

Allianz Saúde

Pedido de Reembolso

Dados de Identificação de Preenchimento Obrigatório

Nº Apólice/ID _____ / _____ NIF _____

Nome do Cliente _____

E-mail _____ Telefone _____

Despesas Efetuadas:

Anexar os comprovativos das despesas abaixo indicadas:

| Coberturas | Nº Doc. | Valor das Despesas | Comparticipação outros Seguros ou Entidades |
|---|---|--------------------|---|
| Hospitalização e Cirurgia (1) | Internamento de _____ dias | | |
| Parto (1) | Parto Normal/Cesariana | | |
| | Interrupção involuntária da gravidez | | |
| Assistência Ambulatória (2) | Consultas | | |
| | Exames Auxiliares de Diagnóstico | | |
| | Tratamentos | | |
| Próteses e Ortóteses (2) | Próteses (excluindo próteses dentárias) | | |
| | Ortóteses Oculares: | | |
| | aros | | |
| | lentes | | |
| | lentes de contacto | | |
| | outras ortóteses | | |
| Subsídio Diário por Hospitalização (3) | | Nº dias _____ dias | |
| Subsídio Diário por Deslocação (3) | | Nº dias _____ dias | |
| | | Distância _____ Km | |
| Coberturas válidas apenas para Seguros de Grupo | | | |
| Medicamentos (2) | | | |
| Estomatologia (4) | Consultas | | |
| | Exames Auxiliares de Diagnóstico | | |
| | Tratamentos | | |
| | Próteses Estomatológicas | | |

Muito Importante: (1) - Indispensável Relatório Médico (preencher página 2 deste impresso) (3) - Juntar declaração da entidade hospitalar

(2) - Juntar prescrição médica

(4) - Juntar ficha de tratamento dentário - modelo 664

Da assistência acima declarada, alguma foi consequente de acidente? Não Sim, descreva-o (data, local e circunstâncias)

Declaro expressamente que autorizo o meu médico ou qualquer entidade que me tenha assistido, tratado ou examinado, a fornecer à Allianz Portugal o acesso aos meus Dados Pessoais de Saúde e a todas as informações relacionadas com a minha Adesão/Proposta contratual ou com o sinistro por mim sofrido.

Declaro ainda ter respondido com verdade, nada tendo ocultado que possa induzir a Allianz Portugal em erro na apreciação deste pedido.

Assinatura do Doente ou seu Representante Legal

Data _____

Relatório Médico Pedido de Reembolso

Nº Cartão Allianz Saúde/ID _____ / _____

NIF _____

Diagnóstico Preliminar (usar folhas anexas sempre que necessário ou conveniente):

Doença, perturbação ou lesões existentes antes do tratamento (referir detalhadamente a história clínica, nomeadamente, datas de sintomatologia, consultas, exames, tratamento, entre outros)

Exames Auxiliares de Diagnóstico realizados (Relatórios Médicos)

(Anexar exame anátomopatológico sempre que tiver sido realizado)

Procedimento Realizado:

| Descrição dos Atos Médicos Praticados (Tabela da Ordem dos Médicos) | Código | Unidades / Sessões | Nomenclatura C | Valor Relativo K |
|--|--------|--------------------|-------------------|---------------------|
| | | | € | € |
| | | | € | € |
| | | | € | € |
| | | | € | € |

Constituição da Equipa Médica ou Cirúrgica: Cirurgião 1º Ajudante 2º Ajudante Anestesta Instrumentista Outro

Local de assistência (hospital ou clínica) _____

Período de internamento ou tratamento _____ Total dias/sessões _____ de _____ a _____

Observações

3. Médico Responsável (chefe de equipa: responsável pelo internamento hospitalar, planos de tratamento ou realização de exames):

Nome completo _____

E-mail _____

Contacto Telefónico _____ Fax _____

Nº cédula profissional _____

Data _____ Assinatura _____

Companhia de Seguros Allianz Portugal S.A.

Rua Andrade Corvo, 32. 1069-014 Lisboa. C. Social € 39.545.400. C.R.C.Lisboa 2 977. NIPC 500 069 514
Telefone + 351 213 165 300. Telefax + 351 213 165 570. e-mail: info@allianz.pt. Internet www.allianz.pt

666 - 02/2016 (2/2)