

Formulário de Solicitação de Reembolso

SOMENTE PARA USO DA COMPANHIA

No. Sinistro

I-INFORMAÇÕES DO TITULAR

Número do Certificado		Número de Identificação (Licença / Pasaporte)		Data Efetiva (mm/dd/aaaa)		Data de Rescisão (mm/dd/aaaa)		
Nome Completo do Cliente (Titular do Cartão)				Gênero ao Nascer		Data de Nascimento (mm/dd/aaaa)		
	Nome(s)		Sobrenome		[] Femenino [] Masculino			
Endereço Residencial:	Rua		Cidade		Estado		País	CEP
Endereço de email:			Telefone Residencial				Número de celular	

II-INFORMAÇÕES DO DEPENDENTE (se diferente do Segurado Principal)

Nome Completo				Gênero ao Nascer		Data de Nascimento (mm/dd/aaaa)		
	Nome(s)		Sobrenome		[] Femenino [] Masculino			
Endereço de email:			Telefone Residencial				Número de celular	

III.- TIPO DE COBERTURA – Selecione o benefício motivo do sinistro

Despesas Médicas	Cancelamento/Interrupção	Bagagem e Atrasos
<input type="checkbox"/> Emergência Médica / Medicamentos <input type="checkbox"/> Hospitalização <input type="checkbox"/> Emergência Odontológica <input type="checkbox"/> Estadia em hotel	<input type="checkbox"/> Cancelamento de viagem <input type="checkbox"/> Interrupção de viagem <input type="checkbox"/> Atraso na viagem <input type="checkbox"/> Retorno Antecipado	<input type="checkbox"/> Atraso de bagagem <input type="checkbox"/> Perda permanente de bagagem <input type="checkbox"/> Danos à bagagem
Repatriação	Acidente	Outro (especifique o tipo de cobertura solicitada)
<input type="checkbox"/> Evacuação Médica de Emergência <input type="checkbox"/> Repatriação de restos mortais	<input type="checkbox"/> Morte Acidental <input type="checkbox"/> Desmembramento/Perda de uso <input type="checkbox"/> Assistência Funeral	<input type="checkbox"/> _____

IV.- INFORMAÇÃO DO SINISTRO

Data de Ocorrência (mm/dd/aaaa):	Local de Ocorrência:		
----------------------------------	----------------------	--	--

Você sofreu desta doença, lesão ou condição semelhante ou recaída da mesma antes deste evento? SIM NÃO
Você já recebeu tratamento para esta condição? SIM NÃO

Se sim, especifique.

Descreva detalhadamente como ocorreu o incidente:

--	--

V.- SERVIÇOS E CUSTOS

Forneça detalhes de custos e serviços, as faturas originais devem ser fornecidas com este formulário.

Data do Serviço (mm/dd/aaaa)	Descrição dos serviços, tratamentos e procedimentos realizados em cada data	Custos / Valor Pago
/ /		
/ /		
/ /		
/ /		

VI. DETALHES DE PAGAMENTO/REEMBOLSO

Método de pagamento preferido:	<input type="checkbox"/> Cheque	<input type="checkbox"/> Transferência Bancária																						
Tipo de Conta:	<input type="checkbox"/> Corrente	<input type="checkbox"/> Poupança																						
Nome do Titular da Conta:																								
Endereço do Beneficiário Cadastrado na Conta:																								
Número de Conta:																								
Nome do Banco do Beneficiário:																								
ABA / # Ruta (Banco Beneficiário nos EUA):																								
Banco Metropolitano (se aplicável):																								
Assinatura do Titular:																								
Data (mm/dd/aaaa):																								

VII- AUTORIZAÇÃO PARA DIVULGAÇÃO DE INFORMAÇÕES MÉDICAS

Como prova com minha assinatura abaixo, autorizo qualquer médico licenciado, profissional médico, hospital, clínica ou qualquer estabelecimento médico ou relacionado à medicina, companhia de seguros, agência governamental, MIB, LLC. ("MIB) ou qualquer organização, instituição ou pessoa que tenha registros ou conhecimento sobre mim ou minha saúde e meus dependentes nomeados na declaração para divulgar à Redbridge Assist, afiliadas e resseguradoras tais informações, incluindo cópias de registros relacionados a qualquer conselho, cuidado ou tratamento fornecido a mim ou a meus dependentes, sem qualquer limitação a informações relacionadas a doenças mentais, uso de drogas e/ou álcool.

Uma fotocópia desta autorização será tão válida quanto o original.

Assinatura do Cliente (Titular do Cartão)

Data (mm/dd/aaaa)



Formulário de Solicitação de Reembolso

INSTRUÇÕES PARA PROCESSAR E ENVIAR UMA SOLICITAÇÃO DE REEMBOLSO

Para solicitar reembolso ou compensação, você deve:

- Ter comunicado nas primeiras setenta e duas (72) horas do evento e obtido a Pré-Certificação da REDBRIDGE.
- Enviar à REDBRIDGE, no prazo de noventa (90) dias após o evento, o Formulário de Solicitação de Reembolso com todos os documentos exigidos.
- Qualquer solicitação de reembolso apresentada após o período aqui especificado será dispensada sem direito a indenização.

As faturas originais e os documentos exigidos deverão ser enviados para:

Redbridge Network & Healthcare

P.O. Box 144490, Coral Gables, FL 33114 EE.UU.

