

PEDIDO DE REEMBOLSO

db Saúde +

Este pedido deve ser dirigido a:
VICTORIA - Seguros, S.A. - Operações - Sinistros Saúde
Av. da Liberdade, 200 - 1250 - 147 LISBOA
Telef.: 21 313 4431 - Fax: 21 112 45 31

Apólice Nº	
Aderente Nº	

TOMADOR DO SEGURO

Nome do Aderente

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	€	€	€	€	(1)
Consultas, Tratamentos e Exames	€	€	€	€	
Honorários médicos com consulta	€	€	€	€	(2)
Exames complementares de Diagnóstico	€	€	€	€	(3)
Pequena cirurgia e urgência médica	€	€	€	€	(5)
Tratamentos	€	€	€	€	(5)
Medicamentos	€	€	€	€	
Estomatologia	€	€	€	€	
Consultas	€	€	€	€	(4)
Tratamentos	€	€	€	€	(4)
Próteses estomatológicas	€	€	€	€	(4) (5)
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 indicação da especialidade e do ICD9 no recibo;
 - (3) Obrigatório juntar prescrição médica com indicação do ICD9;
 - (4) Obrigatório preenchimento de ficha de estomatologia;
 - (5) Obrigatório anexar relatório médico com indicação do ICD9;

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 DB SAUDE + 01.14



Este impresso pode ser fotocopiado.