

Se necessitar de informações adicionais, contacte-nos para:  
Linha de Assistência a Clientes (24 horas / 7 dias por semana): +244 226 434 511 ou  
+244 923 120 264 ou e-mail: [nossaseguros@adv-angola.com](mailto:nossaseguros@adv-angola.com)

**Identificação da Pessoa Segura (informação obrigatória)**

**Nº de Cartão:** \_\_\_\_\_ **Telemóvel:** \_\_\_\_\_  
**Nome:** \_\_\_\_\_ **E-mail:** \_\_\_\_\_  
**IBAN:** AO06 \_\_\_\_\_

**Prazo de apresentação**

Tem **90 (noventa) dias**, desde a data da despesa para nos apresentar o seu pedido de reembolso.  
Confirme, por favor, se este prazo já foi excedido.

**Documentos obrigatórios a apresentar**

**Para cada Tipo de Despesa** (Consulta | Exames | Medicamentos | Dentária | Óculos | Fisioterapia | Parto e Cesariana | Internamentos e Cirurgias), **envie o seu pedido de reembolso com a informação necessária:**

Informação necessária	Consulta	Exames	Medicamentos	Dentária	Óculos	Fisioterapia	Parto e Cesariana	Internamento e Cirurgias
IBAN   Cartão do Segurado   Documento de identificação	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Recibos originais, com do n.º de documento e contribuinte do Prestador	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Prescrição médica (fotocópia)		✓	✓	✓	✓	✓		
Informação Clínica   resultados de todos os exames efectuados   Nota de Alta (com diagnóstico)						✓	✓	✓

**NOTA:** Situações de Acidente – obrigatório o preenchimento e envio do formulário de descrição de acidente.

**Despesas** - Preenchimento do campo "Tipo de Despesa":

Consulta | Exames | Medicamentos | Dentária | Óculos | Fisioterapia | Parto e Cesariana | Internamento e Cirurgias

Tipo de Despesa	Data de realização da despesa	Diagnóstico	N.º Factura	Valor da Factura

**Para envio do seu pedido de reembolso utilize o e-mail:** [sinistros@adv-angola.com](mailto:sinistros@adv-angola.com).

Assinatura a Pessoa Segura ou representante legal \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_