

Se necessitar de informações adicionais, contacte-nos para:  
Linha de Assistência a Clientes (24 horas / 7 dias por semana): +244 226 434 278 ou  
+244 923 120 266 ou e-mail: trevoseguros@adv-angola.com

### Identificação da Pessoa Segura (informação obrigatória)

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

### Prazo de apresentação

Poderá consultar nas condições contractuais da sua apólice, o prazo para apresentação de pedidos de reembolso.  
Confirme, por favor, se esse 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

Assinatura da Pessoa Segura ou representante legal \_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_