

Por favor, preencha os dados abaixo indicados:

Produto: Acidentes Pessoais
Companhia: Una Seguros, S.A.

Identificação da Pessoa Segura

Nome: _____

Nº de Apólice: _____

Despesas

Tipo de Despesa*	Data	Descritivo do ato médico	Valor
	__/__/__		____.____/____ €
	__/__/__		____.____/____ €
	__/__/__		____.____/____ €
	__/__/__		____.____/____ €
	__/__/__		____.____/____ €

*Legenda para preenchimento do campo "Tipo de Despesas": (I = Internamento) (C = Consulta) (EAD = Exames auxiliares de diagnóstico) (T = Tratamentos) (E = Estomatologia) (PO = Próteses e Ortóteses)

Nº de documentos anexados

Indique o número de documentos que pretende anexar ao seu pedido de reembolso.

Documentos a apresentar

Internamentos (acidente)

- Comprovativo de pagamento original, fiscalmente aceite, acompanhado de fatura detalhada das respetivas despesas.
- Informação clínica (nota de alta, relatório médico e todos os resultados de exames auxiliares de diagnóstico), bem como, descrição detalhada de acidente, com data, hora, local, circunstância e em caso de deslocação, motivo (de onde vinha e para onde se deslocava).

Consultas

- Comprovativo de pagamento original, fiscalmente aceite, onde deve constar o nome e especialidade do médico e da consulta realizada.

Exames auxiliares de diagnóstico

- Comprovativo de pagamento original, fiscalmente aceite, com nome e valor de cada ato médico, onde deve constar o nome e especialidade do médico.
- Fotocópia da prescrição médica.

Tratamentos

- Comprovativo de pagamento original, fiscalmente aceite, com nome e valor de cada ato médico, onde deve constar o nome e especialidade do médico.
- Fotocópia da prescrição médica.
- Relatório médico com o diagnóstico, início e evolução da situação clínica e respetivo prognóstico.
- Descrição de acidente.

Ao assinar o presente documento, autorizo o meu Médico a facultar as informações constantes no presente impresso, à minha Seguradora. Todos estes dados serão tratados confidencialmente e não poderão ser alvo de utilização fora do âmbito do seguro de saúde.

Data ____/____/____

Assinatura do Cliente: _____