

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)						✓	✓	✓

**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.