

Despesas Médicas

Nº de Sinistro

Data do Acidente

DADOS PESSOAIS DO SINISTRADO

Nome:

Morada:

Código Postal: Localidade:

Telefone: NIB:

SEGURADO

Nome:

Apólice:

RESUMO DAS DESPESAS APRESENTADAS

- Todas as despesas devem ser agrafadas a este impresso
- Os documentos a anexar devem ser originais e comprovativos de pagamento

| | | |
|-------|------------|-------------|
| _____ | Data _____ | Valor _____ |
| _____ | Data _____ | Valor _____ |
| _____ | Data _____ | Valor _____ |
| _____ | Data _____ | Valor _____ |
| _____ | Data _____ | Valor _____ |
| _____ | Data _____ | Valor _____ |
| _____ | Data _____ | Valor _____ |
| _____ | Data _____ | Valor _____ |
| _____ | Data _____ | Valor _____ |
| _____ | Data _____ | Valor _____ |
| _____ | Data _____ | Valor _____ |

Data de Entrega

O Sinistrado _____