

## Pedido de Reembolso

Produto		Apólice		Adesão	
Tomador de Seguro					
Titular/Aderente (nome completo)					
Doente (nome completo) - só preencher se for diferente do Titular/Aderente					Telefone de contacto
Member ID - nº constante no cartão AZP		Sexo	Idade	O doente é o: <input type="checkbox"/> Próprio <input type="checkbox"/> Cônjuge <input type="checkbox"/> Filho	

**Despesas Efectuadas** - anexar os comprovativos das despesas abaixo indicadas e os impressos "Descrição de Actos Médicos" preenchidos por cada um dos prestadores

Prestações	Nº doc.	Despesas Valor	Comparticipação outros Seguros ou Entidades	Obs.	Reservado à Allianz Portugal
Hospitalização internamento de: _____ dias		€ _____		(1)	
Cirurgia com hospitalização de: _____ dias		€ _____		(1)	
sem hospitalização		€ _____			
Parto/Maternidade parto normal		€ _____		(1)	
cesariana		€ _____			
interrupção involuntária da gravidez		€ _____		(1)	
Gravidez consultas de gravidez		€ _____			
exames de controlo de gravidez		€ _____		(2)	
tratamentos		€ _____			
Assistência Ambulatória consultas		€ _____			
exames auxiliares de diagnóstico (análises, Rx, etc.)		€ _____		(2)	
tratamentos		€ _____			
Próteses e Ortóteses próteses (excluindo próteses dentárias)		€ _____			
ortóteses oculares:		€ _____			
aros		€ _____		(2)	
lentes		€ _____			
lentes de contacto		€ _____			
outras ortóteses		€ _____			
Subsídio Diário por Hospitalização		Nº dias _____ dias		(3)	
Subsídio Diário por Deslocação		Nº dias _____ dias		(3)	
		Distância _____ Km			

Coberturas válidas apenas para Seguros de Grupo

Medicamentos		€ _____		(2)	
Estomatologia consultas		€ _____			
exames auxiliares de diagnóstico		€ _____		(4)	
tratamentos		€ _____			
próteses estomatológicas		€ _____			

**Muito importante:** (1) - Indispensável Relatório Médico (ver verso), excepto se já pedida pré-autorização (4) - Juntar ficha de tratamento dentário - modelo 6000025  
(2) - Juntar prescrição médica  
(3) - Juntar declaração da entidade hospitalar

Da assistência acima declarada, alguma foi consequente de acidente? ☐ Não ☐ Sim, descreva-o (data, local, circunstâncias, danos corporais, eventual terceiro responsável,...)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Declaro ter respondido com verdade, nada tendo ocultado que possa induzir a Allianz Portugal em erro na apreciação deste pedido. Autorizo os Médicos e Estabelecimentos de Saúde de que recebi assistência, a dar à Allianz Portugal todas as informações sobre a minha História Clínica.

Assinatura do Doente ou seu Representante Legal

Data

Companhia de Seguros Allianz Portugal, S.A.

Rua Andrade Corvo, 32 · 1069 - 014 Lisboa · Portugal · Telefone 808 297 777 · Telefax 808 297 999 · Capital Social € 39.545.400 · C.R.C. Lisboa 2 977 · Pessoa Colectiva 500 069 514

Nome do doente	Idade
----------------	-------

Doença, perturbação ou lesões existentes antes do tratamento (referir detalhadamente a história clínica, nomeadamente, datas da sintomatologia, consultas, exames, tratamentos, etc...)

---

---

---

---

Tratamento Realizado

Descrição dos Actos Médicos Praticados (Tabela da Ordem dos Médicos)	Nomenclatura e Valor Relativo		
	Código	C	K

Observações:

100% 90% 80% 70% 60% 50% 40% 30% 20% 10% 0%

---

---

---

Nome completo		Nº cédula profissional
Morada		Telefone
Data	Assinatura	