

Se necessitar de informações adicionais, contacte-nos para:  
Linha de Assistência a Clientes (24 horas / 7 dias por semana): +244 226 434 230 ou  
+244 923 120 265 ou e-mail: ensa@adv-angola.com

### Identificação da Pessoa Segura (informação obrigatória)

Nº de Cartão: \_\_\_\_\_ Telemóvel: \_\_\_\_\_  
Nome: \_\_\_\_\_ E-mail: \_\_\_\_\_

### Prazo de apresentação

Tem **60 (sessenta) dias**, contados desde o primeiro dia do tratamento ou da alta hospitalar 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
Comprovativo de 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

**Informação adicional e obrigatória** – indique no quadro abaixo o motivo pelo qual suportou as despesas na totalidade.


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