

Se necessitar de informações adicionais, contacte-nos para:

Linha de Assistência a Clientes (24 horas / 7 dias por semana): +244 226 434 514 ou +244 923 120 263 ou e-mail: tranquilidade@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 Tranquilidade Seguros emitirá uma *Carta de Devolução* a solicitar informação adicional. Os prazos de apresentação da documentação em falta estão igualmente abrangidos no prazo acima mencionado. 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 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 acidente.

**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

**Informação adicional e obrigatória** – indique no quadro abaixo o motivo pelo qual suportou as despesas na totalidade


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.