

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:** \_\_\_\_\_ **Telefone:** \_\_\_\_\_  
**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.

Nota: Prazo de apresentação de documentação após devolução do processo: existindo informação em falta no processo, a SOL Seguros emitirá uma *Carta de Devolução* a solicitar informação adicional. Tem **60 (sessenta) 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.

**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	Internamentos e Cirurgias
IBAN   Cartão do Segurado   Documento de identificação	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Recibos, 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 acidente anexo a este formulário.

**Despesas** - Preenchimento do campo "Tipo de Despesa":

Consulta | Exames | Medicamentos | Dentária | Óculos | Fisioterapia | Parto e Cesariana | Internamentos 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](mailto:sinistros@adv-angola.com)

Assinatura do Cliente ou representante legal \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

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.