

Acione seu seguro | Morte Natural ou Acidental

O Nubank em parceria com a Chubb desenvolveu um seguro de vida para proteger você e sua família em todos os momentos. Sentimos muito pelo ocorrido e queremos lhe auxiliar da melhor forma possível. Por favor, siga o passo-a-passo a seguir.

- | | | |
|-------------------------------|--|---|
| 1º Reúna os documentos | 2º Preencha os formulários existentes neste Kit | 3º Envie à seguradora Chubb seguros.nubank@chubb.com |
|-------------------------------|--|---|

Relação de Documentos Básicos e Obrigatórios

Precisamos apenas da **cópia simples** dos documentos solicitados. Tire uma foto legível e mande para nós.

Documentos do Titular:

- Cópia da **Certidão de Óbito**;
- Cópia de **Comprovante de Endereço** em nome do titular **OU** o formulário “**Declaração de Residência**” preenchido e assinado (formulário presente neste kit);
- Cópia do **Laudo de Necropsia**, em caso de morte acidental;
- Cópia do **Boletim de Ocorrência**, em caso de morte acidental.

Documentos dos Beneficiários do Titular:

- Cópia do **RG e CPF** de todos os beneficiários indicados do titular (podendo ser cópia da CNH);
- Formulário de “**Autorização de Pagamento de Indenização Pessoa Física**” preenchido e assinado (formulário presente neste kit). Este formulário deverá ser nominal a cada beneficiário.

Prazos de análise de seu processo:

De acordo com a regulamentação da SUSEP, o prazo total para análise do processo é de até 30 dias corridos. Entretanto, nosso atendimento prevê um prazo de resposta de **5 dias úteis**, a partir da data de recebimento dos **documentos listados acima**. Para isso, sugerimos que providencie e **encaminhe a documentação de uma única vez** para evitar atrasos na análise. Se for necessário, a seguradora Chubb poderá solicitar documentos complementares para análise do seu processo de sinistro.

Em caso de dúvidas, entre em contato pelo telefone 0800 608 6236.

Autorização de Pagamento de Indenização Pessoa Física

Preencha esse formulário para o pagamento da indenização.

Dados do Titular			
Nome do Titular			
Dados Pessoais do Beneficiário			
Nome do Beneficiário			Nº CPF
Endereço Residencial			
CEP	Cidade UF		País
Telefone ()	Celular ()	E-mail	
Dados Bancários do Beneficiário			
<input type="checkbox"/> Conta corrente		<input type="checkbox"/> Conta poupança	
Nome do Banco:		Número do Banco:	
Número da Agência com dígito:		Número da Conta com dígito:	
Situação Patrimonial e Financeira do Titular			
Profissão/Cargo			País de Nascimento
Patrimônio Estimado R\$ _____ ou faixa de renda mensal individual:			
<input type="checkbox"/> até R\$3.000,00 <input type="checkbox"/> de R\$3.000,01 a R\$ 5.000,00 <input type="checkbox"/> de R\$5.000,01 a R\$ 10.000,00			
<input type="checkbox"/> de R\$10.000,01 a R\$ 20.000,00 <input type="checkbox"/> acima de R\$20.000,01 <input type="checkbox"/> não desejo informar			
Importante			
» A solicitação deste formulário, não implica no reconhecimento de sua obrigação de indenização. » O pagamento da indenização nunca será realizado em contas de terceiros, ainda que representante legal ou tutor. » Dados bancários incorretos ou incompletos impedem o pagamento da indenização, e é responsabilidade do declarante garantir que as informações serão preenchidas corretamente. » Não será feito pagamento por crédito em contas salário, contas benefício, contas de pessoa jurídica, contas de cooperativas ou financeiras.			

ASSINATURA DO DECLARANTE SEM NECESSIDADE DE RECONHECIMENTO DE FIRMA

Data ____ / ____ / ____

Declaração de Residência

Preencha os dados abaixo com as informações de residência. Este formulário é opcional, caso não exista um comprovante de endereço em nome do titular.

Dados Pessoais		
Nome		Nº CPF
Endereço Residencial Completo		
CEP	Cidade UF	Bairro
Telefone ()	Celular ()	E-mail

ASSINATURA DO DECLARANTE SEM NECESSIDADE DE RECONHECIMENTO DE FIRMA

Data ___ / ___ / ___