

**Por favor, preencha os dados abaixo indicados:**

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

**Identificação da Pessoa Segura**

**Nome:** \_\_\_\_\_

**Nº de Apólice:** \_\_\_\_\_

**Despesas**

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

\*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: \_\_\_\_\_