

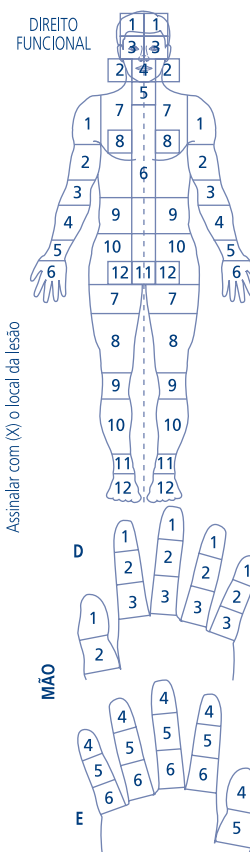


Apólice Nº

Processo Sinistro Nº

A SER PREENCHIDO PELO MÉDICO OU PELA ENTIDADE QUE OBSERVA O SINISTRADO E DIAGNOSTICA AS CONSEQUÊNCIAS.
AGRADECE-SE AOS EXMOS MÉDICOS O TOTAL E LEGÍVEL PREENCHIMENTO

1. Nome do Tomador de Seguro	
Nome do Sinistrado	
2. Acidente ocorrido em: <small>Ano</small> <small>Mês</small> <small>Dia</small> em (local)	
Como foi descrito o acidente?	
3. Local e data da observação:	
Diagnóstico:	
Terapêutica aconselhada:	
4. Enfermidade, defeito físico, perturbação eventual, que possa ter contribuído para o acidente ou gravidade das lesões.	
Há relação entre as lesões observadas e a descrição do acidente?	
Há doença que possa influenciar a cura das lesões?	
5. Em face da observação feita, o Sinistrado: (Assinalar com X ou completar o que for aplicável)	
<input type="checkbox"/> Pode regressar ao trabalho <input type="checkbox"/> Recolhe ao domicílio <input type="checkbox"/> Fica em tratamento ambulatório <input type="checkbox"/> Fica hospitalizado em:	
6. Previsão da incapacidade para o exercício da profissão: (Assinalar com X ou completar o que for aplicável)	
<input type="checkbox"/> Não existe <input type="checkbox"/> Temporária Absoluta de _____ dias <input type="checkbox"/> Temporária Parcial de _____ dias <input type="checkbox"/> Permanente Parcial _____ % <input type="checkbox"/> Permanente Total	
7. Médico	
Nome	
Morada	
Código Postal - Localidade	
Telefone Fax	



O ENVIO DESTE BOLETIM À SEGURADORA DEVERÁ SER FEITO COM A MAIOR URGÊNCIA



Apólice Nº

Processo Sinistro Nº

A SER PREENCHIDO PELO MÉDICO OU PELA ENTIDADE QUE OBSERVA O SINISTRADO E DIAGNOSTICA AS CONSEQUÊNCIAS.
AGRADECE-SE AOS EXMOS MÉDICOS O TOTAL E LEGÍVEL PREENCHIMENTO

1. Nome do Tomador de Seguro

2. Nome do Sinistrado Idade _____ anos

3. Data do Acidente (Ano, Mês, Dia) Data do primeiro Tratamento (Ano, Mês, Dia)

4. Diagnóstico:

Consultas e tratamentos prestados:

Data	Terapêutica	Rúbrica	Data	Terapêutica	Rúbrica

5. Se houver Incapacidade Temporária para o exercício da profissão.
ABSOLUTA: Desde (Ano, Mês, Dia) até (Ano, Mês, Dia) Tendo retomado a sua actividade em (Ano, Mês, Dia)
PARCIAL: Desde (Ano, Mês, Dia) até (Ano, Mês, Dia)

6. Data da alta

7. Se do acidente resultou qualquer Invalidez Permanente, indicar qual e ainda a desvalorização em %

Nota: Honorários médicos e outras despesas de tratamento constituem encargo do Tomador de Seguro, declinando a Fidelidade Mundial qualquer responsabilidade no seu pagamento. A Seguradora só assume obrigatoriedade nesse pagamento, e apenas directamente ao Tomador de Seguro, desde que o Seguro contratado garanta a cobertura de "Despesas de Tratamento".

ESTE IMPRESSO DEVIDAMENTE PREENCHIDO DEVERÁ SER REMETIDO À SEGURADORA IMEDIATAMENTE APÓS A ALTA

Local e Data _____ Assinatura do Médico _____

