



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  
[www.generation.pt](http://www.generation.pt)

## Acidentes Pessoais

### Boletim de Exame Médico

Este boletim deve-nos ser imediatamente enviado, completamente preenchido com letra legível, para os contactos indicados no cabeçalho.

#### Tomador do Seguro

Apólice N.º 1000341140

Processo N.º

Nome FPME – Federação Portuguesa de Escalada de Competição

#### Sinistrado

Nome \_\_\_\_\_

Idade

Estado Civil \_\_\_\_\_

Profissão \_\_\_\_\_

#### Médico Examinador

Nome \_\_\_\_\_ NIF \_\_\_\_\_

Morada \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_

#### Acidente

Data do acidente   /   /    Hora   :

#### Exame Médico

Data do 1.º exame médico   /   /    Hora   :

Tem ou teve o examinado qualquer doença anterior que possa agravar ou ser agravada por este sinistro? Sim  Não

Em caso afirmativo, qual? \_\_\_\_\_

Quais as lesões sofridas? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

As lesões apresentadas resultam do sinistro participado? Sim  Não

Qual o tratamento prescrito? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Foram ou serão efetuados quaisquer exames auxiliares de diagnóstico? Sim  Não

Em caso afirmativo, quais e respetivas datas? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Qual o resultado? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Esteve ou estará previsto qualquer internamento? Sim  Não  Desde quando? \_\_\_\_\_

Em caso afirmativo, qual o estabelecimento hospitalar? \_\_\_\_\_

Foi ou será efetuada qualquer intervenção cirúrgica? Sim  Não  Qual? \_\_\_\_\_

#### Incapacidades

Em tratamento ambulatorio sem Incapacidade

Tempo provável de Incapacidade Temporária Absoluta:    dias

Tempo provável de Incapacidade Temporária Parcial:    dias Percentagem:    %

Resultará qualquer Incapacidade Permanente? Percentagem:    %

\_\_\_\_\_   /   /    \_\_\_\_\_  
Assinatura do médico