

Nº da assistência  
(Caso haja) \_\_\_\_\_

**Solicitação de Reembolso sobre Gastos de  
Assistência 24 Horas**

**A documentação completa deverá ser encaminhada, apenas para o e-mail abaixo.**

E-mail: [assistenciareembolso@assistencia24h.com.br](mailto:assistenciareembolso@assistencia24h.com.br)

**IMPORTANTE:**

- 1 - Serviços prestados por **Pessoa Jurídica** - Anexar notas fiscais originais ou cópias autenticadas. Cópias de documentos complementares (B.O., relatórios médicos, certidão de óbito, receitas, etc.);
- 2 - Serviços prestados por **Pessoa Física** - Anexar Recibos originais ou cópias autenticadas com Nome, CPF, Endereço e Telefone do prestador e do solicitante. Cópias de documentos complementares (B.O., relatórios médicos, certidão de óbito, receitas, tíquetes, bilhetes etc.);
- 3 - Anexar cópia simples do CPF, RG e comprovante de residência.
- 4 - O formulário deverá ser preenchido e assinado pelo segurado, (mesma assinatura do documento pessoal). Todo e qualquer reembolso somente será efetuado através de depósito na corrente do Titular do Seguro.
- 5 - O prazo de reembolso é iniciado a partir da recepção de todos os documentos.
- 6 - A assistência 24h poderá solicitar se necessário, outros documentos não relacionados anteriormente.**
- 7 - Não serão analisados, em qualquer hipótese, os processos cujos formulários não estejam devidamente preenchidos, assinados e com documentações pendentes.**

Automóvel  Residência  Condomínio  Empresa  Escolar  Funeral  Despesas Médicas  Outros Especifique \_\_\_\_\_

Apólice nº ou Voucher (caso haja) \_\_\_\_\_ Utilizado nas **exceções** em que o Cliente pediu um serviço sem intervenção da Assistência 24 horas

<b>Dados do Cliente</b>	E-mail do corretor/ segurado:		Telefone para contato	
	Nome:		( )	
	Endereço residencial			
Cidade			Estado	CEP

<b>Dados Bancários</b>	<input type="checkbox"/> Crédito em Conta Corrente ao cliente <input type="checkbox"/> Crédito em conta Poupança		
	CPF/CGC	Banco	Agência

<b>Dados do Veículo</b>	Fabricante	Marca	Modelo	Placa
-------------------------	------------	-------	--------	-------

<b>Evento</b>	Defeito mecânico/elétrico     Roubo     Colisão     Incêndio     Vendaval     Danos Elétricos     Vazamento			
	Outros:			
	Data	Hora	Local (rua, Av., n.º, etc.)	
Cidade			Estado	

Descrever resumidamente o evento:

Motivo pelo qual não solicitou os serviços diretamente ao Serviço de Assistência 24 horas:

Pessoas que viajavam no veículo: (preencher somente no caso de reembolso de passagem ou estadia)

**Despesas** Serão analisadas e, se aprovadas, reembolsadas nos limites e condições do contrato de prestação dos serviços de assistência, entregue na contratação do seguro ou garantia.

Discriminação	Valor (Moeda do país do evento – Nome e quantia)
-	
-	
	<b>Valor total</b>

Local \_\_\_\_\_

Data /\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

Assinatura \_\_\_\_\_

