



BILHETE DE SEGURO N.:



E-MAIL: _____



TEL: _____

CPF: _____

VOUCHER: _____

**ANEXE A ESTE FORMULÁRIO:
CÓPIA DOS DOCUMENTOS
PESSOAIS, CÓPIA DO BILHETE
DE SEGURO E COMPROVANTE
DE ENDEREÇO.**

APÓS O ENVIO DA
DOCUMENTAÇÃO COMPLETA, O
PRAZO PARA PAGAMENTO DO
SINISTRO SÃO DE 30 DIAS.

FORMULÁRIO DE SOLICITAÇÃO DE REEMBOLSO

DADOS BANCÁRIOS COMPLETOS:

BANCO: _____

AGÊNCIA: _____

Nº DA CONTA: _____

TIPO DA CONTA:

CONTA CORRENTE () POUPANÇA: ()

OUTROS () - ESPECIFICAR _____

CPF DO TITULAR DA CONTA _____

FAVORECIDO: _____

OBSERVAÇÕES: SE A CONTA CORRENTE FOR CONJUNTA, POR FAVOR INFORME: NOME COMPLETO E CPF DO PRIMEIRO TITULAR DA CONTA - CASO O TITULAR DA CONTA NÃO SEJA O TITULAR DO BILHETE DE SEGURO, FAVOR PREENCHER O FORMULÁRIO DE CESSÃO DE DIREITOS.

LOCAL E DATA DO EVENTO:

TIPO DE REEMBOLSO

- () DMHO – ATEND. MÉDICO, HOSPITALAR OU ODONTO.
- () MEDICAMENTOS
- () DEMORA DE BAGAGEM
- () ATRASO DE VOO
- () BAGAGEM EXTRAVIADA
- () CANCELAMENTO
- () OUTROS *

ESPECIFIQUE: _____

MOEDA E VALOR SOLICITADO: _____

**BREVE RELATO DO
OCORRIDO:**

**NÃO ESQUEÇA DE ASSINAR E
DATAR ESTE DOCUMENTO.**

(Assinatura)

____/____/____