BIC Seguros
Seguramente Juntos

Pedido de Reembolso

Se necessitar de informações adicionais, contacte-nos para:
Linha de Assistência a Clientes (24 horas / 7 dias por semana): +244 226 434 53 ou +244 923 120 267 ou e-mail: bicseguros@adv-angola.com.

Nº de Apólice:
Nome:

Identificação da Pessoa Segura

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

Nº de Pessoa Segura (member ID): _____

Nome: _____

_____

_____

Morada: _____

_____

Província: _____

Telemóvel: _____

E-mail: _____

IBAN: _____

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

Legenda para preenchimento do campo "Tipo de Despesa": (I = Internamento) (P = Parto) (C = Consulta) (EAD = Exames Auxiliares de Diagnóstico) (T = Tratamentos) (E = Estomatologia) (O/P = Óculos e outras Próteses) (M = Medicamentos)

Tipo de Despesa	Data de ocorrência da despesa	Quantidade	Diagnóstico	Descritivo do acto médico	Valor do acto médico

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 / Cirurgias / 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.

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

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

Data____/____/_____

Assinatura do Cliente ou representante legal _____

ADV ANGOLA