

CIRCULAR

**Nº 145/08-DIRECÇÃO
ÉPOCA: 2008/2009**

**DISTRIBUIÇÃO: ASSOCIAÇÕES REGIONAIS, CLUBES E AGENTES
DESPORTIVOS**

**ASSUNTO: SEGURO DE ACIDENTES PESSOAIS – PRÁTICA
DESPORTIVA
Nº DE APÓLICE: 3.968.527 – ÉPOCA 2008/2009**

Manual de Procedimentos de Seguro de Acidentes Pessoais e Prática Desportiva -
Dec. Lei 146/93, de 26 de Abril e Portaria 753/93, de 26 de Agosto.

MANUAL DE PROCEDIMENTOS

- **SEGURO DE ACIDENTES PESSOAIS – PRÁTICA
DESPORTIVA**, a efectuar ao abrigo do Decreto-Lei nº 146/93, de 26
de Abril, que se regerá pelas seguintes condições:
- **TOMADOR DO SEGURO**

FEDERAÇÃO DE ANDEBOL DE PORTUGAL
Calçada da Ajuda, 63–69
1300-006 LISBOA

OBJECTO E ÂMBITO DO CONTRATO

O presente seguro visa garantir, nos termos estabelecidos nas Condições Gerais, Especiais e Particulares da Apólice de Acidentes Pessoais Desporto, Cultura e Recreio, o pagamento das indemnizações devidas em consequência de acidentes ocorridos em qualquer parte do mundo, quando emergentes de:



- Prática da Modalidade Desportiva, em competição, treino e estágio, em representação ou sob o patrocínio da FEDERAÇÃO DE ANDEBOL DE PORTUGAL, Associações, Clubes ou entidades Oficiais;
- Deslocações em qualquer meio de transporte, com excepção de veículos de duas rodas, motorizados ou não, de e para os locais onde tenham lugar as referidas actividades, desde que efectuadas em grupo, em veículos da própria FEDERAÇÃO DE ANDEBOL DE PORTUGAL, Associações, Clubes, Entidades Oficiais e Dirigentes Desportivos ou por estes cedidos ou alugados.

- PESSOAS SEGURAS

Para efeito deste seguro, consideram-se Pessoas Seguras todos os Praticantes ou outros Agentes Desportivos (árbitros, dirigentes, treinadores, massagistas e corpos clínicos) inscritos na Federação e Associações.

- COBERTURAS E CAPITALS SEGUROS

As coberturas e capitais seguros por sinistro e anuidade para as Pessoas Seguras mencionadas no ponto anterior são os seguintes:

Pessoas seguras	Coberturas	Capitais Seguros
Praticantes menores de 14 anos	Invalidez Permanente	28.000,00 €
	Despesas de Tratamento e Repatriamento	5.000,00 €
	Despesas de Funeral	2.700,00 €
Praticantes com idade igual ou Superior a 14 anos	Morte ou Invalidez Permanente	28.000,00 €
	Despesas de Tratamento e Repatriamento	5.000,00 €
Outros agentes desportivos	Morte ou Invalidez Permanente	28.000,00 €
	Despesas de Tratamento e Repatriamento	5.000,00 €

Nas deslocações em grupo, a responsabilidade máxima da **Fidelidade - Mundial** fica limitada a 1.100.000,00 Euros por viagem e veículo transportador, com os limites por pessoa indicados nos quadros acima.

- **FRANQUIAS**

- É condição necessária para aceitação da Participação de Sinistro que a mesma se faça acompanhar de um **cheque no valor de € 175,00 relativo à franquia contratual.**
- Em todos os sinistros ao abrigo da Cobertura de Despesas e Tratamento e Repatriamento será sempre deduzida à indemnização que couber à **Fidelidade – Mundial** pagar, uma franquia fixa por sinistro de € 175,00 (cento e setenta e cinco Euros).

Na cobertura de Invalidez Permanente vigora a franquia prevista nas respectivas Condições Gerais da Apólice.

- **EXCLUSÕES**

De acordo com as Condições Gerais da Apólice de Acidentes Pessoais Desporto, Cultura e Recreio.

- **CONDIÇÕES CONTRATUAIS**

Este seguro rege-se pelas Condições Gerais da Apólice de Acidentes Pessoais Desporto, Cultura e Recreio.

- **OUTRAS CONSIDERAÇÕES**

Deverá sempre ser tido em consideração o seguinte:

- Não serão liquidadas despesas de assistência médica quando a mesma for prestada nos Serviços ou nos Postos Médicos dos Clubes;
- Não serão consideradas despesas suportadas unicamente por documentos emitidos pelos clubes;
- Só serão consideradas despesas suportadas por originais legais dos recibos emitidos pelos prestadores de serviços médicos ou fornecimentos;

- Os recibos de tratamentos, elementos auxiliares de diagnóstico, fisioterapia e medicamentos só serão aceites quando acompanhados pelo original da prescrição do médico cuja especialidade, devidamente reconhecida pela Ordem dos Médicos, deverá ser expressa e autenticada com vinheta do SNS;
- **SEGURO DE ACIDENTES PESSOAIS DESPORTIVO – ADESÃO FACULTATIVA**

Estes seguros poderão ser aceites pela 1ª Outorgante, desde que se verifiquem as seguintes condições:

- Que as pessoas a incluir estejam abrangidas pelo seguro referido no ponto 1 – Seguro de Acidentes Pessoais – Prática Desportiva, a efectuar ao abrigo do decreto-lei nº 146/93, de 26 de Abril.

