

# NHC FORMULÁRIO DE SOLICITAÇÃO DE REEMBOLSO

Número de apólice		Data de nascimento		
		DD	MM	AA
Nome(s)		Sobrenome(s)		
Endereço/país				
Telefone		E-mail		

## Doença/lesão

Diagnóstico(s) e motivo(s) do tratamento médico.

Código de procedimento(s) CBHPM

Quando a doença/lesão ocorreu?

Já teve esta doença anteriormente? Em caso afirmativo, quando?

Nome/endereço do hospital onde foi tratada/o – Nome do médico que a/o tratou

Assinatura e CRM do médico que a/o tratou

## Outro seguro

Possui seguro-saúde de outra companhia?  Não  Sim

Em caso afirmativo, favor informar: \_\_\_\_\_

Nome e endereço da seguradora: \_\_\_\_\_

Número da apólice \_\_\_\_\_

## Reembolso

O reembolso será depositado diretamente em uma conta bancária de sua escolha, de acordo às instruções que nos forneça abaixo:

Titular da conta \_\_\_\_\_

Registro do Banco / Número de cont \_\_\_\_\_

Número IBAN \_\_\_\_\_

Código SWIFT \_\_\_\_\_

Número ABA / Número de routing \_\_\_\_\_

Nome/Endereço do Banco \_\_\_\_\_

Desejo que o reembolso seja registrado como pagamento parcial do meu premio  Não  Sim



**NORDIC**  
HEALTH CARE

### Consentimento

Aceito e dou meu consentimento para que a Nordic Health Care envie e obtenha informações referentes à minha saúde de pessoal médico autorizado, hospitais, clínicas de saúde, autoridades públicas, seguradoras, Comitê de Reclamações de Seguro dinamarquês e instituições similares a fim de comprovar a veracidade deste sinistro. Este consentimento se estende apenas às lesões e aos diagnósticos indicados.

Declaro que as informações por mim fornecidas são verdadeiras, estão completas e dadas em boa fé. Entendo que informações errôneas podem resultar no cancelamento da apólice de seguro. Comprometo-me a efetuar o pagamento de danos ocasionados por erros nas informações por mim fornecidas.

\_\_\_\_\_

Data    Assinatura

### Sinistro(s)

Motivo do tratamento médico e diagnóstico	Quantia a pagar e moeda

**Favor anexar a documentação original**