

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.

Nota: Prazo de apresentação de documentação após devolução do processo: existindo informação em falta no processo, a Fortaleza Seguros emitirá uma *Carta de Devolução* a solicitar informação adicional. Tem **30 (trinta) dias** corridos, contados a partir da data de emissão da carta de devolução para apresentação da documentação em falta. No caso de incumprimento as despesas serão declinadas por prazo de apresentação de informação excedido.

Para cada Tipo de Despesa (Consulta | Exames | Medicamentos | Dentária | Óculos | Fisioterapia | Parto e Cesariana |

DOCUMENTOS OBRIGATÓRIOS A APRESENTAR

(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

Envie 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.