

Allianz Saúde

Pedido de Reembolso

Nº Cartão: Apólice _____ ID _____ NIF _____ (Preenchimento obrigatório)

Tomador do Seguro _____

Titular/Aderente (nome completo) _____

Doente (nome completo)* _____

* só preencher se for diferente do Titular/Aderente E-mail _____

Telefone de contacto _____ Telemóvel _____

Despesas Efectuadas:

Anexar os comprovativos das despesas abaixo indicadas e os impressos "Descrição de Actos Médicos" preenchidos por cada um dos prestadores

Prestações	Nº doc.	Despesas Valor	Comparticipação outros Seguros ou Entidades	Obs.	Reservado à Allianz Portugal
Hospitalização internamento de _____ dias	_____	€ _____	_____	(1)	_____
Cirurgia com hospitalização de _____ dias	_____	€ _____	_____	(1)	_____
_____ sem hospitalização	_____	€ _____	_____	(1)	_____
Parto/Maternidade parto normal	_____	€ _____	_____	(1)	_____
_____ cesariana	_____	€ _____	_____	(1)	_____
_____ interrupção involuntária da gravidez	_____	€ _____	_____	(1)	_____
Gravidez consultas de gravidez	_____	€ _____	_____		_____
_____ exames de controlo de gravidez	_____	€ _____	_____	(2)	_____
_____ tratamentos	_____	€ _____	_____	(2)	_____
Assistência Ambulatória consultas	_____	€ _____	_____		_____
_____ exames auxiliares de diagnóstico	_____	€ _____	_____	(2)	_____
_____ tratamentos	_____	€ _____	_____	(2)	_____
Próteses e Ortóteses próteses (excluindo próteses dentárias)	_____	€ _____	_____	(2)	_____
_____ ortóteses oculares:	_____	€ _____	_____	(2)	_____
_____ aros	_____	€ _____	_____	(2)	_____
_____ lentes	_____	€ _____	_____	(2)	_____
_____ lentes de contacto	_____	€ _____	_____	(2)	_____
_____ outras ortóteses	_____	€ _____	_____	(2)	_____
Subsídio Diário por Hospitalização	N.º dias _____ dias			(3)	_____
Subsídio Diário por Deslocação	N.º dias _____ dias			(3)	_____
	Distância _____ Km				_____

Coberturas válidas apenas para Seguros de Grupo

Medicamentos	_____	€ _____	_____	(2)	_____
Estomatologia consultas	_____	€ _____	_____	(4)	_____
_____ exames auxiliares de diagnóstico	_____	€ _____	_____	(4)	_____
_____ tratamentos	_____	€ _____	_____	(4)	_____
_____ próteses estomatológicas	_____	€ _____	_____	(4)	_____

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, circunstâncias, danos corporais, eventual terceiro responsável) _____

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 _____

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 · P. Colectiva 500 069 514
 Telefone 213 108 300 · Telefax 210 018 778 · e-mail: saude.reembolso@allianz.pt · Internet: www.allianz.pt

Relatório Médico Pedido de Reembolso

Nº Cartão: Apólice _____ 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 da sintomatologia, consultas, exames, tratamento, entre outros) _____

Exames radiológicos, laboratoriais e outros com significado para o esclarecimento do diagnóstico (anexar os exames a título devolutivo)

(Anexar exame anátomopatológico sempre que tiver sido realizado)

Tratamento Realizado:Descrição dos Actos Médicos Praticados
(Tabela da Ordem dos Médicos)

Código

Unidades/
SessõesNomenclatura e Valor Relativo
C K

Descrição dos Actos Médicos Praticados (Tabela da Ordem dos Médicos)	Código	Unidades/ Sessões	€	€
_____	_____	_____	€ _____	€ _____
_____	_____	_____	€ _____	€ _____
_____	_____	_____	€ _____	€ _____
_____	_____	_____	€ _____	€ _____

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

Local de assistência (hospital ou clínica) _____

Período de internamento ou tratamento Total dias/sessões _____ De _____ até _____ Hora _____ h _____

Data da operação ou início de tratamento _____

Convalescença pós-operatória (indicar duração e tratamento necessário) _____

O doente ficou curado? Sim Não, indique o seguimento recomendado _____**Médico Responsável:**

Nome completo _____

Morada _____

Código postal _____ Localidade _____ Telefone _____

Nº cédula profissional _____ Data _____ Assinatura _____