

Acione seu seguro | Invalidez 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
----	---------------------	----	--	----	---

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 dos **Laudos e Exames Médicos** realizados;
- Cópia do **Relatório Médico** preenchido pelo médico assistente do segurado (titular), informando o percentual de perda funcional apresentado, após alta definitiva do tratamento médico e fisioterápico;
- 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 ____ / ____ / ____