



Av. D. João II, N.º 11 - 8.º - 1998-036 Lisboa
Centro de Contacto Generali Tranquilidade:
+351 213 124 300 – chamada para a rede fixa nacional
808 243 000 – Entre as 9h e as 21h de dias úteis - 0,07€ no primeiro minuto e 0,0277€/min nos restantes (+IVA).
Entre as 21h e as 9h de dias úteis, fins de semana e feriados - 0,07€ no primeiro minuto e 0,0084€/min nos restantes (+IVA).
Atendimento Personalizado das 9h às 17h, todos os dias úteis
Atendimento Permanente 24 horas por dia, 365 dias por ano
<http://www.generalion.pt>

Acidentes Pessoais

Boletim de Alta

Este boletim deve ser enviado imediatamente à **Generali Tranquilidade** completamente preenchido com letra legível

Apólice N.º 1 0 0 0 3 4 1 1 4 0

Processo N.º

Tomador de Seguro

Nome FPME – Federação Portuguesa Escalada de Competição

Sinistrado

Nome _____

Idade

Estado _____

Data de Nascimento / /

Antecedentes

Em que data começou V. Exa. a prestar assistência ao Sinistrado? _____

Depois das lesões primitivas, surgiram quaisquer complicações? _____

Em caso afirmativo quais fora e que consequência tiveram? _____

O sinistrado sofre de enfermidades suscetíveis de agravar as consequências ou de demorar a cura das lesões? _____

Por exemplo: reumatismo, varizes, sífilis, diabetes, epilepsia, etc. _____

Diagnostico definitivo _____

Do acidente resultou Incapacidade Temporária? _____

Incapacidade

Tratamento ambulatório	s/ incapacidade	<input type="text"/>	/	<input type="text"/>	/	<input type="text"/>	a	<input type="text"/>	/	<input type="text"/>	/	<input type="text"/>	
	incapacidade temporária absoluta	<input type="text"/>	/	<input type="text"/>	/	<input type="text"/>	a	<input type="text"/>	/	<input type="text"/>	/	<input type="text"/>	
	incapacidade temporária parcial	<input type="text"/>	/	<input type="text"/>	/	<input type="text"/>	a	<input type="text"/>	/	<input type="text"/>	/	<input type="text"/>	de 0, _____
		<input type="text"/>	/	<input type="text"/>	/	<input type="text"/>	a	<input type="text"/>	/	<input type="text"/>	/	<input type="text"/>	de 0, _____
		<input type="text"/>	/	<input type="text"/>	/	<input type="text"/>	a	<input type="text"/>	/	<input type="text"/>	/	<input type="text"/>	de 0, _____

Causa da cessação do tratamento _____

Conclusões

No caso de ter resultado Incapacidade Permanente descrever minuciosamente em que consistiu, mencionando a percentagem da desvalorização correspondente

Médico assistente

Nome _____

NIF

Morada _____

/ /

Assinatura

Parecer Clínico

Serviços Clínicos da Generali Tranquilidade

