

ANEXAR OS JUSTIFICATIVOS

RAMO: **30**       APÓLICE:

**1. TOMADOR DO SEGURO**

Nome Completo

**2. PESSOAS SEGURAS**

Titular do Agregado Familiar (Nome Completo)	Contacto Telefónico
Pessoa Segura (Nome Completo)	Parentesco Titular <input type="checkbox"/> Cônjuge <input type="checkbox"/> Filho <input type="checkbox"/> Outro <input type="checkbox"/>

**3. RELAÇÃO DAS DESPESAS EFECTUADAS**

Cuidados de Saúde prestados de	Despesas efectuadas €	Participação de outras entidades €	A cargo do aderente €	Nº de Doc. Enviados	Obs.
<b>INTERNAMENTO HOSPITALAR</b>					
Diárias					(1)
Honorários Intervenções Cirúrgicas					(1)
Outros					(1)
<b>ASSISTÊNCIA AMBULATÓRIA</b>					
Consultas Clínica Geral					
Consultas de Especialidade					
Elementos Auxiliares Diagnóstico					(3)
Tratamentos					(1)(3)
Transportes					
Assistência Hospitalar Regime Externo					
<b>MEDICAMENTOS</b>					
					(3)
<b>PRÓTESES E ORTÓTESES</b>					
Aros					
Lentes					
Lentes de Contacto					(3)
Outras Próteses e Ortóteses					(3)
<b>ESTOMATOLOGIA</b>					
Consultas					(2)
Tratamentos					(2)
Próteses / Ortóteses					(2)
<b>PARTO</b>					
Parto Normal					(1)
Cesariana					(1)
Interrupção involuntária da Gravidez					(1)
<b>TOTAL</b>					

Benefício Diário por Hospitalização | | | dias (Junta Boletim de Alta)

( 1 ) Indispensável apresentação de Relatório Médico (mod. 616) ( 2 ) Preencher Ficha de Tratamento Dentário (ver verso) ( 3 ) Junta Prescrição Médica

O Titular

Assinatura

