

PEDIDO DE REEMBOLSO

Este pedido deve ser dirigido a:
VICTORIA - Seguros, S.A. - Operações - Sinistros Saúde
Av. Liberdade, nº 200. 1250 -147 Lisboa
Telef.: 21 313 4431 - Fax: 21 112 45 31

SEGURO DE SAÚDE

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		€	€	€	(1)
Parto Normal		€	€	€	(1)
Cesariana		€	€	€	(1)
Interrupção da gravidez		€	€	€	(1)
Consultas, Tratamentos e Exames		€	€	€	(6)
Honorários médicos com consulta		€	€	€	(6)
Exames complementares de Diagnóstico		€	€	€	(2)
Pequena cirurgia e urgência médica		€	€	€	(5)
Tratamentos		€	€	€	(5)
Medicamentos		€	€	€	(2)
Óculos		€	€	€	(2)
Aros		€	€	€	(2)
Lentes		€	€	€	(2)
Lentes de contacto		€	€	€	(2)
Outras Próteses		€	€	€	(2) (5)
Estomatologia		€	€	€	(4)
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)

WEBDOC/VSIPR 01.12

Este impresso pode ser fotocopiado.

1. DECLARAÇÃO

De acordo com a legislação em vigor, os dados recolhidos, e aqueles que vierem a ser fornecidos em sede de regularização de sinistro, serão processados e armazenados informaticamente, sendo utilizados nas relações contratuais com a VICTORIA e seus subcontratados, podendo ser comunicados a entidades terceiras para efeitos de colaboração na realização de estudos estatísticos, inquéritos de mercado e/ou viabilização da execução dos contratos.

Quaisquer omissões, inexatidões e falsidades, referentes ou relacionadas com a informação necessária para o tratamento de dados efetuado no âmbito da relação contratual, são da responsabilidade do titular dos dados.

1 . Direitos e dever de informação

Declaro ainda que fui informado do direito de oposição ao tratamento dos mesmos nas situações de definição de perfis, comercialização direta e interesse legítimo do responsável pelo tratamento.

Para além do direito de oposição, reconheço ainda que me assistem os direitos de acesso, retificação, apagamento, limitação do tratamento e portabilidade, nos termos definidos na Política de Privacidade disponível em www.victoria-seguros.pt, podendo exercê-los perante a VICTORIA ou junto do Encarregado de Proteção de Dados (EPD) através dos contactos aí indicados.

2. Assinatura

Declaro ter tomado conhecimento das informações acima descritas e dos direitos que me assistem na proteção dos seus dados pessoais, subscrevendo-os mediante a sua assinatura.

Local e Data _____ , _____ de _____ de _____

(Assinatura do Titular dos Dados)