

INFORMAÇÕES DO SINISTRO

BILHETE 1850463	TIPO DE SINISTRO Reembolso	DATA DE COMPETÊNCIA 26/05/2026	DATA DE OCORRÊNCIA 15/06/2026	AVISO DE SINISTRO 11/07/2026	VIGÊNCIA 03/06/2026 — 24/06/2026
---------------------------	--------------------------------------	--	---	--	---

DESCRIÇÃO DO OCORRIDO

****Justificativa para Solicitação de Reembolso de Despesas**** Em decorrência de um grave problema de saúde, minha mãe permaneceu internada entre os dias ****15 de junho e 26 de junho de 2026****. Em razão da hospitalização e da impossibilidade de viajar na data inicialmente prevista, foi necessário alterar a data de sua passagem aérea, originalmente marcada para ****24 de junho de 2026****, para ****13 de julho de 2026****. Considerando seu estado de saúde após a alta hospitalar, tornou-se indispensável que eu a acompanhasse durante todo o deslocamento até o aeroporto de embarque, prestando assistência e garantindo sua segurança durante a viagem. No dia ****13 de julho de 2026****, acompanhei minha mãe desde ****Cabo Roig (Alicante, Espanha)**** até o ****Aeroporto Adolfo Suárez Madrid-Barajas - Terminal 2****, utilizando transporte terrestre (ônibus). No aeroporto, permaneci com ela até o embarque em seu voo para ****Lisboa****, de onde seguiria em voo de conexão com destino final a ****Florianópolis, Brasil****. Após o embarque de minha mãe, retornei para ****Alicante**** de trem e, posteriormente, de ônibus até ****Cabo Roig****. Dessa forma, as despesas decorrentes da alteração da data da viagem e do meu deslocamento para acompanhá-la foram consequência direta do evento médico que motivou sua hospitalização e da necessidade de assistência durante a viagem. Por esse motivo, solicitamos o reembolso desses custos, bem como das demais despesas relacionadas ao sinistro, nos termos da cobertura do seguro de viagem. Anexamos os comprovantes das despesas de transporte, da alteração da passagem aérea e os documentos médicos pertinentes para análise da presente solicitação. Atenciosamente,

PAÍS DA OCORRÊNCIA Espanha	PLANO MAX Europa € 30.000 EM TRIPLO	COBERTURA RECLAMADA 18 Interrupção de Viagem por Falecimento - Acidente ou doença
--------------------------------------	---	--

DADOS DO PASSAGEIRO

NOME Isabel Cristina Gerhards	CPF 02499139927	DATA DE NASCIMENTO 23/12/1951	TELEFONE (48)99153-5469
---	---------------------------	---	-----------------------------------

E-MAIL
cristhian.gerhards@gmail.com

VALORES

ESTIMADO (US\$) 0,00	CÂMBIO P/ R\$ 0,00000	ESTIMADO (R\$) 0,00	MOEDA ORIGINAL EURO	CUSTO MOEDA ORIGINAL 317,82	CÂMBIO P/ US\$ 1,15980
VALOR (US\$) 368,61	CÂMBIO P/ R\$ 5,04240	VALOR (R\$) 1.858,67	DESCONTO (US\$) 0,00	DESCONTO (R\$) 0,00	% DESCONTO 0,00%

DADOS BANCÁRIOS

NOME DO FAVORECIDO ISABEHL CRISTINA GERHARDS		CPF DO FAVORECIDO 024.991.399-27		BANCO (001) Banco do Brasil
TIPO DE CONTA Conta Corrente	AGÊNCIA 1386-2	CONTA 206149	DÍGITO VERIFICADOR X	

DESCRIÇÃO DE DESPESAS

DESCRIÇÃO	VALOR	MOEDA
------------------	--------------	--------------

Nenhuma despesa extra informada.

OUTRAS INFORMAÇÕES

VARIAÇÃO CUSTO INICIAL/FINAL -368,61 ↔ 100,00%	DATA DE CONCLUSÃO	DATA DO PAGAMENTO	STATUS Pendente Documentação
CONTA NO NOME DO SEGURADO?	TIPO DE TRANSPORTE	RESIDE NO MESMO ENDEREÇO DA APÓLICE?	

	Aéreo	Sim
--	-------	-----