

Reembolso

Nº da assistência (caso haja): _____

Assistência 24 horas

ORIENTAÇÕES GERAIS

Importante

- O formulário e os documentos devem ser enviados para **assistenciareembolso@assistencia24h.com.br**
- O formulário deve ser preenchido digitalmente (ou manualmente, se preferir), impresso e assinado pelo segurado com a mesma assinatura do documento de identificação.
- A conta corrente deverá ter a mesma titularidade do segurado.
- Não serão analisados os processos cujos formulários não estejam preenchidos e assinados, ou com documentação pendente.
- O prazo de análise é iniciado a partir da recepção de todos os documentos.
- Outros documentos poderão ser solicitados posteriormente, se necessário.
- As despesas serão analisadas e, se aprovadas, reembolsadas nos limites e condições de prestação dos serviços de assistência, determinados na contratação do seguro.

Documentos necessários (enviar anexados)

- Cópias de CPF, RG e comprovante de endereço.
- Notas fiscais/recibos de serviço originais. Caso o serviço tenha sido prestado por pessoa física (não a serviço de uma empresa), devem constar nome, CPF, Endereço e Telefone do prestador e do solicitante.
- Cópias de documentos complementares (B.O., relatórios médicos, certidão de óbito, receitas, etc.)

Automóvel Residência Condomínio Empresa Outros (especifique): _____

Nº da apólice ou voucher: _____

DADOS DO CLIENTE (*) Preenchimento obrigatório

Nome:* _____ Email:* _____

Celular:* _____ Endereço:* _____

Cidade:* _____ Estado:* _____ CEP:* _____

DADOS BANCÁRIOS

Crédito em Conta Corrente Crédito em Conta Poupança

CPF/CNPJ:* _____ Banco:* _____ Agência:* _____ Nº da Conta Corrente:* _____

DADOS DO VEÍCULO

Fabricante:* _____ Marca:* _____ Modelo:* _____ Placa:* _____

EVENTO

Defeito mecânico/elétrico Roubo Colisão Incêndio Vendaval Danos elétricos Vazamento

Outros (especifique): _____ Data:* ____ / ____ / ____ Hora:* _____

Local (Rua, Av., Nº etc)* _____

Cidade:* _____ Estado:* _____

Descreva resumidamente o que ocorreu:*

Motivo de não ter solicitado o serviço diretamente à Assistência 24h:*

Quantidade de pessoas no veículo (somente em caso de ocorrência com automóvel):*

EVENTO

Tipo de serviço:*	Moeda (R\$, EUR, USD etc)*	Valor*	TOTAL*
1 _____	_____	_____	
2 _____	_____	_____	
3 _____	_____	_____	
4 _____	_____	_____	
5 _____	_____	_____	
6 _____	_____	_____	
7 _____	_____	_____	

Local* Data* Assinatura*