

DECLARAÇÃO DE CESSÃO DE DIREITOS

Eu, *(nome completo)* _____

portador(a) do RG nº _____, inscrito(a) no CPF sob o nº _____, declaro à ASSIST-MED BRASIL ASSISTÊNCIA DE VIAGEM LTDA sob pena de responsabilidade civil e criminal que estou de acordo que o pagamento do reembolso referente ao processo de sinistro em meu nome, seja efetuado integralmente à _____ de acordo com os dados que informo no Formulário de Solicitação de Reembolso.

Sendo assim, sem qualquer tipo de vício de vontade ou consentimento, assumo a responsabilidade pelas informações prestadas com o encargo de responder perante aos outros dependentes ou interessados que possam reclamar o pagamento do reembolso contratado junto à ASSIST-MED BRASIL ASSISTÊNCIA DE VIAGEM LTDA.

E por ser a expressão da verdade, assinamos a presente declaração de cessão de direitos.

Local e Data

DECLARANTE

Assinatura _____

Bilhete: _____

Voucher: _____

TESTEMUNHAS

Nome _____

RG _____

Assinatura _____

Nome _____

RG _____

Assinatura _____