Para iniciar o registro ou processamento de uma solicitação de reembolso, você deve:

- Entregar os documentos ao seu representante; ou
- Enviar documentos legíveis em formato eletrônico, preferencialmente PDF, para: travelclaims@redbridge.cc;
- Para questões relacionadas com o estado da sua reclamação, escreva-nos para: travelclaimstatus@redbridge.cc

Para atendimento ao cliente, entre em contato conosco através de:

travelcostumerservice@redbridge.cc | Tel: +1 (305) 537-1145 | Fax: (305) 232-8881 | www.redbridgeassist.com

DOCUMENTOS NECESSÁRIOS A SEREM ENVIADOS:

As seguintes informações serão sempre solicitadas:

- **Formulário de Solicitação de Reembolso preenchido e assinado.**
- **Foto do documento de identificação (carteira/passaporte)**
- **Bilhetes de ida e volta**

Se você enviar uma solicitação relacionada a benefícios médicos, envie:

- Formulário de Solicitação de Reembolso preenchido e assinado pelo paciente.
- Autorização para Divulgação de Informações Médicas Assinada pelo Paciente.
- Comprovante de viagem, incluindo cópia das páginas do passaporte, itinerário e passagens de ida e volta.
- Histórico médico incluindo anotações do médico assistente, exames diagnósticos, radiológicos, imagens magnéticas e prescrições ou prescrições, entre outros.
- Faturas originais e comprovantes de pagamento contendo: nome do paciente, data do atendimento, diagnóstico e procedimento, custo por atendimento; nome, endereço e telefone do médico e/ou do Hospital. O Formulário de Solicitação de Reembolso deve ser assinado pelo médico assistente.

Se você enviar uma reclamação relacionada a benefícios de estadia em hotel, envie:

- Formulário de Solicitação de Reembolso preenchido e assinado.
- Faturas correspondentes ao pagamento efetuado pela reserva do hotel de acordo com a política e condições de serviço. Nenhuma declaração é permitida.

No caso de apresentar uma reclamação relativa a um retorno ou volta em data diferente, apresentar:

- Formulário de Solicitação de Reembolso preenchido e assinado.
- Entregar a parte não utilizada do bilhete à Redbridge, desde que a Companhia tenha que pagar o custo do bilhete, ou diferença ou multa imposta pela transportadora.

OS DOCUMENTOS SOLICITADOS NO TEXTO ACIMA SE APLICAM AOS SEGUINTE BENEFÍCIOS:

- Transferência de acompanhante para internação do Titular
- Retorno garantido em data diferente da programada
- Retorno atrasado pela Covid-19
- Retorno de acompanhante com 15 anos ou menos ou adulto com mais de 75 anos
- Retorno por falecimento de familiar
- Retorno por perda catastrófica de residência permanente

Se você enviar uma reclamação relacionada a uma repatriação funerária, envie:

- Certidão de óbito da pessoa coberta.

No caso de apresentação de reclamação relativa a assistência jurídica ou despesas de fiança, apresentar:

- Formulário de Solicitação de Reembolso preenchido e assinado.
- Boletim de ocorrência, ordem judicial, fatura original do advogado e comprovante de pagamento.

No caso de apresentar uma reclamação relativa a um voo atrasado ou cancelado ou uma conexão perdida, envie:

- Formulário de Solicitação de Reembolso preenchido e assinado.
- Faturas originais de despesas incorridas previamente aprovadas pela Redbridge e comprovante de aceitação da responsabilidade da transportadora pelo atraso, cancelamento ou perda do voo de conexão.

No caso de apresentar uma reclamação relativa ao atraso ou perda definitiva de bagagem, envie:

- Formulário de Solicitação de Reembolso preenchido e assinado.
- Relatório de Irregularidade Patrimonial (PIR)
- Aprovação da etiqueta de controle/identificação de bagagem.
- Status da transportadora aceitando a responsabilidade pela perda/atrasto da bagagem.

Nota: Esta cobertura não se aplica caso a transportadora pague o valor do conteúdo da bagagem.

No caso de apresentar uma reclamação relacionada com a perda do passaporte, envie:

- Formulário de Solicitação de Reembolso preenchido e assinado.
- Declaração de perda de passaporte.
- Comprovante do valor pago pelo processo de recuperação de passaporte.

No caso de apresentação de uma solicitação de reembolso relativa ao cancelamento de viagem devido a evento catastrófico (quando o cliente ainda não iniciou a viagem), apresentar documentação original que comprove a reclamação:

Comprovante do que foi pago antecipadamente em relação ao valor total solicitado para reembolso.

Documentação original comprovando qualquer reembolso ou qualquer outro tipo de concessão fornecido pela companhia aérea, empresa de cruzeiro e outros, como crédito para viagens futuras.

Nota: Quando o cancelamento da viagem estiver relacionado ao resultado do teste Covid-19 positivo e você não puder realizar a viagem devido a quarentena, além dos anteriores, apresentar:

- Cartão de Vacinação Covid-19 com esquema completo.
- Resultado positivo do teste Covid-19 emitido por um laboratório médico qualificado.
- Resolução do Ministério da Saúde se o país assim o exigir.
- Documentos e notas fiscais de multas cobradas pelos contratos de serviços que o Titular não poderá utilizar.

Se você enviar uma reclamação relacionada à assistência a animais de estimação, envie:

- Faturas originais e comprovantes de pagamento contendo: nome do animal, data do atendimento, diagnóstico e procedimento, custo por atendimento; Nome, endereço e números de telefone do veterinário.
- O dono do animal deverá apresentar a carteira de vacinação completa e atualizada, sendo que o animal menor de um ano deverá comprovar ter recebido as vacinas de reforço.
- Documento legal para transferência internacional do animal de estimação.
- Passagens de ida e volta da viagem do dono do animal.

IMPORTANTE

Não serão aceitos documentos ilegíveis ou alterados e/ou cópias de extratos bancários ou de cartão de crédito.