

**DOCUMENTOS NECESSÁRIOS – PROTEÇÃO FINANCEIRA**☐ **PERDA DE RENDA POR DESEMPREGO INVOLUNTÁRIO**

- ☐ Formulário de Aviso de Sinistro;
- ☐ Termo de Autorização de Cobrança (bilhete do seguro, assinado);
- ☐ Extrato das parcelas;
- ☐ RG, CPF e Comprovante de endereço;
- ☐ PRINT da tela “Início” e da tela “Contratos” da CTPS digital;
- ☐ Termo de Rescisão do Contrato de Trabalho (incluindo a página assinada);

☐ **PERDA DE RENDA POR INCAPACIDADE TEMPORÁRIA POR ACIDENTE - (Autônomo)**

- ☐ Formulário de Aviso de Sinistro;
- ☐ Termo de Autorização de Cobrança (bilhete do seguro, assinado);
- ☐ Extrato das parcelas;
- ☐ RG, CPF e Comprovante de endereço;
- ☐ PRINT da tela “Início” e da tela “Contratos” da CTPS digital;
- ☐ Declaração de Trabalhador Autônomo. (disponível no site Gazin Seguros);
- ☐ Relatório médico com período do afastamento, diagnóstico detalhado e descrição do tratamento;
- ☐ Boletim de Ocorrência Policial (obrigatório em caso de acidente de trânsito);
- ☐ CNH (em caso de acidente de trânsito, sendo o segurado condutor do veículo);

☐ **PERDA DE RENDA POR INCAPACIDADE TEMPORÁRIA POR DOENÇA – (Autônomo)**

- ☐ Formulário de Aviso de Sinistro;
- ☐ Termo de Autorização de Cobrança (bilhete do seguro, assinado);
- ☐ Extrato das parcelas;
- ☐ RG, CPF e Comprovante de endereço;
- ☐ PRINT da tela “Início” e da tela “Contratos” da CTPS digital;
- ☐ Declaração de Trabalhador Autônomo (disponível no site Gazin Seguros);
- ☐ Relatório médico justificando o período de afastamento (admissão e alta) e causa do tratamento.

☐ **MORTE POR ACIDENTE**

- ☐ Formulário de Aviso de Sinistro;
- ☐ Termo de Autorização de Cobrança;
- ☐ Extrato das parcelas;
- ☐ RG e CPF do Segurado e do Solicitante (familiar do segurado);
- ☐ Comprovante de endereço;
- ☐ Certidão de Óbito;
- ☐ Boletim de Ocorrência Policial (obrigatório em caso de acidente de trânsito);
- ☐ CNH (em caso de acidente de trânsito, sendo o segurado condutor do veículo);

☐ **INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL POR ACIDENTE**

- ☐ Formulário de Aviso de Sinistro;
- ☐ Termo de Autorização de Cobrança;
- ☐ Extrato das parcelas;
- ☐ RG, CPF e Comprovante de endereço;
- ☐ Relatório médico com: data da ocorrência, diagnóstico e tratamentos realizados, e atestado de invalidez total;
- ☐ Boletim de Ocorrência Policial (obrigatório em caso de acidente de trânsito);
- ☐ CNH (em caso de acidente de trânsito, sendo o segurado condutor do veículo);

*** É NECESSÁRIO APRESENTAR TODOS OS DOCUMENTOS SOLICITADOS ***

**COMPROVANTE DE ABERTURA DO SINISTRO – PROTEÇÃO FINANCEIRA****VIA DO CLIENTE**

Nome completo do segurado:

Tipo de cobertura solicitada:

Data da entrega dos documentos:

Hora:

Nome do responsável por receber os documentos:

Filial:

Carimbo da Filial/Representante:**INFORMAÇÕES GERAIS**

1. Os documentos deverão ser digitalizados, anexados e enviados à seguradora através do e-mail **sinistros gazin seguros@gazin.com.br** ou entregue na loja do representante onde o seguro foi adquirido.
2. O envio dos documentos não pressupõe o direito à indenização. Os documentos serão analisados para a verificação de caracterização da cobertura, de acordo com as condições contratuais.
3. Nos casos dos equipamentos danificados caracterizamos como Perda Total, após a indenização, estes pertencerão a Seguradora, desta forma orientamos não descartá-los no prazo inferior a 30 dias da indenização.
4. O prazo para pagamento da indenização, se devida, é de 30 dias contados da data do envio dos documentos.
5. Na falta de algum dos documentos necessários, ou caso seja necessário a solicitação de documentos complementares, o prazo para conclusão da análise ficará paralizado, e voltará a correr somente à partir da data do envio da documentação solicitada.

EM CASO DE DÚVIDAS, LIGUE

<u>Central de Atendimento aos Clientes</u>	<u>0800 044 8000</u>
<u>SAC</u>	<u>0800 644-9292</u>
<u>Ouvidoria</u>	<u>0800 707 4580</u>
<u>Portadores de deficiências auditiva ou de fala</u>	<u>0800 643 1717</u>
<u>Atendimento de segunda à sexta-feira, das 8h às 18h (exceto feriado)</u>	

Acesse: www.gazinseguros.com.br - E-mail: ouvidoria.gazinseguros@gazin.com.br

As condições contratuais a que este Plano de Seguro está vinculado, encontram-se registradas na SUSEP e poderão ser consultadas no endereço eletrônico www.susep.gov.br ou no site www.gazinseguros.com.br.

**FORMULÁRIO DE AVISO DE SINISTRO - PROTEÇÃO FINANCEIRA****• INFORMAÇÕES DO SEGURADO**

Nome completo:

CPF: _____ Telefone com DDD: () _____

Endereço: _____ Nº _____

Bairro: _____ CEP: _____ Cidade: _____ UF: _____

Declaração de endereço: Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado por mim.

Filial/Representante: _____

• INFORMAÇÕES DO SINISTRO**Data do Sinistro:** _____ (dia que ocorreu o fato: afastamento/demissão, acidente, óbito, etc...)**COBERTURA RECLAMADA (Assinalar a opção correta)**☐ Perda De Renda Por Desemprego Involuntário;☐ Perda De Renda Por Incapacidade Temporária Por Acidente; (Autônomo) **ACIDENTE DE TRÂNSITO?** ☐ SIM ☐ NÃO☐ Perda De Renda Por Incapacidade Temporária Por Doença; (Autônomo)☐ Morte Por Acidente; **ACIDENTE DE TRÂNSITO?** ☐ SIM ☐ NÃO☐ Invalidez Permanente Total Por Acidente; **ACIDENTE DE TRÂNSITO?** ☐ SIM ☐ NÃO**PREENCHER SOMENTE NOS CASOS EM QUE O SEGURADO EXERCER A FUNÇÃO DE AUTÔNOMO****DECLARAÇÃO DE AUTÔNOMO**

Declaro para os devidos fins de direito, e a quem interessar, que não tenho nenhum vínculo empregatício com anotação em Carteira de Trabalho e Previdência Social (CTPS), regidas pela Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), sendo autônomo e exercendo a função de: _____.

Estou ciente de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

Ciente disto, dato e assino abaixo:

Local e data: _____ - _____ de _____ de _____.
(Cidade) (Estado) (Dia) (Mês) (Ano)

ASSINATURA