

## 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

\_\_\_\_\_