

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

Identificação da Pessoa Segura (informação obrigatória)

Nº de Cartão: _____

Telemóvel: _____

Nome: _____

E-mail: _____

IBAN: AO06 _____

Prazo de apresentação

Tem **180 (Cento e Oitenta) 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 | Internamentos 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 acidente.

Despesas - Preenchimento do campo "Tipo de Despesa":

Consulta | Exames | Medicamentos | Dentária | Óculos | Fisioterapia | Parto e Cesariana | Internamentos 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.

Assinatura do Cliente ou representante legal _____

Data ____/____/____

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