

- **Tem 90 (noventa) dias**, desde a data da despesa, para nos apresentar o seu pedido de reembolso, através do e-mail: **sinistros@adv-angola.com**
- Se necessitar de informações adicionais, contacte-nos: Linha de Assistência (24h/7 dias): +244 226 434 514 ou +244 923 120 263 ou **tranquilidade@adv-angola.com**

Identificação da Pessoa Segura (informação obrigatória)

Nº de Cartão: _____

Telefone: _____

Nome: _____

E-mail: _____

IBAN: AO06 _____

Prazo de apresentação

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