

APÓLICE Nº:  
SINISTRO Nº

PREENCHER COM LETRA MAIÚSCULA E PREFERENCIALMENTE NA COR PRETA

**TOMADOR DO SEGURO OU SEGURADO**

Nome:

Morada:

Província:

E-mail:

Telefone/ Telefone:

IBAN.:

**DESPESAS**

Por favor, preencha a seguinte tabela com a ajuda do seu médico:

Tipo de Despesas	Data	Quantidade	Diagnóstico	Descritivo ou cód. de nomenclatura do acto médico	Valor
Hospitalização					
Hospitalização					
Hospitalização					
Hospitalização					
Hospitalização					
Hospitalização					

**NÚMERO DE DOCUMENTOS EM ANEXO**

Por favor, identifique o número de documentos que pretende anexar ao seu pedido de reembolso:

**DOCUMENTOS**

Devem ser facultados quaisquer documentos comprovativos da sua qualidade e direitos, nomeadamente bilhete de identidade ou cartão de contribuinte, bem como outros documentos que possam ser solicitados pela NOSSA Seguros.

Em caso de hospitalização devem ser facultados os seguintes documentos: Comprovativo de pagamento original, fiscalmente aceite, acompanhado de factura detalhada das respectivas despesas.

Caso a hospitalização seja causada por doença, é necessário fornecer a seguinte informação clínica: nota de alta, relatório médico e/ou resultado de exames de diagnóstico.

Caso a hospitalização seja causada por acidente, é necessário fornecer a seguinte informação clínica: nota de alta, relatório médico e/ou resultado de exames de diagnóstico e descrição detalhada de acidente, com data, hora, local, circunstância e em caso de deslocação, motivo (de onde vinha e para onde se deslocava).

**DECLARAÇÃO E ASSINATURAS**

Ao assinar o presente documento, autorizo o meu Médico a facultar as informações constantes no presente impresso, à minha Seguradora e à AdvanceCare. Todos estes dados serão tratados confidencialmente e não poderão ser alvo de utilização fora do âmbito do seguro de saúde.

Local e Data:

Assinatura do Tomador do Seguro ou Segurado

Li e concordo com as declarações e autorizações.