



Solicitação de reembolso:

Nº do Bilhete: _____

Nº do Voucher: _____

Nome do titular do voucher: _____

Nº do CPF do titular do voucher: _____

E-mail de contato: _____

Tel. Celular / residencial: _____

Dados bancários completos do titular do voucher.

Banco: _____

Agência: _____

Nº da conta: _____

CPF do titular da conta: _____

Favorecido: _____

Observações:

- em caso de conta conjunta informar, nome completo e CPF do primeiro titular da conta
- caso o titular da conta não seja o titular do voucher, favor preencher, assinar e enviar juntamente com a documentação, o formulário de cessão de direitos



Evento:

Local e data do evento:

Reembolso por:

Atendimento médico []

Atendimento odontológico []

Medicamentos []

Demora na entrega da bagagem []

Indenização por bagagem extraviada []

Cancelamento de viagem []

Outros* []

*Especifique: _____

Nome do prestador de serviço (hospital, clinica, médico e etc.)

Moeda e valor solicitado: _____



Anexar ao formulário de solicitação de reembolso os documentos listados no anexo, de acordo com o tipo da solicitação e encaminhar para:

SafetyCard Seguro Viagem

Depto. de Reembolso

Avenida Liberdade, 130 - 1º andar CJ 16/17 – Centro

São Paulo - SP

01503-010

O período de análise e depósito em conta do valor aprovado é de 30 (trinta) dias corridos a partir da data de recebimento da documentação completa em nosso departamento de reembolso.



Atenção: utilizaremos o e-mail informado neste formulário para enviarmos a confirmação de recebimento da documentação, solicitarmos documentos/informação complementares (se necessário) e aviso de pagamento em caso de aprovação.

Antes do envio certifique-se de que o formulário está devidamente preenchido, com letra legível e com todos os documentos anexados.