

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.
- Ao enviar esse formulário, o cliente declara a veracidade das informações e assume total responsabilidade civil ou criminal, caso seja constatada qualquer falsidade nos dados preenchidos.

### 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 endosso:\* \_\_\_\_\_

## 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

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\*