

Se necessitar de informações adicionais, contacte-nos para:

Linha de Assistência a Clientes (24 horas / 7 dias por semana): +244 226 434 272 ou +244 923 120 279 ou e-mail: protteja@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 PROTTEJA 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 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)						✓	✓	✓
Comprovativo de comunicação à PROTTEJA no prazo de até 8 (oito) dias da realização das despesas médicas	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓

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

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 ADVAngola. Todos estes dados serão tratados confidencialmente e não poderão ser alvo de utilização fora do âmbito do seguro de saúde.