FIDELIDADE
SEGUROS DESDE 1808

REEMBOLSO
DE DESPESAS MÉDICAS

APÓLICE Nº _____ CLIENTE Nº _____

TODOS OS CAMPOS SÃO DE CARÁCTER OBRIGATÓRIO, CASO NÃO SEJAM PREENCHIDOS O PEDIDO DE REEMBOLSO NÃO TERÁ SEGUIMENTO.

1 TOMADOR DO SEGURO

NOME _____

2 IDENTIFICAÇÃO DA PESSOA SEGURA

NOME COMPLETO _____

NOME COMPLETO DO DETENTOR DO AGREGADO _____

MORADA _____

BAIRRO _____ MUNICÍPIO _____

TELEFONE/TELEMÓVEL _____ - _____

EMAIL _____

IBAN AO06 _____

3 DESPESAS

	DESPESAS QUANTIDADE/INFORMAÇÃO	VALOR (Definir moeda)
1. INTERNAMENTO		
2. CONSULTAS		
3. EXAMES AUXILIARES DIAGNÓSTICO		
4. TRATAMENTOS		
5. MEDICAMENTOS		
6. ORTÓTESES		
7. PRÓTESES		
8. ESTOMATOLOGIA		
9. PARTO		
10. OUTRA: _____		

ASSINATURA DA PESSOA SEGURA _____ DATA D D M M A A A A
(Ou Responsável Legal se menor de 18 anos).