

Devolva o documento devidamente preenchido para:
Apartado IV / 2943 Luanda
Se necessitar de informações adicionais, contacte-nos para
Linha de Assistência a Clientes através do telefone 22 643 45 11 ou do
telemóvel 94 016 32 20/1

Nº de Apólice:
Nome:

Identificação da Pessoa Segura

Por favor, preencha os campos abaixo com **letra maiúscula**.

Nº de Pessoa Segura: _____
Nome: _____
Província: _____
Telemóvel: _____
E-mail: _____
Morada: _____
IBAN: _____

Despesas - por favor, preencha a seguinte tabela com a ajuda do seu médico

Legenda para preenchimento do campo "Tipo de Despesas": (I = Internamento) (P = Parto) (C = Consulta) (EAD = Exames Auxiliares de Diagnóstico) (T = Tratamentos) (E = Estomatologia) (PO = Próteses e Ortóteses) (M = Medicamentos) (SD = Subsídio Diário)

Tipo de Despesa	Data	Quantidade	Diagnóstico	Descritivo ou cód. de nomenclatura do acto médico	Valor

Número de documentos em anexo

Por favor, identifique o número de documentos que pretende anexar ao seu pedido de reembolso

Ao assinar o presente documento, autorizo o meu Médico a facultar as informações constantes no presente impresso, à minha Seguradora e à AdvanceCare. Todos estes dados serão tratados confidencialmente e não poderão ser alvo de utilização fora do âmbito do seguro de saúde.

Documentos a apresentar**Internamentos (doença, acidente, parto)**

- Comprovativo de pagamento original, fiscalmente aceite, acompanhado de factura detalhada das respectivas despesas.
- Em caso de doença – Informação clínica (nota de alta, relatório médico e/ou resultado de exames de diagnóstico).
- Em caso de acidente - Informação clínica (nota de alta, relatório médico e/ou resultado de exames de diagnóstico e descrição detalhada de acidente, com data, hora, local, circunstância e em caso de deslocação, motivo (de onde vinha e para onde se deslocava).
- Parto – Informação clínica (nota de alta, relatório médico).

Consultas

- Comprovativo de pagamento original, fiscalmente aceite, onde deve constar o nome e especialidade do médico e da consulta realizada.

Exames auxiliares de diagnóstico

- Comprovativo de pagamento original, fiscalmente aceite, com nome e valor associados a cada acto médico, onde deve constar o nome e especialidade do médico.

Tratamentos

- Comprovativo de pagamento original, fiscalmente aceite, com nome e valor associado a cada acto médico, onde deve constar o nome e especialidade do médico.
- Fotocópia da prescrição médica.
- Relatório médico com o diagnóstico, início e evolução da situação clínica e respectivo prognóstico.

Estomatologia

- Comprovativo de pagamento original, fiscalmente aceite, com nome e valor associados a cada acto médico, onde deve constar o nome do médico.

Próteses, ortóteses e medicamentos

- Comprovativo de pagamento original, fiscalmente aceite, com valor associado a cada acto médico.
- Fotocópia da prescrição médica.

Subsídio Diário

- Declaração de internamento original.
- Informação clínica (nota de alta, relatório médico e/ou resultado de exames de diagnóstico).
- Descrição de acidente (caso se aplique).

Nas situações de pré-participação por outra entidade, além da documentação mencionada, torna-se necessária a declaração original de pré-participação que deverá ser enviada com cópia do comprovativo de pagamento, fiscalmente aceite.

Data ____/____/____

Assinatura do Cliente _____