

## Acione seu seguro | Hospitalização por Acidente

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](mailto: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 do **RG e CPF** do(a) Segurado(a) Titular (podendo ser cópia da CNH);
- Formulário de “**Autorização de Pagamento de Indenização Pessoa Física**” preenchido e assinado (formulário presente neste kit);
- Cópia de **Comprovante de Endereço** em nome do titular OU o formulário “**Declaração de Residência**” preenchido e assinado (formulário presente neste kit);
- Cópia do **Prontuário Médico** informando o período de internação (data de admissão e data da alta);
- Cópia dos **Laudos e Exames Médicos** realizados;
- Cópia do **Boletim de Ocorrência**, se realizado (não necessário em alguns casos, como, por exemplo, em acidentes domésticos);
- Cópia da **Carteira Nacional de Habilitação**, em caso de acidente automobilístico e o titular for o condutor do veículo.

---

#### 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.

---

#### Lei Geral de Proteção de Dados | LGPD

Todos os dados pessoais coletados pela Chubb serão tratados de acordo com a legislação aplicável em vigor, com base na Lei Geral de Proteção de Dados (Lei Federal nº 13.709/2018). Os dados pessoais serão processados apenas para o cumprimento das finalidades aqui dispostas. De forma a assegurar a transparência das atividades da Seguradora, as informações sobre o tratamento dos dados pessoais pela Seguradora e os direitos disponíveis aos titulares podem ser acessados na Política de Privacidade disponível no website da Chubb, através do link <https://www.chubb.com/br-pt/footer/politica-de-privacidade.aspx>. Se, por qualquer motivo, não for possível a consulta ao conteúdo do documento através do website, a Política de Privacidade pode ser disponibilizada por outro meio, desde que solicitado através do [encarregadoprotecaodedados.Brasil@Chubb.com]

## Autorização de Pagamento de Indenização Pessoa Física

Preencha esse formulário para o pagamento da indenização.

### Dados do Titular

Nome do Titular		Nº CPF
Telefone [ ]	Celular [ ]	E-mail

### Dados Bancários do Titular

<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 \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_