

PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO PARA DESLOCAÇÃO AO ESTRANGEIRO

Nome/ Client's Name			
Número do Cartão/ ID Member		Data de Nascimento/ Date of Birth	
E-mail		Telemóvel/ Contact Number	

Motivo da deslocação à Rede Internacional / Reason for itineration to the International Network	
Consulta/ Appointment (por favor, identifique a(s) especialidade (s))	
Exames de Diagnóstico/ Investigations (por favor, identifique qual ou quais)	
Cirurgia ou parto/ Surgery or childbirth (por favor, identifique qual ou quais)	

- Com exceção de Consultas e Análises, é sempre necessário o envio da Prescrição Médica, onde conste o Diagnóstico;
- Para procedimentos cirúrgicos, deve enviar Informação Clínica, onde constem os procedimentos propostos, bem como Relatório de todos os Exames Complementares de Diagnóstico efetuados no âmbito do pedido de acesso à Rede Internacional)

País de Destino/ Destination Country		
Médico Assistente no País Destino/ Medical Assistant in Destination Country		
Hospital/Clínica de Destino/ Hospital/ Clinic of Destination		
Data prevista para a Deslocação/ Expected date of Travel	Ida / Travel: ___/___/___	Regresso / Return ___/___/___

EM CASO DE EVACUAÇÃO, OBRIGATÓRIO O PREENCHIMENTO DOS DADOS ABAIXO/ EVACUATION	
<p>O segurado só pode ser evacuado com a Vacina da Febre Amarela e Passaporte com Visto (quando se aplique) / The insured can only be evacuated with the Yellow Fever Vaccine and Passport with Visa (if applicable)</p>	
Clínica onde está internado/ Patient`s current Location	
Acompanhante/ Companion?	<p>Sim / Yes _____ Não / No _____</p> <p>Se não coberto pelo seguro, pretende pagar por meios próprios / If not covered by insurance, do you will pay the companion expenses? _____</p> <p>Nome do acompanhante/ Companion's Name: _____</p>
Hotel/ Accomodation?	<p>Sim / Yes _____ Não / No _____</p> <p>Se não coberto pelo seguro, pretende pagar por meios próprio / If not covered by insurance, do you want pay for the accommodation? _____</p>
Peso/ Weight (Kg)	<p>Segurado/ Insured person) _____</p> <p>Acompanhante/ Companion _____</p>

Necessário tradutor/ Translation required ?	Sim / Yes _____	Não/ No _____
	Se não coberto pelo seguro, pretende pagar por meios próprios / If not covered by insurance, do you will pay for the translation? _____	

Todos os procedimentos são sujeitos a análise e necessitam de Autorização Prévia.

Toda e qualquer despesa acima do limite de capital para a garantia, é da responsabilidade do segurado ou representante legal.

Para qualquer esclarecimento contactar:

Linha de Assistência a Clientes

Fixo: (+244) 226 434 230

Móvel: (+244) 940 183 590/1/2/3/4.

E-mail: ensa@adv-angola.com

Assinatura da Pessoa Segura ou representante legal*:

* No caso de Representante Legal, por favor, identifique o Vínculo/ Grau de parentesco: _____

Data ____ / ____ / ____