

IMPRESSO PARA PEDIDO DE REEMBOLSO

Preencha todas as secções deste impresso e junte as faturas originais pagas, as fichas de tratamentos médicos e ainda as receitas/prescrições e os relatórios médicos. Deverá também juntar um certificado de seguro que nos permita identificar corretamente o seu contacto e o seu NIB (conta da zona SEPA). Sublinhamos que o NIB deverá estar em seu nome. Se estiver em nome de terceiros, é obrigatório juntar também uma procuração escrita assinada por si e uma fotocópia do seu documento de identificação e do documento de identificação do titular da conta. Se as suas despesas ultrapassarem 500€, agradecemos antecipadamente o envio dos originais. Não se esqueça de tirar fotocópias de todos os documentos antes de os enviar para:

GAPI-GESTION – Service médical ISIC
Zone d'Activité ACTIBURO
99 Rue Parmentier 59 650 Villeneuve d'Ascq - France

Ref. Da Subscrição:

Apelido: Nome:

Morada para correspondência:

Telefone: E-mail:

Cuidados recebidos em relação a:

- Abertura de um processo junto do Serviço de Assistência: Se Sim Nº.:
- Doença/Acidente: Circunstâncias (data, local, detalhes), Diagnóstico (patologia) e data:
- Data dos primeiros sintomas:
- Antecedentes médicos e cirúrgicos relacionados direta ou indiretamente com a doença em questão:

DETALHES SOBRE AS FATURAS:

	Data dos tratamentos	Montante em moeda	Natureza dos cuidados	Comentários
1				
2				
3				
4				
5				
6				

-Para qualquer pedido de assistência ou tratamento de hospitalização, contacte a Mutuaide Assistance (24h/24h e 7/7) através do número indicado no seu certificado de seguro

-Para qualquer pedido de reembolso de despesas relativas a cuidados ambulatorios, contacte o Service médical ISIC-GAPI através do + 33.3.74.45.43.01 e por mail para medical@gapigestion.com

Abdoico de efetuar os procedimentos para solicitar o reembolso junto dos diferentes organismos de saúde nos quais poderei estar inscrito e concedo sub-rogação à GAPI para agir judicialmente contra estes últimos.

Data:	Assinatura precedida da menção: «Declaro solenemente que as informações fornecidas são verdadeiras»	Assinatura do médico
-------	---	----------------------

GAPI – Courtier gestionnaire en Assurances – N°. ORIAS 10056960 – www.orias.fr

Morada : ZONE D'ACTIVITE ACTIBURO : 99 Rue Parmentier – 59650 Villeneuve d'Ascq – Sede : 16 rue de la Fontaine du Roi 75011 Paris – França
Telf. : +33 (0)3 28 54 03 20 – Fax. +33 (0)3 20 25 65 40 – contact@gapigestion.com – SAS com capital social de 55 000€ - RCS PARIS 490 676 228

Subscritor de um seguro de Responsabilidade Civil e Garantia Financeira QBE N° GFICAP0005190 e N°ICAP0005189

Serviço de Reclamações: GAPI – Service Réclamation – Zone d'activité ACTIBURO - 99 Rue Parmentier – 59650 Villeneuve d'Ascq

Se não ficar satisfeito com o nosso serviço de reclamações, poderá contactar o mediador PLANETE COURTIER por correio para:

Service de la Médiation PLANETE COURTIER 12 – 14 Rond-Point des Champs Elysées 75008 Paris ou mediation@planetecourtier.com