

QUESTIONÁRIO DE MATERNIDADE



ESTE FORMULÁRIO DEVE SER ENVIADO A:

Sua Equipe GBG Elite correspondente • Fax: +1 949-271-4794

Este questionário deve ser enviado junto com sua solicitação de reembolso ou pedido de pré-autorização, sujeito às condições da apólice.

A. INFORMAÇÃO DA PACIENTE

Sobrenome: _____ Nome: _____

Data de Nascimento (dd/mm/aaaa): _____ Nº de ID GBG: _____

Nome do Titular da Apólice (Sobrenome, Nome): _____

Data do último período de Menstruação (dd/mm/aaaa): _____

Histórico de Tratamento de Fertilidade/Infertilidade (Inclua toda a medicação, procedimento cirúrgico, etc. dos últimos 3 anos):

A paciente está em Tratamento de Fertilização?

SIM NÃO

Data prevista para o Parto:

Tipo previsto de parto:

Normal Cesárea

Amniocentese antecipada ou outro exame a ser realizado (se foram feitos exames, os resultados deverão ser enviados a GBG):

B. INFORMAÇÃO DO MÉDICO

Nome: _____ Data: _____

Endereço: _____ Telefone: _____

AVISO DE FRAUDE

Qualquer pessoa que conscientemente apresente uma solicitação contendo declaração ou qualquer informação falsa, incompleta ou enganosa poderá ser considerado culpado de ato criminoso passível de punição sob a lei e poderá estar sujeito a penalidade civil. As informações e respostas acima são do meu conhecimento, verídicas e corretas. Autorizo a qualquer médico, instituição médica, farmácia, companhia de seguro, empregador, sindicato ou associação a divulgar informações a Global Benefits Group conforme necessário para que seja pago adequadamente todos os benefícios, se houver, devido a mim, meu cônjuge, ou quaisquer outros dependentes. Uma fotocópia desta autorização deve ser considerada eficaz e válida como original.

Assinatura da Paciente: _____ Data: _____

Assinatura do Médico: _____ Data: _____

Carimbo do Médico: