

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

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.