

## Pedido de Análise de Reembolso

Assistência 24h



### Orientações para pedido de reembolso

Prezado(a) Solicitante,

Abaixo está o formulário de pedido de análise de reembolso para preenchimento e posterior avaliação. A resposta será enviada para o endereço informado na ficha, em até 15 dias úteis, contados a partir da data de chegada dos documentos à companhia.

Para tal análise, será necessário o encaminhamento do formulário em anexo, preenchido em letra de forma, junto com a(s) **nota (s) fiscal(ais) original (ais)** do(s) serviço(s) utilizado(s), em nome do Titular do Seguro.

Salientamos que a Assistência 24 horas não está autorizada a fazer pagamento de reembolso a terceiros. Por este motivo **o eventual ressarcimento só poderá ser efetuado através de depósito em conta corrente em nome do Titular do Seguro.**

**Não será possível depósito em conta poupança.**

O formulário, juntamente com a nota fiscal original, deverão ser enviados pelos Correios para o seguinte local\*:

**Análise de Reembolso  
Caixa Postal 40  
CEP: 09720-971  
São Bernardo do Campo/SP**

*\* A SulAmérica não se responsabiliza por documentos encaminhados/entregues em outro endereço que não o da Caixa Postal acima informada.*

**Mediante o deferimento do reembolso, os valores pagos respeitarão os limites previstos no manual do segurado, que poderá ser acessado através do [www.sulamerica.com.br](http://www.sulamerica.com.br).**

Não serão aceitos pedidos de análise de reembolso sem que esse formulário esteja completamente preenchido. Cópias de notas fiscais serão desconsideradas.

Caso haja alguma dúvida no preenchimento do formulário entrar em contato no telefone:

(21) 3972-5170

# Pedido de Análise de Reembolso

Assistência 24h



## Dados do Contratante / Solicitante

Nome Completo/ Razão Social

CNPJ/CPF

Endereço

Telefone 1

( )

Telefone 2

( )

Fax

( )

E-mail

Cidade

UF

CEP

Nº Apólice

Placa do veículo

Chassis

## Relação com o Contratante

Corretor  Segurado  Outro: \_\_\_\_\_

**Descreva o evento ocorrido com detalhes** sobre os serviços prestados, distâncias percorridas, data, hora, local da ocorrência e o motivo do não acionamento da Assistência 24h.

Se precisar utilize o verso

## Valores da Solicitação de Reembolso:

Tipo de serviço

Nº. da Nota Fiscal

Valor (R\$)

## Dados para Reembolso

Nome completo do titular do seguro

Banco (nome / número)

/

Agência (nome / número)

/

Conta Corrente

## Anexar a esta folha uma cópia da Apólice

1040.0631.0102