

Identificação da Pessoa Segura (informação obrigatória)

Nº de Cartão: _____ E-mail: _____
 Nome: _____ Telefone: _____
 IBAN: AO 06 _____

Prazo de apresentação

Se necessitar de informações adicionais, contacte-nos para a Linha de Assistência a Clientes (24 horas / 7 dias por semana):
 +244 226 434 232 ou +244 923 120 268 ou e-mail: viva@adv-angola.com

Tem 180 (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: 30 dias.

Existindo informação em falta no processo, a VIVA Seguros emitirá uma Carta de Devolução a solicitar informação adicional que permita enquadramento clínico e contratual necessário. No caso de incumprimento do prazo acima citado, as despesas serão declinadas por prazo de apresentação de informação excedido.

Data início exterior ____/____/____

Data fim exterior ____/____/____

País onde ocorreram as despesas _____

Documentos obrigatórios a apresentar (Português ou Inglês)

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 de Seguro, Documento de identificação	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Recibos originais, com nº de documento e contribuinte do prestador	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Prescrição Médica (fotocópia)		✓	✓	✓	✓	✓		
Informação Clínica / Resultado de exames efectuados / Notas de alta (com diagnóstico)						✓	✓	✓
Documentos que comprovem o período de estadia no exterior (vistos e carimbos, bilhetes de avião, etc)	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓

NOTAS: Situações de Acidente – obrigatório o preenchimento e envio do formulário de acidente.

Despesas – Preenchimento do campo “tipo de despesa”

Consultas, Exames, Medicamentos, Dentária, Óculos, Fisioterapia, Parto, Internamentos e Cirurgias, Funeral

Tipo de Despesa	Data de Realização da Despesa	Diagnóstico	Nº de Factura	Valor de Factura
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____

Motivo pelo qual suportou as despesas (preenchimento obrigatório)

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 seguro.