

**FORMULÁRIO DE AVISO DE SINISTRO - SEGURO PREMIADO - (D.I.H.)****• 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.**Autorizo creditar a indenização, se devida, na conta bancária a seguir:**

Nome do Titular da Conta:

CPF:

Tipo de Conta: ☐ Corrente ☐ Poupança

Banco:

Agência:

Conta:

Filial/Representante:

• INFORMAÇÕES DO SINISTRO**Cobertura reclamada (Assinalar a opção correta)**☐ Doença☐ Acidente de Trânsito☐ Acidente Outros

Data da Internação ____/____/____

Data da Alta ____/____/____

Dias de Internação:

• DOCUMENTOS NECESSÁRIOS☐ Formulário de Aviso de Sinistro;☐ Termo de autorização de cobrança - (Bilhete do Seguro de Riscos Pessoais, assinado pelo segurado);☐ Cópia do RG e CPF do segurado;☐ Relatório médico comprovando o período de internação, Prontuário médico e Alta hospitalar;☐ Cópia do boletim de ocorrência policial - (obrigatório, em caso de acidente de trânsito);☐ Cópia da CNH - (em caso de acidente de trânsito, sendo o segurado o condutor do veículo);**EM CASO DE ÓBITO TAMBÉM É NECESSÁRIO ENVIAR**☐ Certidão de óbito;☐ Declaração de herdeiros, disponível no site;☐ Documento de identificação dos herdeiros (RG ou CNH ou Certidão de nascimento);

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 DO SEGURADO)

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

**COMPROVANTE DE ABERTURA DE SINISTRO – SEGURO PREMIADO – D.I.H.****VIA DO CLIENTE**

Nome completo do segurado:

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 **sinistrosgazinseguros@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

Central de Atendimento aos Clientes	0800 044 1717
SAC	0800 644 9292
Ouvidoria	0800 707 4580
Portadores de deficiências auditiva ou de fala	0800 643 1717

Atendimento de segunda à sexta-feira, das 8h às 18h (exceto feriado)

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