G.A.-Seguros

Allianz

SEGURO DESPORTIVO DE ACIDENTES PESSOAIS
PARTICIPAÇÃO DE SINISTRO

Segurado ASSOCIAÇÃO FUTEBOL DE VILA REAL **Apólice 204901565**

Elementos de Identificacão

Pessoa Segura _____

Morada _____ **Cod.Postal**_____

Profissão_____ **NIF**_____ **Telemóvel** _____

IBAN _____ **(juntar comprovativo da titularidade bancária)**

Email_____**Data Nascimento** ____/____/_____

Elementos do Sinistro

Data do Sinistro ___/___/_____ **em** **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 Clinica

*** Preenchimento Obrigatório**

Situação Grave necessitando de Urgência Hospitalar* **Sim** ☐ **Não** ☐

Ficou em situação de internamente Hospitalar **Sim** ☐ **Não** ☐

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

*Em caso de ter necessitado de urgência hospitalar, anexar relatório do episódio de urgência.

_____
Assinatura Sinistrado ou Representante
Data _____/_____/_____

_____
Certificação do Clube ou Entidade
Data ____/____/_____

AFVR

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

Segurado ASSOCIAÇÃO FUTEBOL DE VILA REAL **Apólice 204901565**

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 Vila Real.

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 bancaria no valor da Franquia Contratual, IBAN – PT50003600479910023659661, relatório da alta hospitalar ou relatório do episódio de urgência, fotocópia do Boletim de Jogo, Comprovativo de IBAN com titularidade da conta bancária do(a) sinistrado(a).

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 Publico mais próximo.

No momento da Alta Médica, **do sinistrado deve solicitar o Relatório do Episodio 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.V.R.

SITUAÇÕES NÃO URGENTES

O Sinistrado deverá apresentar-se, **dentro dos 8 (oito) dias** seguintes à ocorrência do acidente, na clínica da 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.V.R. Poderá ainda contactar 252 696 705 para qualquer informação.