Nota: Os impressos **Participação de Sinistro**, **Boletim de Baixa** e **Boletim de Alta**, encontram-se disponíveis no Portal do Andebol.

Para qualquer informação suplementar contactar **Sandra Mendes** via e-mail: sandra.mendes@solucao.pt

Lisboa, 14 de Julho de 2008

A DIRECÇÃO



Apólice nº

Uso da Companhia

Nº SINISTRO

Tomador de Seguro

Nome

Telefone

Fax

Sinistrado

Nome (completo)

Morada

Código Postal

Localidade

Bilhete de Identidade / Cédula Pessoal

Nº Contribuinte

Data de Nascimento

Dia

Mês

Ano

Profissão

Telefone

Acidente

Data e hora do acidente

Dia

Mês

Ano

Hora

Local do acidente

No momento do acidente que fazia o Sinistrado?

Descrição pormenorizada de como aconteceu o acidente:

Se no momento do acidente o sinistrado era transportado em veículo, indicar:

Tipo de veículo (automóvel, camioneta, autocarro, moto, motorizada, etc. ...)

Veículo de caixa aberta ou fechada:

Matrícula

Lotação

Quem conduzia o veículo?

Carta de Condução nº

O sinistrado tem relação de parentesco ou de trabalho com o Segurado?

Não

Sim

E com o condutor do veículo

Não

Sim

Qual?

Consequências

Ferimentos ou lesões resultantes:

Quem lhe prestou o primeiro tratamento?

Houve necessidade de recorrer ao Hospital?

Não

Sim

Qual?

Foi transferido para outro estabelecimento hospitalar?

Não

Sim

Qual?

Deslocou-se em ambulância

Não

Sim

Dos Bombeiros

de

Está ou vai ser tratado em algum Centro Médico?

Não

Sim

Qual?

Ficou internado?

Não

Sim

Ficou em regime de tratamento ambulatorio

Não

Sim

O Sinistrado está total ou parcialmente impossibilitado de trabalhar?

Não

Sim

Ramo	Apólice	Data do Sinistro	Dia	Mês	Ano	N.º Sinistro	CD	NAT.	Loc. Sin.	Causa	Cobert.	Ind. Max.	Franquia
													Visto Contabilização

Declarações

Testemunhas presenciais do acidente (nomes e moradas)

Autoridade que tomou conta da ocorrência:

Existe outro Seguro que abrangam este acidente?

Não

Sim

Em que Companhia?

Nota Importante

O Segurado e/ou o Sinistrado devem promover imediatamente que o Médico ou Entidade que fez a primeira observação e diagnóstico do acidente, preencha o BOLETIM DE BAIXA (mod. 003252) a ser enviado com urgência à Companhia.

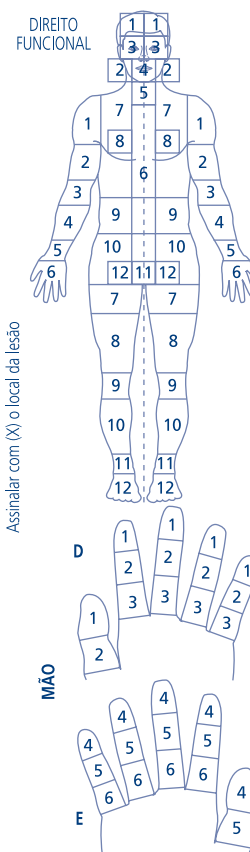


Apólice Nº

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	
Nome do Sinistrado	
2. Acidente ocorrido em: Ano Mês Dia em (local)	
Como foi descrito o acidente?	
3. Local e data da observação:	
Diagnóstico:	
Terapêutica aconselhada:	
4. Enfermidade, defeito físico, perturbação eventual, que possa ter contribuído para o acidente ou gravidade das lesões.	
Há relação entre as lesões observadas e a descrição do acidente?	
Há doença que possa influenciar a cura das lesões?	
5. Em face da observação feita, o Sinistrado: (Assinalar com X ou completar o que for aplicável)	
<input type="checkbox"/> Pode regressar ao trabalho <input type="checkbox"/> Recolhe ao domicílio <input type="checkbox"/> Fica em tratamento ambulatório <input type="checkbox"/> Fica hospitalizado em:	
6. Previsão da incapacidade para o exercício da profissão: (Assinalar com X ou completar o que for aplicável)	
<input type="checkbox"/> Não existe <input type="checkbox"/> Temporária Absoluta de _____ dias <input type="checkbox"/> Temporária Parcial de _____ dias <input type="checkbox"/> Permanente Parcial _____ % <input type="checkbox"/> Permanente Total	
7. Médico	
Nome	
Morada	
Código Postal - Localidade	
Telefone - Fax	



O ENVIO DESTE BOLETIM À SEGURADORA DEVERÁ SER FEITO COM A MAIOR URGÊNCIA



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".

Local e Data

Assinatura do Médico

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

