

PREENCHER A CANETA PRETA

Nº CARTÃO _____ Nº CLIENTE _____ DATA

D	D	M	M	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

(PARA APÓLICES GRUPO)

3. DESPESAS

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

4. OBSERVAÇÕES (REFERIR SE FOI ENVIADA INFORMAÇÃO ADICIONAL)

CONSULTAS

FATURAS/RECIBOS ORIGINAIS COM INDICAÇÃO DA ESPECIALIDADE MÉDICA.

EXAMES AUXILIARES DE DIAGNÓSTICO (RAIOS X, ANÁLISES, ETC.)

FATURAS/RECIBOS ORIGINAIS E CÓPIA DA PRESCRIÇÃO MÉDICA.

TRATAMENTOS

FATURAS/RECIBOS ORIGINAIS

RELATÓRIO MÉDICO, COM O DIAGNÓSTICO, INÍCIO E EVOLUÇÃO DA SITUAÇÃO CLÍNICA E RESPECTIVO PROGNÓSTICO.

ESTOMATOLOGIA

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.**MEDICAMENTOS, PRÓTESES E ORTÓTESES**FATURAS/RECIBOS ORIGINAIS, COM INDICAÇÃO DO NOME E ESPECIALIDADE DO MÉDICO
CÓPIA DA PRESCRIÇÃO MÉDICA.**TERAPÊUTICAS NÃO CONVENCIONAIS**

FATURAS/RECIBOS ORIGINAIS, ONDE DEVERÁ CONSTAR O NOME, ESPECIALIDADE E MORADA DO TERAPEUTA.

TAXAS MODERADORAS

FATURAS/RECIBOS ORIGINAIS COM A DESCRIÇÃO DO ATO MÉDICO REALIZADO.

INTERNAMENTO (POR DOENÇA, ACIDENTE OU PARTO)

FATURA/RECIBO ORIGINAL DA DESPESA DE INTERNAMENTO ACOMPANHADO DE FACTURA DETALHADA DAS RESPECTIVAS DESPESAS, BEM COMO:

1. EM CASO DE DOENÇA - RELATÓRIO MÉDICO, CIRCUNSTANCIADO, CONTENDO DESIGNADAMENTE DIAGNÓSTICO, INÍCIO E EVOLUÇÃO DA SITUAÇÃO CLÍNICA E RESPECTIVO PROGNÓSTICO.**2. EM CASO DE ACIDENTE** - 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.**3. PARTO** - 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.

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