Allianz

Allianz Acidentes Pessoais

Boletim de Alta

A preencher pelo Médico Assistente

Apólice _____ Processo _____

Tomador do Seguro:

Nome _____

NIF _____ E-mail _____

Sinistrado:

Nome _____

Morada _____ NIF _____

Código postal ____-____ Localidade _____

Concelho _____ Telefone _____

Data em que foi prestada a 1ª assistência ao sinistrado _____ Data em que terminou a assistência ao sinistrado _____

Depois das lesões primitivas apresentaram-se complicações no estado do sinistrado, que justifiquem desvios nas previsões de incapacidade? ☐ Não ☐ Sim

Em caso afirmativo quais foram e que consequências tiveram? _____

Incapacidade para o Trabalho (é muito importante o preenchimento deste Campo):

As lesões verificadas no sinistrado impediram-no de se dedicar às tarefas habituais? ☐ Não (sem Incapacidade) ☐ Sim, verificou-se durante o tratamento:

☐ Incapacidade Temporária de Nível 1* De _____ a _____

☐ Incapacidade Temporária de Nível 2* De _____ a _____

* **Níveis de Incapacidade Temporária Absoluta:** Nível 1 - Enquanto a Pessoa Segura se encontre hospitalizada ou acamada por indicação médica.
Nível 2 - Enquanto a Pessoa Segura, continue sem poder exercer a sua actividade profissional remunerada.

Alta:

Após a Alta, o Sinistrado fica em perfeitas condições de integridade física e anatómica? ☐ Não ☐ Sim

Em caso negativo que sequelas apresenta? _____

Que Incapacidade Permanente Parcial _____ % Tabela e artigos utilizados _____

Anexar a este Boletim todos os exames auxiliares de diagnóstico efetuados por motivo da ocorrência participada.

Parecer dos Serviços Médicos da Allianz Portugal:

Médico Assistente:

Nome completo

Nº cédula profissional Data Assinatura