

## Allianz Saúde

## Pedido de Reembolso

Produto \_\_\_\_\_ Apólice \_\_\_\_\_ Adesão \_\_\_\_\_

Tomador do Seguro \_\_\_\_\_

Titular/Aderente (nome completo) \_\_\_\_\_

Doente (nome completo)\* \_\_\_\_\_

\* só preencher se for diferente do Titular/Aderente

E-mail \_\_\_\_\_ Telefone de contacto \_\_\_\_\_ Sexo \_\_\_\_\_ Idade \_\_\_\_\_

Member ID - nº constante no cartão AZP \_\_\_\_\_ O doente é o:  Próprio  Cônjuge  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	_____	€ _____	_____	(1)	_____
Parto/Maternidade parto normal	_____	€ _____	_____	(1)	_____
_____ cesariana	_____	€ _____	_____	(1)	_____
_____ interrupção involuntária da gravidez	_____	€ _____	_____	(1)	_____
Gravidez consultas de gravidez	_____	€ _____	_____	_____	_____
_____ exames de controlo de gravidez	_____	€ _____	_____	(2)	_____
_____ tratamentos	_____	€ _____	_____	(2)	_____
Assistência Ambulatória consultas	_____	€ _____	_____	_____	_____
_____ exames auxiliares de diagnóstico	_____	€ _____	_____	(2)	_____
_____ tratamentos	_____	€ _____	_____	(2)	_____
Próteses e Ortóteses próteses (excluindo próteses dentárias)	_____	€ _____	_____	(2)	_____
_____ ortóteses oculares:	_____	€ _____	_____	(2)	_____
_____ aros	_____	€ _____	_____	(2)	_____
_____ lentes	_____	€ _____	_____	(2)	_____
_____ lentes de contacto	_____	€ _____	_____	(2)	_____
_____ outras ortóteses	_____	€ _____	_____	(2)	_____
Subsídio Diário por Hospitalização	N.º dias _____ dias	_____	_____	(3)	_____
Subsídio Diário por Deslocação	N.º dias _____ dias	_____	_____	(3)	_____
_____ Distância _____ Km	_____	_____	_____	_____	_____

## Coberturas válidas apenas para Seguros de Grupo

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

**Muito importante:** (1) - Indispensável Relatório Médico (ver verso), excepto se já pedida pré-autorização (3) - Juntar declaração da entidade hospitalar  
 (2) - Juntar prescrição médica (4) - Juntar ficha de tratamento dentário - modelo 664

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.

Assinatura do Doente ou seu Representante Legal

Autorizo os Médicos e Estabelecimentos de Saúde dos quais recebi assistência, a dar à Allianz Portugal todas as informações sobre a minha História Clínica.

Data \_\_\_\_\_

## Relatório Médico Pedido de Reembolso

Nome do doente \_\_\_\_\_, Idade \_\_\_\_\_

**Diagnóstico Preliminar** (usar folhas anexas sempre que necessário ou conveniente):

Doença, perturbação ou lesões existentes antes do tratamento (referir detalhadamente a história clínica, nomeadamente, datas da sintomatologia, consultas, exames, tratamento, entre outros) \_\_\_\_\_

Exames radiológicos, laboratoriais e outros com significado para o esclarecimento do diagnóstico (anexar os exames a título devolutivo)

(Anexar exame anátomopatológico sempre que tiver sido realizado)

**Tratamento Realizado:**Descrição dos Actos Médicos Praticados  
(Tabela da Ordem dos Médicos)

Código

Unidades/  
SessõesNomenclatura e Valor Relativo  
C K

Descrição dos Actos Médicos Praticados (Tabela da Ordem dos Médicos)	Código	Unidades/ Sessões	€	€
_____	_____	_____	€	€
_____	_____	_____	€	€
_____	_____	_____	€	€
_____	_____	_____	€	€

Constituição da Equipa Médica ou Cirúrgica:  Cirurgião  1º Ajudante  2º Ajudante  Anestesta  Instrumentista  Parteira  Outro**Observações:**

Local de assistência (hospital ou clínica) \_\_\_\_\_

Período de internamento ou tratamento Total dias/sessões \_\_\_\_\_ De \_\_\_\_\_ até \_\_\_\_\_ Hora \_\_\_\_\_ h \_\_\_\_\_

Data da operação ou início de tratamento \_\_\_\_\_

Convalescência pós-operatória (indicar duração e tratamento necessário) \_\_\_\_\_

O doente ficou curado?  Sim  Não, indique o seguimento recomendado \_\_\_\_\_**Médico Responsável:**

Nome completo \_\_\_\_\_

Morada \_\_\_\_\_

Código postal \_\_\_\_\_ Localidade \_\_\_\_\_ Telefone \_\_\_\_\_

Nº cédula profissional \_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_\_ Assinatura \_\_\_\_\_