



**SEGURO DESPORTIVO DE ACIDENTES PESSOAIS
PARTICIPAÇÃO DE SINISTRO**

Segurado **ASSOCIAÇÃO FUTEBOL DE BRAGANÇA**

Apólice **204932222**

Elementos de Identificação

Pessoa Segura _____

Morada _____ Cod.Postal _____

Profissão _____ Telefone _____ Telemóvel ou outro _____

Atleta menor 14 anos ☐ maior 14 anos ☐ Escalão _____ Agente ☐ Arbitro ☐

Clube _____ N.º Atleta _____ Data Nascimento ____/____/____

Elementos do Sinistro

Data do Sinistro ____/____/____ Jogo ☐ Treino ☐ Outro ☐

Se "Jogo", anexar Ficha de Jogo e indicar Clube Adversário _____

Se "Treino", Testemunhas Nome _____ Contacto _____

Nome _____ Contacto _____

Se "Outro", especificar _____

Local do Sinistro _____ Descrição detalhada do Sinistro _____

Parte do corpo atingida _____

Assistência Clínica

* Preenchimento Obrigatório

Indicar nome do Hospital Publico _____ ou da Clínica da Rede* _____

Situação Grave necessitando de Urgência Hospitalar Sim ☐ Não ☐

Ficou em situação de internamente Hospitalar Sim ☐ Não ☐

Se "Sim", qual o(s) Hospital(ais) Publico(s) a que recorreu _____

Apenas para Arbitros

Em consequência do sinistro fica
impossibilitado de exercer a sua
actividade profissional ?

Sim ☐ Não ☐

Assinatura Sinistrado ou Representante
Data ____/____/____

Certificação do Clube ou Entidade
Data ____/____/____

**SEGURO DESPORTIVO DE ACIDENTES PESSOAIS
MANUAL DE PROCEDIMENTOS EM CASO DE ACIDENTE**



**Segurado ASSOCIAÇÃO FUTEBOL DE BRAGANÇA****Apólice 204932222****Participação de Sinistro**

Compete ao Clube Associado, no caso de Jogadores e Agentes Desportivos, ou ao Conselho de Arbitragem, no caso de Árbitros e Observadores, utilizando impresso próprio da Seguradora, proceder à entrega do original da Participação do Sinistro nas instalações da Sede da Associação Futebol de Bragança.

O documento, preenchido e assinado pelo atleta (ou respectivo Encarregado de Educação no caso de menores) e pelo Representante do Clube, deverá ser entregue **dentro dos 8 (oito) dias imediatos à ocorrência devidamente acompanhado do comprovativo de transferência bancária no valor da Franquia Contratual, IBAN – PT50003600479910023659661, de fotocópia do Cartão de Atleta ou Agente Desportivo e fotocópia do Boletim de Jogo. Tendo ocorrido durante um Treino, na Participação de Sinistro deve constar obrigatoriamente o contacto de duas testemunhas da ocorrência.**

Nota: Falsas declarações no preenchimento da Participação de Sinistro implicarão o cancelamento imediato do sinistro havendo lugar ao reembolso de todas as despesas incorridas pela Allianz no processo do sinistro.

Assistência Médica**SITUAÇÕES URGENTES**

Após a ocorrência de acidente que provoque uma lesão que o justifique, o sinistrado deverá ser encaminhado, de imediato, para as Urgências do Hospital Público mais próximo.

No momento da Alta Médica, **do sinistrado deve solicitar o Relatório do Episódio de Urgência**, caso haja necessidade de continuação do tratamento, **o Sinistrado tem 8 (oito) dias** para se apresentar na Clínica da Rede Convencionada mais próxima da sua residência fazendo-se acompanhar de fotocópia da Participação de Sinistro, carimbada pela A.F.B

O NÃO CUMPRIMENTO DO PRAZO ACIMA INDICADO (**8 DIAS**) IMPLICA A RECUSA DA ALLIANZ EM ASSUMIR DESPESAS

SITUAÇÕES NÃO URGENTES

O Sinistrado deverá apresentar-se, **dentro dos 8 (oito) dias** seguintes à ocorrência do acidente, na clínica da nossa Rede Convencionada <http://redeclinica.gaseguros.pt/> que seja mais próxima da sua residência fazendo-se acompanhar de fotocópia da Participação de Sinistro carimbada pela A.F.B. e cartão de atleta.

O NÃO CUMPRIMENTO DO PRAZO ACIMA INDICADO (**8 DIAS**) IMPLICA A RECUSA DA ALLIANZ EM ASSUMIR DESPESAS