Departamento de Reembolso
Avenida Paulista, N° 1079 - 16° Andar - São Paulo / Brasil

ASSIST CARD

DIA	MÊS	ANO

NOME E SOBRENOME DO PASSAGEIRO:	
TELEFONE DE CONTATO:	
E - MAIL:	
PAIS ONDE ACONTECEU O EVENTO:	

N° ASSIST CARD		**Nº Protocolo**	

	DADOS BANCARIOS (INFORMAÇÃO SOBRE A CONTA CORRENTE DO PASSAGEIRO)		
Informação Adicional da Forma de Pagamento (1)	**Nome e Sobrenome do Titular da Conta Bancária**		
	Número do CPF do titular da conta bancária		
	Data de nascimento do titular do CPF		
	GRAU DE PARENTESCO ENTRE O PASSAGEIRO		
	Dados Bancários	**Nome do Banco**	**Nº Agência**
	Numero da conta corrente		

DESCRIÇÃO DOS GASTOS	MOEDA UTILIZADA	MOEDA (USD)
TOTAL		

(1) Se o BENEFICIÁRIO não tem conta bancária em seu nome, deverá informar uma conta corrente de um familiar e indicar o grau de parentesco.

(2) Se a conta bancária não for própria, este documento servirá como autorização para o pagamento de reembolso de modo que a assinatura e declaração deste documento serão elementos suficientes de conformidade.

Assim mesmo, aceito dar por cumpridas as obrigações assistenciais da Assist Card do Brasil LTDA e Assist Card International S.A., encerrando o contrato firmado e desfazendo qualquer vínculo jurídico para com a empresa. Neste sentido, creditado o valor indicado em conta bancária apontada pelo beneficiário, não haverá a possibilidade deste de ingressar com demanda judicial pleiteando por valores correspondentes a essa assistência, a qualquer título.

NOTA: A conta bancária deverá ser do país de origem do beneficiário

Assinatura do beneficiário / requerente