



SAÚDE® PRIME

Saúde para todos

PEDIDO DE REEMBOLSO ESTOMATOLOGIA

1) O envio deste formulário é imprescindível para o reembolso das suas despesas

Preencha o formulário e envie-o acompanhado das respectivas despesas de saúde para:

Saúde Prime, Avenida Marechal Craveiro Lopes nº6, 1700-284 Lisboa

DADOS DO CLIENTE

Nome: [grid]

Nº Cartão Saúde Prime: [grid] Data de Nasc.: [grid]

Morada: [grid]

Localidade: [grid] Código Postal: [grid]

IBAN: P T 5 0 [grid]

Telemóvel: [grid] E-mail: [grid]

DADOS DA CLÍNICA / MÉDICO

Nome: [grid]

Morada: [grid]

Localidade: [grid] Código Postal: [grid]

INFORMAÇÃO CLÍNICA

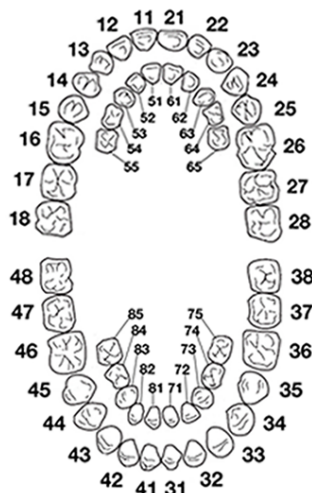


Table with columns: Data, Dente, Face, Descrição dos tratamentos (inclui Rx, Profilaxia, Materiais usados, etc), Valor da Despesa. Includes a Total da Despesa row at the bottom.

O TRATAMENTO É RESULTANTE DE ACIDENTE? Sim [] Não []

Se sim, faça uma pequena descrição e a data em que este ocorreu: [grid]

PROCEDIMENTOS A TER EM CONTA EM CASO DE REEMBOLSO

- 1- Deverão ser enviadas as facturas originais referentes às despesas apresentadas...
2- As facturas das Unidades de Saúde (Consultórios, Clínicas e Hospitais) deverão conter a discriminação de todas as despesas...
3 - As facturas emitidas por Pessoas Singulares deverão estar de acordo com o Mod. Nº 6 (recibos verdes) identificando a especialidade do Médico...
4 - As facturas devem ser passadas em nome da pessoa segura a que dizem respeito as despesas.
5 - Poderá obter este formulário na Área de Clientes em www.saudeprime.pt ou através da Linha de Apoio a Clientes 707 30 82 83.

ASSINATURA MÉDICO

Declaro que efectuei os tratamentos acima discriminados.
Data []/[]/[] Assinatura [] Número Cédula []

ASSINATURA BENEFICIÁRIO

Local [] Data []/[]/[] Assinatura []



DECLARAÇÃO - PROTECÇÃO DE DADOS

De acordo com a legislação em vigor, os dados recolhidos, e aqueles que vierem a ser fornecidos em sede de regularização de sinistro, serão processados e armazenados informaticamente, sendo utilizados nas relações contratuais com o SEGURADOR e seus subcontratados, podendo ser comunicados a entidades terceiras para efeitos de colaboração na realização de estudos estatísticos, inquéritos de mercado e/ou viabilização da execução dos contratos.

Quaisquer omissões, inexatidões e falsidades, referentes ou relacionadas com a informação necessária para o tratamento de dados efetuado no âmbito da relação contratual, são da responsabilidade do titular dos dados.

Direitos e dever de informação

Adicionalmente ao consentimento solicitado acima, declaro ainda que fui informado, que o titular dos dados tem direito de oposição ao tratamento dos seus dados nas situações de definição de perfis, comercialização direta e interesse legítimo do responsável pelo tratamento.

Para além do direito de oposição, reconheço ainda que me assistem os direitos de acesso, retificação, apagamento, limitação do tratamento e portabilidade, nos termos definidos na Política de Privacidade disponível no site do SEGURADOR, podendo exercê-los perante o SEGURADOR ou junto do Encarregado de Protecção de Dados (DPO) através dos contactos aí indicados.

Assinatura

O titular dos dados declara ter tomado conhecimento das informações acima descritas, do consentimento que prestou e dos direitos que lhe assiste na protecção dos seus dados pessoais e sensíveis, subscrevendo-os mediante a sua assinatura.

Local e data _____, _____ de _____ de _____

(Assinatura do Titular dos Dados)