Fidelidade Mundial
Seguros

SEGURO DE ACIDENTES PESSOAIS
BOLETIM DE ALTA

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 (Ano / Mês / Dia)

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

F-M 003252 - Dez/2005

Grupo **Caixa Geral de Depósitos**
Companhia de Seguros Fidelidade-Mundial, S.A. Largo do Calhariz, 30 1249-001 Lisboa - Portugal Tel: 213 237 000 Fax: 213 238 001 CRCLisboa Nº 15 NIPC 500 918 880 Capital Social € 400 000 000
www.fidelidademundial.pt