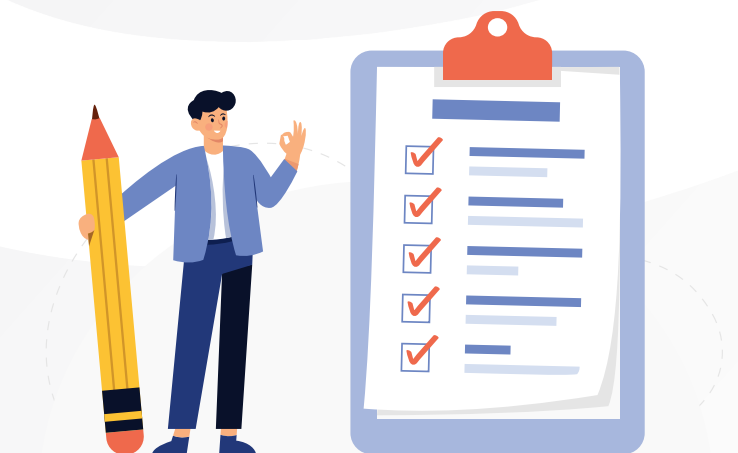


KIT SINISTRO - DESPESAS FARMACÊUTICAS

Olá segurado (a),

Aqui você vai encontrar as orientações, formulários e documentos necessários para iniciar o processo de comunicação do seu sinistro e reembolso.



ORIENTAÇÕES IMPORTANTES / PASSO A PASSO:

- Preencha os formulários contidos nesse kit de forma legível, reúna todos os documentos solicitados e encaminhe para: reembolso@heroseguros.com.br
- O e-mail deverá ter um tamanho total de 10 MB e formatos de arquivos MP3, ZIP e HTML não serão aceitos.
- 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. Podendo ser suspenso o prazo se solicitados novos documentos. Nesse caso voltará a contar novamente 30 dias a partir da data do recebimento do documento.
- Em caso de documento pendente, o segurado tem o prazo de até 30 dias para envio da documentação solicitada, após encerramento do prazo o processo será concluído. Se o segurado desejar poderá abrir uma nova solicitação.
- Providencia e encaminhe a documentação completa de uma única vez, isso evita atrasos e interrupções no prazo de análise do sinistro.
- Se necessário, a seguradora solicitará documentos complementares para análise do processo de sinistro.

DOCUMENTOS NECESSÁRIOS PARA SOLICITAÇÃO DE REEMBOLSO:

- Formulário de Aviso de Sinistro Hero e Autorização de Pagamento de Indenização Pessoa Física (disponível no final desse kit);
- Cópia do Passaporte para viagens internacionais, RG ou outro documento de identificação legal do segurado para viagens nacionais;
- Cópia do comprovante de residência do segurado (no Brasil);
- Cópia do voucher/bilhete de seguro contratado;
- Cópia das passagens aéreas de ida e volta (itinerário completo de viagem);
- Relatório do Médico Assistente ou do Dentista, datado e assinado, com a indicação do CRM ou equivalente no exterior, discriminando o diagnóstico e o tratamento realizado;
- Cópia do receituário/prescrição médica;
- Recibos e/ou notas fiscais originais das despesas com a compra dos medicamentos prescritos durante a Viagem segura.

FORMULÁRIO DE SINISTRO - SEGURO VIAGEM

Nome completo:

E-mail:

Número do protocolo e bilhete de seguro:

País onde ocorreu o evento:

Breve relato do evento:

Possui outro seguro com a mesma cobertura?

☐

SIM

☐

NÃO

GASTOS REALIZADOS

Por favor, liste as despesas efetuadas (preenchimento em português).

Moeda utilizada:

DESCRIÇÃO DO ITEM	NOME DO ESTABELECIMENTO	DATA DO GASTO	VALOR TOTAL

AUTORIZAÇÃO DE CRÉDITO EM CONTA BANCÁRIA

Segurado é titular da conta:

☐

SIM

☐

NÃO

Nome do Titular da Conta:

CPF do Titular da Conta:

Nome do Banco:

Número do Banco:

Número da agência:

Número da Conta Corrente:

PIX:

X

Assinatura

_____, ____ de _____ de ____.