

Por favor, preencha o formulário seguindo as instruções nos campos indicados e envie para o e-mail: reembolso@ensa.co.ao

## Identificação da Pessoa Segura (Informação obrigatória)

Nº de Cartão: _____	Telefone: _____
Nome: _____	E-mail: _____

## Prazo de Apresentação

Tem 180 (cento e oitenta) dias, contados do primeiro dia do tratamento ou da alta hospitalar 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 ENSA 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.

## Documentos obrigatórios a apresentar

Para cada Tipo de Despesa ( Consulta | Exames | Medicamentos | Dentária | Óculos | Fisioterapia | Parto Normal e Parto Cesariana | Internamentos e Cirurgias), envie seu pedido de reembolso com a informação necessária:

Informação Necessária	Consulta	Exames	Medicamento	Dentária	Óculos	Fisioterapia	Parto Normal e Parto Cesariana	Internamento e Cirurgia
Comprovativo de IBAN   Cartão do Segurado   Documento de Identificação	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Facturas / Recibos originais, com o número de documento e contribuinte do prestador e com a descrição dos actos	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Prescrição médica (fotocópia)		✓	✓	✓	✓	✓		
Informação clínica   resultados de todos os exames efectuados   Nota de Alta (com diagnóstico)						✓	✓	✓

## Em caso de Acidente

	<b>Faça aqui a descrição do acidente</b>
Data de ocorrência do acidente ____/____/____	
Hora de ocorrência do acidente ____:____	
Local de ocorrência do acidente _____	

Despesas - Preenchimento do campo "Tipo de Despesa":  
Consulta | Exames | Medicamentos | Dentária | Óculos | Fisioterapia | Parto Normal e Parto Cesariana | Internamento e Cirurgias

Tipo de Despesa	Data de Realização do Despesa	Diagnóstico	Nº 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.

Se necessitar de informações adicionais, contacte-nos para: Linha de Assistência a Clientes (24 horas / 7 dias por semana) | +244 226 434 230 ou +244 923 120 265 ou e-mail: [ensa@adv-angola.com](mailto:ensa@adv-angola.com))