

FICHA DE ESTOMATOLOGIA
REEMBOLSO DE DESPESAS
SEGURO DE SAÚDE

Este pedido deve ser dirigido a:
VICTORIA - Seguros, S.A. - Operações - Sinistros Saúde
Av. Liberdade, nº 200. 1250 -147 Lisboa
Telef.: 213 134 431 - Fax: 211 124 531

TOMADOR DO SEGURO

Apólice Nº

Nome da Pessoa Tratada

Data de Nascimento

Sócio Cônjuge Filho

INFORMAÇÕES - TRATAMENTO

Nome do Estomatologista / Médico Dentista / Médico Odontologista

Nº da Ordem dos Médicos Dentistas

Morada

Nº de Telefone

O tratamento é resultante de acidente? Não Sim

Se **Sim**, faça uma descrição sucinta e indique as datas:

É a primeira colocação de Prótese? Não Sim

Se **Não**, indique a razão da colocação:

Data da colocação anterior:

Indique os dentes em falta com "x" Dente Face Descrição dos Tratamentos (Inclui Rx, Profilaxia, Materiais usados, etc) Indique a data Valor da despesa

Indique os dentes em falta com "x"	Dente	Face	Descrição dos Tratamentos (Inclui Rx, Profilaxia, Materiais usados, etc)	Indique a data	Valor da despesa
				/ /	€
				/ /	€
				/ /	€
				/ /	€
				/ /	€
				/ /	€
				/ /	€
				/ /	€
				/ /	€
				/ /	€
				/ /	€
				/ /	€
Total					€

DECLARAÇÃO E ASSINATURA

Obrigatório o preenchimento médico desta ficha.

Declaro que efetuei os tratamentos acima discriminados.

Local e Data _____, _____ de _____ de _____

(Assinatura do Estomatologista / Médico Dentista / Médico Odontologista)

NOTAS IMPORTANTES

1. Apresentar sempre os RX pré-operatórios para todos os tratamentos dentários, exceto quando estes se refiram exclusivamente ao uso de amálgama ou a restauração com compósitos e selantes.
2. Quando sejam realizados tratamentos endodônticos ou aplicação de próteses fixas, terão que ser apresentados, além dos RX pré-operatórios, também os RX post-tratamento.

WEBDOC\SI FE 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)