

PEDIDO DE REEMBOLSO

SEGURO DE SAÚDE

Este pedido deve ser dirigido a:

VICTORIA - Seguros, S.A. - Operações - Sinistros Saúde

Av. da República, nº 50 - 1º 1050-196 Lisboa

Telef.: 21 313 4431 - Fax: 21 112 45 31

Apólice Nº

Aderente Nº

TOMADOR DO SEGURO

Nome

Contactos a serem utilizados em caso de necessidade de esclarecimentos adicionais:

Telef./Tlm.

E-mail

PEDIDO DE REEMBOLSO

Segue em anexo os recibos de despesas médicas referentes às seguintes Pessoas Seguras:

Nome

Nome

Nome

NIB para reembolso de despesas atuais/futuras despesas apresentadas:

TIPOS DE DESPESAS

Tipos de despesas	Nº Doc.	Pessoa Segura 1 Despesas	Pessoa Segura 2 Despesas	Pessoa Segura 3 Despesas	Obs.
Internamento Hospitalar (Incluindo Parto)					(1)
Parto					
Parto Normal					(1)
Cesariana					(1)
Interrupção da gravidez					(1)
Consultas, Tratamentos e Exames					
Honorários médicos com consulta					(6)
Exames complementares de Diagnóstico					(2)
Pequena cirurgia e urgência médica					(5)
Tratamentos					(5)
Medicamentos					(2)
Óculos					
Aros					(2)
Lentes					(2)
Lentes de contacto					(2)
Outras Próteses					(2) (5)
Estomatologia					
Consultas					(4)
Tratamentos					(4)
Próteses estomatológicas					(4) (5)
Subsidio Diário por Internamento Hospitalar					(3)
Total de documentos / despesas					

Se alguma das despesas apresentadas se reportar a um acidente, forneça os seguintes detalhes:

Data do Acidente / / Local

Descrição do Acidente

Unidade hospitalar que prestou assistência

Terceiros responsáveis

Observações:

- (1) Obrigatório CIH (Comunicação de Internamento Hospitalar) e exames auxiliares de diagnóstico, exceto pré-autorização;
- (2) Obrigatório juntar prescrição médica com indicação do ICD9;
- (3) Obrigatório anexar declaração da entidade hospitalar com período de internamento e nota de alta ou relatório médico com indicação do ICD9;
- (4) Obrigatório preenchimento da ficha de estomatologia;
- (5) Obrigatório anexar relatório médico com indicação do ICD9;
- (6) Obrigatório indicação da especialidade e do ICD9 no recibo.

DECLARAÇÃO E ASSINATURA

Declaro que as despesas apresentadas correspondem aos atos médicos efetivamente prestados.

Local e Data , de de

(Assinatura do Tomador do Seguro - Empregado)