

PREENCHER A CANETA PRETA

Nº CARTÃO \_\_\_\_\_

Nº CLIENTE \_\_\_\_\_

DATA

D | D | M | M | A | A | A | A | A

## 1. TOMADOR DO SEGURO

NOME \_\_\_\_\_

## 2. IDENTIFICAÇÃO DA PESSOA SEGURA (A QUEM SE REFEREM AS DESPESAS)

NOME \_\_\_\_\_

MORADA \_\_\_\_\_

CÓD. POSTAL \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ LOCALIDADE \_\_\_\_\_

TELEFONE \_\_\_\_\_ TELEMÓVEL \_\_\_\_\_ EMAIL \_\_\_\_\_

TRABALHADOR Nº \_\_\_\_\_  
(PASA APÓLICES GRUPO)

## 3. DESPESAS

TIPO DE DESPESAS	DESPESAS		TIPO DE DESPESAS	DESPESAS	
	QUANTIDADE	VALOR		QUANTIDADE	VALOR
1. INTERNAMENTO	,	,	6. TRATAMENTOS	,	,
2. PARTO	NORMAL <input type="checkbox"/>	,	7. MEDICAMENTOS	,	,
	CESARIANA <input type="checkbox"/>	,	8. ORTÓTESES	,	,
3. INTERRUPÇÃO INVOLUNTÁRIA GRAVIDEZ	,	,	9. PRÓTESES	,	,
4. CONSULTAS	,	,	10. ESTOMATOLOGIA	,	,
5. EXAMES AUXILIARES DIAGNÓSTICO	,	,	11. OUTRAS	,	,

## 4. OBSERVAÇÕES (REFERIR SE FOI ENVIADA INFORMAÇÃO ADICIONAL)

---

---

---

---

---

---

<b>CONSULTAS</b> FATURAS/RECIBOS ORIGINAIS COM INDICAÇÃO DA ESPECIALIDADE MÉDICA.	<b>TAXAS MODERADORAS</b> FATURAS/RECIBOS ORIGINAIS COM A DESCRIÇÃO DO ATO MÉDICO REALIZADO.
<b>EXAMES AUXILIARES DE DIAGNÓSTICO (RAIOS X, ANÁLISES, ETC.)</b> FATURAS/RECIBOS ORIGINAIS E CÓPIA DA PRESCRIÇÃO MÉDICA.	<b>INTERNAMENTO (POR DOENÇA, ACIDENTE OU PARTO)</b> FATURA/RECIBO ORIGINAL DA DESPESA DE INTERNAMENTO ACOMPANHADO DE FACTURA DETALHADA DAS RESPECTIVAS DESPESAS, BEM COMO:
<b>TRATAMENTOS</b> FATURAS/RECIBOS ORIGINAIS RELATÓRIO MÉDICO, COM O DIAGNÓSTICO, INÍCIO E EVOLUÇÃO DA SITUAÇÃO CLÍNICA E RESPECTIVO PROGNÓSTICO.	<b>1. EM CASO DE DOENÇA</b> - RELATÓRIO MÉDICO, CIRCUNSTANCIADO, CONTENDO DESIGNADAMENTE DIAGNÓSTICO, INÍCIO E EVOLUÇÃO DA SITUAÇÃO CLÍNICA E RESPECTIVO PROGNÓSTICO.
<b>ESTOMATOLOGIA</b> FATURAS/RECIBOS ORIGINAIS FICHA DE TRATAMENTO, CONTENDO A INFORMAÇÃO ACERCA DOS TRATAMENTOS EFETUADOS, BEM COMO DOS DENTES TRATADOS ESTA FICHA DEVE SER PREENCHIDA PELO MÉDICO.	<b>2. EM CASO DE ACIDENTE</b> - RELATÓRIO MÉDICO E PARTICIPAÇÃO DE SINISTRO QUE LHE SERÁ FORNECIDA PELO SERVIÇO DE APOIO AO CLIENTE, ATRAVÉS DO NÚMERO INSCRITO NO VERSO DO SEU CARTÃO.
<b>MEDICAMENTOS, PRÓTESES E ORTÓTESES</b> FATURAS/RECIBOS ORIGINAIS, COM INDICAÇÃO DO NOME E ESPECIALIDADE DO MÉDICO CÓPIA DA PRESCRIÇÃO MÉDICA.	<b>3. PARTO</b> - RELATÓRIO MÉDICO DETALHADO. FATURA/RECIBO ORIGINAL DOS HONORÁRIOS MÉDICOS ACOMPANHADOS DE INFORMAÇÃO ACERCA DOS ACTOS MÉDICOS REALIZADOS, DE ACORDO COM O CÓDIGO DE NOMENCLATURA E VALORES RELATIVOS DA ORDEM DOS MÉDICOS.
<b>TERAPÉUTICAS NÃO CONVENCIONAIS</b> FATURAS/RECIBOS ORIGINAIS, ONDE DEVERÁ CONSTAR O NOME, ESPECIALIDADE E MORADA DO TERAPEUTA.	SE JÁ TEM OUTROS SEGUROS QUE GARANTEM AS MESMAS COBERTURAS OU NO CASO DAS DESPESAS JÁ TEREM SIDO COMPARTICIPADAS POR OUTROS SUBSISTEMAS (EXEMPLO ADSE OU SAMS) O SEGURO SAÚDE CONTINENTE FUNCIONA EM COMPLEMENTO AOS ANTERIORES. NESTAS SITUAÇÕES OS DOCUMENTOS A APRESENTAR PODERÃO SER FOTOCÓPIAS DOS ORIGINAIS COM CARIMBO DA ENTIDADE QUE DETÉM O ORIGINAL COMPROVANDO O VALOR REEMBOLSADO.

## 6. DADOS RELATIVOS À SAÚDE

O contrato ou operação de seguro a que respeita o presente documento envolve o tratamento de dados relativos à saúde do titular, no âmbito da gestão da relação contratual, utilização da cobertura, gestão de sinistros e, bem assim, processos de renovação e alterações contratuais, aplicando-se ao tratamento desses dados as informações prestadas pelo Segurador.

O Segurador procederá ao tratamento dos dados em questão, para as finalidades indicadas, mediante o consentimento manifestado por assinatura do presente documento.

Nessa medida, mediante a assinatura do presente documento, autoriza-se o Segurador a tratar os dados relativos à saúde do titular dos dados a que respeita o presente documento e para as finalidades especificamente indicadas.

LOCAL E DATA

ASSINATURA DA PESSOA SEGURA OU REPRESENTANTE LEGAL