SEGURO DE SAÚDE
Pedido de Comparticipação de Despesas

Sócio Nº _____ 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 AMBULATÓRIA		
Consultas	, €	
Elementos Auxiliares de Diagnóstico	, €	
Asistência Hospitalar	, €	
Tratamentos	, €	
Outros	, €	
MEDICAMENTOS		
Comparticipados	, €	
ESTOMATOLOGIA		
Consultas	, €	
Tratamentos	, €	
Outros Atos Médicos	, €	
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/spm 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