

## 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                                   | 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

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<br>(Tabela da Ordem dos Médicos) | Código | Unidades / Sessões | Nomenclatura<br>C | Valor Relativo<br>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)