

Seguro de Acidentes Pessoais

# Acidentes Pessoais

Participação de Sinistro e Boletim de Baixa

Allianz. Soluções de A a Z.

**Allianz** 



## 6. Outras Informações

Existe outro seguro que garanta este sinistro?	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim	Seguradora:
Apólice	Ramo:		
Teve algum sinistro deste ou de outro tipo anteriormente?	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim	Data
Causas:			
Consequências:			

## 7. Assinatura

<b>Carimbo ou Selo Branco</b> (caso se trate de Pessoa Colectiva ou Órgão Estatal)	<b>O Tomador do Seguro</b>
Data	

# Acidentes Pessoais

## Boletim de Baixa

A preencher pelo médico assistente, por favor indique o nome do Tomador e do Sinistrado nos campos 1 e 2.

A.

Data 1ª assistência ao sinistrado	Diagnóstico:
Tratamento recomendado (com receituário):	
Foram feitas radiografias? <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim	
Foram feitos outros exames de diagnóstico? <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim, quais?	
Resultados dos exames efectuados (juntar cópia(s) do(s) Relatório(s) dos Exames):	

<p style="text-align: center;"><b>Assinalar com um "X" o local da lesão</b></p> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 45%;"> <p style="text-align: center;">Direita funcional</p> </div> <div style="width: 45%;"> <p style="text-align: center;">Mão direita</p> </div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 20px;"> <div style="width: 45%;"> <p style="text-align: center;">Mão esquerda</p> </div> </div>	<p><b>B.</b></p> <p>Doença ou defeito físico que possa ter contribuído para o acidente:</p> <p>A descrição do acidente ajusta-se às lesões observadas? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não, porquê?</p> <p>A cura das lesões poderá ser dificultada/prejudicada por anterior doença do sinistrado? <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim, de que forma?</p> <p>Prevê-se para o sinistrado:</p> <p><input type="checkbox"/> Ausência de incapacidade física para o trabalho (SI)</p> <p><input type="checkbox"/> Incapacidade parcial para o trabalho (ITP) de: _____ % por: _____ dias</p> <p><input type="checkbox"/> Incapacidade total para o trabalho (ITA) durante: _____ dias</p> <p><input type="checkbox"/> Invalidez permanente de: _____ %</p> <p>Exclusivamente no caso de Seguro Protecção Infantil</p> <p><input type="checkbox"/> Necessidade de assistência de mãe, pai ou equiparado durante: _____ dias</p> <p style="font-size: small;">(neste caso juntar documento comprovativo da ausência ao trabalho)</p>
--	--

Nome completo do médico assistente	Nº cédula profissional
Data	Assinatura

**Natureza das Incapacidades:**

**Incapacidade Temporária Absoluta (I.T.A.)** - Enquanto o sinistrado **que exerça profissão remunerada**, se encontrar na completa impossibilidade física de atender ao seu trabalho, ainda que seja o de instruir, dirigir ou vigiar os seus subordinados; e para o sinistrado **que não exerça profissão remunerada**, enquanto for obrigado a permanecer no seu domicílio sob tratamento médico.

**Incapacidade Temporária Parcial (I.T.P.)** - Enquanto o sinistrado que exerça profissão remunerada, se encontrar, apenas em parte, inibido de atender ao seu trabalho nas condições da alínea precedente; e, para o sinistrado **que não exerça profissão remunerada**, enquanto esteja sob tratamento médico, mas não já obrigado a permanecer no seu domicílio.

**Sem Incapacidade (S.I.)** - Quando o sinistrado **que exerça ou não profissão remunerada** apenas receba tratamento e as lesões provenientes do acidente em nada o impeçam de exercer as suas ocupações normais.