

Sócio N.º

Apólice N.º

**TOMADOR**

Nome

Pessoa Segura

NIF

Parentesco

**OPÇÃO CONTRATADA**

Modalidade A

Modalidade B

COBERTURAS	DESPESAS	OBSERVAÇÕES
<b>ASSISTÊNCIA MÉDICA HOSPITALAR</b>		
Intervenções Cirúrgicas	, €	
Outras	, €	
<b>PARTO EM REGIME DE HOSPITALIZAÇÃO</b>		
Normal	, €	
Cesariana	, €	
Interrupção Involuntária da Gravidez	, €	
<b>ASSISTÊNCIA MÉDICA AMBULATORIA</b>		
Consultas	, €	
Elementos Auxiliares de Diagnóstico	, €	
Assistência Hospitalar	, €	
Tratamentos	, €	
Outros	, €	
<b>MEDICAMENTOS</b>		
Comparticipados	, €	
<b>ESTOMATOLOGIA</b>		
Consultas	, €	
Tratamentos	, €	
Outros Atos Médicos	, €	
<b>PRÓTESES E ORTÓTESES</b>		
Próteses	, €	
Ortóteses	, €	
Aros	, €	
Lentes	, €	
Lentes de Contacto	, €	
TOTAL	, €	

**ANEXAR OS DOCUMENTOS JUSTIFICATIVOS DAS DESPESAS MÉDICAS REALIZADAS**

, [A][A][A][A] - [M][M] - [D][D]

(Local e data)

(Assinatura do Sócio)

Consultar em [www.sabseg.com/spgl](http://www.sabseg.com/spgl) as indicações para apresentação e reembolso das despesas médicas