

Generali - Companhia de Seguros, S.A.  
Rua Duque de Palmela, 11 - 4º A  
1269-270 Lisboa

Apólice \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
Tomador de Seguro \_\_\_\_\_

**LINHA GENERALICARE 21 311 22 20**

## IDENTIFICAÇÃO DA PESSOA SEGURA

NIF: \_\_\_\_\_ NOME: \_\_\_\_\_  
Nº CARTÃO: \_\_\_\_\_

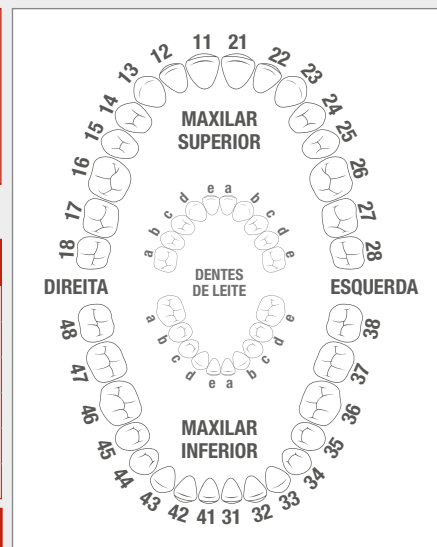
### LOCAL

Consultório  
 Hosp.- Ambulatório  
 Hosp. - Internamento  
 Domicílio

### CAUSA

Doença  
 Acidente  
  
\*Em caso de acidente preencha o formulário de Descrição de Acidente.

INDIQUE OS DENTES SUBMETIDOS A TRATAMENTO COM "X"



## CONSULTAS, TRATAMENTOS E OUTROS ACTOS CLÍNICOS

Data	Código Nomenclatura	Descritivo	Dente	Face	Quad.	Valor (€)

Total (€)

#### Internamentos (doença, acidente, parto)

- Comprovativo de pagamento original, fiscalmente aceite, acompanhado de fatura detalhada das respetivas despesas.
- Em caso de doença - informação clínica (nota de alta, relatório médico e todos os resultados de exames auxiliares de diagnóstico).
- Em caso de acidente - 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).
- Parto - Informação clínica (nota de alta, relatório médico).

#### 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 (caso se aplique).

#### Estomatologia

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

#### Próteses, ortóteses e medicamentos

- Comprovativo de pagamento original, fiscalmente aceite, com valor associado.
- Fotocópia da prescrição médica.

#### Subsídio diário de Internamento

- Declaração de internamento original.
- Informação clínica (nota de alta, relatório médico e/ou resultado de exames auxiliares de diagnóstico).
- Descrição de acidente (caso se aplique).

Nas situações de pré-participação por outra entidade, além da documentação mencionada, toma-se necessária a declaração original de pré-participação que deverá ser enviada com cópia do comprovativo de pagamento, fiscalmente aceite.

Autorizo o meu Médico a facultar estas e todas as informações necessárias à Generali, incluindo informações referentes a toda e qualquer faturação relacionada com os serviços acima descritos. Todos estes dados serão tratados confidencialmente e não poderão ser alvo de uma utilização fora do âmbito do seguro de saúde.

Assinatura e Autorização da Pessoa Segura