

INFORMACAO PACIENTE - DOENTE EXTERNO

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 apólice	Seguro privado <input type="checkbox"/>		Danish Health Insurance Card <input type="checkbox"/>		
Doente (p. f. juntar cópia do passaporte)	N.º de identidade (CPR)		Nome		
	Morada do domicílio			N.º contacto telefónico (obrigatório preencher)	
Titular da apólice (p. f. juntar cópia do passaporte)	N.º de identidade (CPR)		Nome		
	Morada do domicílio			N.º de contacto telefónico	
Endereço de permanência do doente	Hotel		N.º do quarto	N.º de telefone e de fax	
Plano de viagem (OBRIGATÓRIO preencher)	Data de saída da pátria	Data marcada de regresso	Finalidade: Férias, viagem de serviço, combinado		
Seguro	Seguro familiar, 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 informe: Montante pago, data do pagamento e receptor do pagamento.				
Informação médica	Data sinistro/data dos sintomas		Data da primeira visita médica		N.º previsto de visitas médicas/tratamentos
	País do sinistro		Despesas previstas (OBRIGATÓRIO preencher)		Diagnóstico (OBRIGATÓRIO juntar relatório médico)
	Por favor descreva o sinistro/acidente em pormenor				
	Foram anteriormente observados sintomas iguais ou sofreu da mesma/parecida doença? Se sim, favor informar quando.				
Hospital/clínica	Nome do hospital/enfermaria			De que forma foi o doente transportado para o hospital/enfermaria	
	N.º de telefone e de fax				
Se o doente estiver apto a retornar como planeado (data e forma de viagem)? SIM <input type="checkbox"/> NAO <input type="checkbox"/> Se não, favor preencher as rubricas seguintes.					
Médico responsável	Nome		Telefone/móvel/fax/E-mail		Horário de atendimento e língua
Agencia de viagem/ Guia da viagem	Nome		N.º de telefone/fax/morada da morada E-mail e horário de atendimento		
Informação de viagem	Data de saída da pátria	N.º do voo	Aeroportos	Voo charter ou 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				

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.