



SEGURO DE SAÚDE
Pedido de Participação
de Despesas



Sócio N.º _____

Apólice N.º _____

TOMADOR

Nome _____

Pessoa Segura _____ NIF _____

Parentesco _____

OPÇÃO CONTRATADA

Modalidade A

Modalidade B

COBERTURAS	DESPESAS	OBSERVAÇÕES
ASSISTÊNCIA MÉDICA HOSPITALAR		
Intervenções Cirúrgicas	_____, €	_____
Outras	_____, €	_____
PARTO EM REGIME DE HOSPITALIZAÇÃO		
Normal	_____, €	_____
Cesariana	_____, €	_____
Interrupção Involuntária da Gravidez	_____, €	_____
ASSISTÊNCIA MÉDICA AMBULATORIA		
Consultas	_____, €	_____
Elementos Auxiliares de Diagnóstico	_____, €	_____
Assistência Hospitalar	_____, €	_____
Tratamentos	_____, €	_____
Outros	_____, €	_____
MEDICAMENTOS		
Comparticipados		_____
PRÓTESES E ORTÓTESES		
Próteses	_____, €	_____
Ortóteses	_____, €	_____
Aros	_____, €	_____
Lentes	_____, €	_____
Lentes de Contacto	_____, €	_____
TOTAL	_____, €	_____

ANEXAR OS DOCUMENTOS JUSTIFICATIVOS DAS DESPESAS MÉDICAS REALIZADAS

_____, [A][A][A][A] - [M][M] - [D][D]

(Local e data)

(Assinatura do Sócio)

Consultar em www.sabseg.com/spn as indicações para apresentação e reembolso das despesas médicas

Seguradoras Unidas, S. A.
SEDE Av. da Liberdade, 242
1250-149 LISBOA

Capital Social 182 000 000 € (realizado 84 000 000 €)
N.º único de Matrícula CRC Lisboa NIPC 500 940 231

Linha Clientes:
707 240 707 / 211 520 310
Apoio Comercial 8h30/20h - dias úteis
Assistência 24h - 7 dias/semana
clientes@tranquilidade.pt
clientes@acoreana.pt