

PEDIDO DE REEMBOLSO

Se necessitar de apoio ou informações adicionais, contacte-nos 24 horas por dia, 7 dias por semana, através do +244 923 120 285, +244 226 434 232 ou via e-mail: fortalezaseguros@adv-angola.com

IDENTIFICAÇÃO DA PESSOA SEGURA (informação obrigatória)

Número Cartão Cuida: _____ Telemóvel: _____ Telefone: _____

Nome Completo: _____

E-mail: _____

IBAN: AO06 _____

Possui outro plano de seguro ou sistema de saúde que cubra o(s) acto(s) médico(s) deste pedido de reembolso?

Sim Não

PRAZO DE APRESENTAÇÃO

Tem **120 (cento e vinte) dias**, desde a data da despesa para nos apresentar o seu pedido de reembolso. Antes de nos enviar o seu pedido, confirme por favor, se o mesmo ainda se encontra dentro deste prazo.

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 Cesarianas	Internamento e Cirurgias
IBAN, Cartão do Segurado e Documento de identificação	√	√	√	√	√	√	√	√
Recibos originais com o número do documento e contribuinte do Prestador	√	√	√	√	√	√	√	√
Prescrição médica (fotocópia)			√	√	√	√	√	√
Informação Clínica, resultados dos exames efectuados e 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 da despesa	Diagnóstico	Número da Factura	Valor da Factura

Envio o seu pedido de reembolso para o email: sinistros@adv-angola.com.

CONFIRMAÇÃO DO PEDIDO DE REEMBOLSO

Assinatura do Tomador do Seguro ou representante legal

_____, ____ de ____ de ____
Local Dia Mês Ano

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