

Se necessitar de informações adicionais, contacte-nos para:
 Linha de Assistência a Clientes (24 horas / 7 dias por semana): +244 226 434 218 ou
 +244 923 120 277 ou e-mail: solseguros@adv-angola.com

Identificação da Pessoa Segura (informação obrigatória)

Nº de Cartão: _____ **Telemóvel:** _____
Nome: _____ **E-mail:** _____
IBAN: AO06 _____

Prazo de apresentação

Tem **90 (noventa) 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	Internamento 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 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

Para envio do seu pedido de reembolso utilize o e-mail: sinistros@adv-angola.com.

Assinatura da Pessoa Segura ou representante legal _____

Data ____/____/____