

## FORMULÁRIO DE REEMBOLSO

1. NÚMERO DO PROTOCOLO DA ASSISTÊNCIA: \_\_\_\_\_.

2. APÓLICE DE SEGURO VIAGEM Nº \_\_\_\_\_.

DESTINATÁRIO	IMPORTANTE
<p>O formulário deverá ser preenchido, assinado e enviado para o e-mail abaixo:</p> <p><a href="mailto:reembolsovida@assistencia24h.com.br">reembolsovida@assistencia24h.com.br</a></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Este documento não terá validade caso o solicitante altere ou oculte qualquer fato ou circunstância relevante para obter o reembolso solicitado.</li> <li>• O recebimento deste formulário não implica na responsabilidade na realização do reembolso. A solicitação será avaliada e posteriormente comunicada ao solicitante.</li> <li>• É necessário anexar ao e-mail todos os documentos complementares a este formulário. Sem todos os documentos não será possível concluir a análise de sua solicitação. Os documentos devem estar digitalizados de forma legível e as vias originais poderão ser solicitadas a qualquer momento.</li> <li>• O prazo de 30 dias do reembolso terá início a partir da data de recepção da última documentação enviada.</li> </ul>

### PREENCHER TODOS OS ITENS/CAMPOS ABAIXO:

A meta da empresa é realizar a análise da solicitação de reembolso de forma ágil e o preenchimento das informações pelo solicitante/segurado é fundamental para a agilidade. Leia atentamente as informações abaixo para completar o formulário. Em caso de dúvidas, entre em contato com nosso SAC – Serviço de Atendimento ao Cliente - 0800 771 2166.

Nome completo: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_

E-mail: \_\_\_\_\_ Telefone para contato: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

### INFORMAÇÕES

Data da ocorrência do sinistro: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.

Cidade: \_\_\_\_\_ País: \_\_\_\_\_

Descrição detalhada do sinistro objeto do pedido de reembolso (Ex: sintomas que motivaram o atendimento médico, o que motivou o cancelamento da viagem, reembolso de medicamentos, etc.)

---



---



---



---



---



---



---

Você realizou contato com a central de atendimento 24 horas do seguro-viagem para realizar solicitação de atendimento que gerou o pedido de reembolso deste formulário?

Não  Sim

Justifique:

---

---

---

---

---

---

---

---

<b>Detalhe das Despesas Custeadas pelo Segurado – objeto do reembolso</b>	<b>Moeda</b>	<b>Valor</b>
<b>Valor total do reembolso solicitado</b>		

**DECLARAÇÃO**

Declaro que as informações aqui são verdadeiras e assumirei total responsabilidade civil ou criminal, caso venha a ser constatada qualquer falta de veracidade e/ou irregularidade nestas declarações.

Assinatura do solicitante: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.