

Assunto: Seguro de Saúde

Procedimento do seguro de saúde atribuído aos funcionários diplomatas e pessoal especializado deste Ministério a exercer funções fora do espaço europeu é o seguinte:

- 1- Situação normal - Enviar os recibos de consultas e exames efetuados para a ADSE, após receber a comparticipação desta identidade, imprimir no site da ADSE declaração de comparticipação, posteriormente adquirir o formulário através do site da seguradora, www.henner.com/aig e enviar para a seguradora para o e-mail, sinistros.aigportugal@aig.com.
- 2- Situação de urgência - Em caso de acidente o funcionário ou familiar terá de contactar com a maior brevidade a seguradora (telef. 3227399911, fax 33153252083) dando conhecimento da ocorrência da hospitalização, de forma a se proceder à emissão do Termo de Responsabilidade assegurando o pagamento direto à entidade hospitalar (nesta situação a seguradora avança com o montante da despesa) posteriormente o funcionário terá de entregar as referidas despesas na ADSE e assim que for reembolsado por parte desta terá de entregar a declaração de comparticipação à seguradora assim como o reembolso recebido por parte da ADSE.
- 3- Hospitalização programada - O funcionário terá de pedir uma pré-autorização (deve ser preenchida pelo médico responsável e deve incluir a descrição detalhada) e enviar para a seguradora juntamente com o formulário "Solicitação de Pré-Autorização - Hospitalar" que deverá ser enviado para o Conselho Médico da Henner, Henner-GMC Medical Department 10, rue Henner 75459 Paris Cedex 09 - France ou enviar para o e-mail, medical@henner.com, com antecedência mínima de 15 dias.

Para esclarecimento de qualquer questão poderá contactar a seguradora através do Telefone 21 330 33 60 ou através do e-mail aig.expatriatecare@henner.com



S. R.
MINISTÉRIO DOS NEGÓCIOS ESTRANGEIROS
Secretaria-Geral

FICHA DE IDENTIFICAÇÃO PARA O SEGURO DE SAÚDE

I. TITULAR

NOME: _____

DATA DE NASCIMENTO: _____

ESTADO CIVIL: _____

Nº BENEFICIÁRIO ADSE : _____

POSTO: _____

CATEGORIA: _____

EMAIL: _____

MORADA NO ESTRANGEIRO: _____

II. AGREGADO FAMILIAR

NÚMERO DE DEPENDENTES BENEFICIÁRIOS DO SEGURO DE SAÚDE QUE RESIDAM COM O FUNCIONÁRIO: _____

NOME	PARENTESCO	ESTADO CIVIL	DATA DE NASCIMENTO	Nº BENEFICIÁRIO ADSE