação médica a usá-la e divulgá-la, conforme descrito nesta autorização. Autorizo também a divulgação de quaisquer informações médicas e de outro tipo em sua posse ou controle para o departamento de **Serviços de Global Benefits Group (GBG)** e/ou os advogados dele, tanto de forma direta quanto por meio de um agente representante em nome dele, além de toda e qualquer informação que possa ser solicitada por ele, inclusive, entre outros, prontuários médicos, relatórios, tabelas, gráficos, observações de raios X, filmes e resultados laboratoriais.

Autorizo também, por meio deste, a divulgação de todas as informações médicas relacionadas ao diagnóstico, cuidado e tratamento de alcoolismo, vício em drogas ou doença mental. Além disso, autorizo a divulgação de todo e qualquer registro e declaração de faturamento em sua posse ou controle.

Também autorizo o **GBG**, seus representantes ou agentes a divulgar informações obtidas nos termos desta autorização aos prestadores de assistência médica, seguradoras, resseguradoras ou administradores de sinistros e qualquer órgão governamental, conforme apropriado, exclusivamente para a finalidade de avaliar e administrar qualquer sinistro para fins de benefício. Além disso, entendo que as informações poderão ser divulgadas da seguinte forma:

A outras pessoas ou organizações que prestarem serviços comerciais ou jurídicos relacionados a qualquer sinistro; Assim como pode, de outra forma, ser legalmente exigido;

- A qualquer pessoa ou representante legal autorizado, conforme indicado por mim;
- Conforme indicado posteriormente por mim ou conforme necessário para evitar ou detectar crime de fraude.

Esta "Autorização de divulgação de informações médicas" está sujeita a revogação a qualquer momento, exceto se a ação tiver sido tomada com base neste documento e, se não for revogada por escrito antes disso, deverá continuar válida por dois (2) anos a partir da data de assinatura. Concordo que uma fotocópia, cópia por email ou cópia por fax da autorização será aceita e válida como a original. Sei que posso solicitar o recebimento de uma cópia desta Autorização

Nome:	Assinatura: Ao digitar meu nome neste formulário, assino de forma eletrônica, e essa assinatura eletrônica é o equivalente legal da minha assinatura manual por escrito.
Data:	

Envie o formulário de sinistro preenchido e os documentos de apoio (**INCLUSIVE COMPROVANTE DE VIAGEM**) para:

Global Benefits Group

- Envio de sinistros online: www.gbg.com
- Correio: PO Box 211008, Eagan, MN 55121
- Email: eclaims360@gbg.com
- Fax: +1.949.271.2330

Aviso de Processamento Justo

O GBG Group consiste em empresas de seguro, agências e empresas de gestão, bem como empresas de assistência e operações. Respeitamos a sua privacidade e estamos comprometidos com a proteção da sua informação pessoal.

A nossa política de privacidade estabelece os seus direitos à privacidade e como a lei o protege. Isto inclui informação sobre como coletamos e processamos sua informação pessoal. Nossa política de privacidade pode ser encontrada no nosso website em <https://www.gbg.com/privacy-policy>. Aconselhamos que você leia a política para entender os seus direitos e seus dados pessoais usados pelo GBG Group.