

Formulário de Solicitação de Reembolso - Seguro ViagemNome do Segurado

CPF

Nome do Sinistrado

CPF

Descrição da Ocorrência: (descreva como ocorreu o sinistro e a data)

Dados da Despesa

Indicar o código, conforme descrição abaixo, no campo "Tipo de Despesa"

1 - Médicas, Hospitalares e/ou Odontológicas
2 - Farmacêutica
3 - Hospedagem após Alta Hospitalar
4 - Traslado Médico5 - Traslado de Corpo
6 - Regresso Sanitário
7 - Envio de acompanhante

Data da Despesa	Valor da Nota	Moeda	Tipo de Despesa

Os dados presentes neste documento ou coletados para as finalidades aqui previstas serão utilizados única e exclusivamente para cumprir com a finalidade a que se destinam e em respeito a toda a legislação aplicável sobre segurança da informação, privacidade e proteção de dados, inclusive, mas não se limitando a Lei Geral de Proteção de Dados (Lei Federal nº 13.709/2018). Em razão da natureza do documento, ele pode conter dados sensíveis, que devem ser tratados com a máxima confidencialidade, jamais sendo copiados, mantidos ou utilizados para outros fins, sob pena das consequências disciplinares, administrativas e judiciais aplicáveis.

“Para obter maiores informações sobre como os seus dados pessoais são tratados pela Bradesco Vida e Previdência S.A., consulte a nossa Diretiva de Privacidade disponível para consulta em www.bradescoseguranca.com.br”.