

INFORMACAO PACIENTE - DOENTE INTERNO

*Para poder processar o sinistro necessitamos das seguintes informações. Favor escrever com maiúsculas.
As questões referentes a garantia de pagamento serão avaliadas com base nas informações em seguida prestadas.*

Tipo de apolice	Seguro privado <input type="checkbox"/>		Danish Health Insurance Card <input type="checkbox"/>		
Doente (p. f. juntar cópia do passaporte)	N.º de identidade		Nome		
	Morada de domicilio		N.º contacto telefónico (obrigatório preencher)		
Tomador do seguro (p. f. juntar cópia do passaporte)	N.º de identidade		Nome		
	Morada de domicilio		N.º de contacto telefónico		
Seguro	Seguro de família, de viagem ou complementar		Nome da seguradora	Tipo e número da apólice	
	Seguro de cartão de crédito		Nome do utilizador do cartão		
			N.º do cartão de crédito (16 algarismos)	Tipo do cartão e nome do banco emissor	
	Se a viagem foi paga com cartão de crédito favor informar: Montante pago, data do pagamento e receptor do pagamento.				
Informação médica	Data de internamento	Causa do sinistro		Diagnóstico preliminar (obrigatório juntar relatório médico)	
	Por favor descreva o sinistro/acidente em pormenor			Pais do sinistro	
					Data do sinistro/data dos sintomas
	Foram anteriormente observados sintomas iguais ou sofreu da mesma/parecida doença? Se sim, favor informar quando.				
Hospital	Nome do hospital			Como foi o doente transportado para o hospital?	
	N.º de telefone e de fax				
Médico responsável	Nome		Telefone /móvel -/nº. fax/E-mail	Horário de atendimento e língua	
Plano de viagem (OBRIGATORIO preencher)	Data de saída da pátria	Data marcada de regresso	Finalidade: Férias, viagem de serviço, combinado		
Médico responsável	A preencher em caso de doença/falecimento		Nome e n.º de telefone do médico responsável na pátria		
			Nome e n.º de telefone do hospital local na pátria		
Agencia de Viagem/ Guia da viagem	Nome		N.º de telefone/fax/morada da morada E-mail e horário de atendimento		
As rubricas a seguir só precisam ser preenchidas em caso do doente não poder retornar conforme o plano ou em caso de falecimento					
Informação de viagem	Data de saída da pátria	N.º do voo	Aeroportos	Voo charter ou de linha	Junte cópia do bilhete, se voo de linha
	Data marcada de regresso	N.º do voo	Aeroportos	Voo charter ou de linha	
	Favor informar meio de transporte da morada para o aeroporto de partida e do endereço temporário para o aeroporto				
Acompanhantes	Nomes dos acompanhantes				
	1. 2. 3.				
	Se alguém do (s) acompanhante (s) é menor (es) favor indicar idade e número de identidade				
	Nome do hotel dos acompanhantes		N.º do quarto	N.º de telefone	
Familiares	Em caso de falecimento, ou se o doente viajar sem acompanhante (s), favor informar nome e n.º de telefone de pessoa na pátria a ser contactada.				

IMPORTANTE! Relatório médico deve ser entregue tão rápido que possível e no prazo máximo de 24 horas após o internamento e deverá conter o seguinte: Data do sinistro, diagnóstico, médico responsável, data de internamento, duração prevista do internamento, despesas estimadas divididas em tratamento, medicamentos, intervenção médica, etc.