



SEGURO DESPORTIVO DE ACIDENTES PESSOAIS

Para conhecimento dos clubes, restantes sócios ordinários, conselho de arbitragem e demais interessados, em aditamento ao [Comunicado Oficial N.º 001/25-26](#) desta AFVR, anexa-se, ao presente comunicado, o manual de procedimentos e o impresso de participação de sinistro relativo ao Seguro Desportivo de Acidentes Pessoais da **Allianz** com a **apólice nº 204901565** para atletas e agentes desportivos, e apólice a divulgar para árbitros filiados, contratualizado por esta Associação para a época de 2025/2026.

Para quaisquer esclarecimentos no âmbito dos processos de sinistro, deverão utilizar os seguintes contactos:

GA Corretores de Seguros, Lda (Alice Mariz)
Telefone | 252 620 001 (dias úteis das 9h-19h)
Telemóvel | 925 409 184 (dias úteis das 9h-19h)
E-Mail | alice.mariz@sosel.pt

Aproveitamos, ainda, para destacar a respetiva **tabela de prémios**:

CATEGORIA	FUTEBOL	FUTSAL
Seniores	€ 120,00	€ 100,00
Juniores "A"	€ 90,00	€ 75,00
Juniores "B"	€ 80,00	€ 60,00
Juniores "C"	€ 64,00	€ 50,00
Juniores "D" / "E"	€ 45,00	€ 40,00
Juniores "F" / "G"	€ 26,00	€ 26,00

Futebol de Praia	€ 18,00
Agentes Desportivos	€ 50,00
Árbitros	€ 65,00

O VICE-PRESIDENTE DA AREA DESPORTIVA


(Carlos Alberto N. Horta Moreira)



MANUAL DE PROCEDIMENTOS - SEGURO DESPORTIVO

Tomador de Seguro: Associação de Futebol de Vila Real

Apólice - 204901565 - Jogadores e agentes desportivos
Apólice nº 207820293 – Árbitros, Juizes e Cronometristas

Época Desportiva 2025/2026 (01 JUL 2025 a 30 JUN 20256)

Este manual destina-se a reger o funcionamento do contrato de seguro desportivo obrigatório – Acidentes Pessoais Grupo (D.L. 10/2009 de 12 de Janeiro) contratado com a Seguradora Allianz Portugal, bem como estabelecer e informar os procedimentos a adotar pelos Atletas em caso de sinistro.

Âmbito do Seguro

O seguro desportivo cobre os riscos de acidentes pessoais inerentes à prática amadora de futebol / futsal, nomeadamente os que decorrem dos treinos, das provas desportivas e respetivas deslocações, dentro e fora do território português em representação de clubes inscritos na organização responsável pelas competições.

As coberturas abrangem o pagamento de um capital por morte ou invalidez permanente, total ou parcial, por acidente decorrente da atividade desportiva e pagamento de despesas de tratamento, incluindo internamento hospitalar, e de repatriamento.

De acordo com o Decreto-Lei n.º 10/2009, de 12 de Janeiro, o seguro desportivo é obrigatório, para os praticantes de atividades desportivas em infra-estruturas abertas ao público, públicas ou privadas, e para os participantes em provas ou manifestações desportivas.

Definição de Acidente

Acontecimento fortuito, súbito e violento ou não, devido a causa exterior e estranha da pessoa segura e que neste origine lesões corporais medicamente comprovadas.

Coberturas e Capitais Seguros

Atletas, Treinadores e Agentes Desportivos

Morte e Invalidez por Acidente	Despesas de Tratamentos	Despesas de Funeral
32.442,82 €	7.500,00 €	5.000,00 €

Árbitros, Juizes e Cronometristas

Morte e Invalidez por Acidente	Despesas de Tratamentos	Despesas de Funeral	Incapacidade Temporária por Acidente
110.000,00 €	7.500,00 €	5.000,00 €	42,50 €/ dia

Tabela de prémios por pessoa

Categoria	Futebol	Futsal
Seniores	120,00 €	100,00 €
Juniores	90,00 €	75,00 €
Juvenis	80,00 €	60,00 €
Iniciados	64,00 €	50,00 €
Infantis	45,00 €	40,00 €
Benjamins/ Traquinas/ Petizes	26,00 €	26,00 €

Futebol de Praia 18 €

Agentes Desportivos 50,00 €

Árbitros / juizes e cronometristas 65 €



Condicionantes às coberturas, garantias e capitais (Cláusulas especiais)

DESPESAS DE TRANSPORTE

Na cobertura de Despesas de Tratamento, só estão garantidas as despesas de transporte seja qual for a sua origem ou natureza efetuadas com o propósito de se deslocar à rede clínica da seguradora com um limite de **125 euros por sinistro e 0,50 euros por Km, sendo sujeito a um mínimo de distância a percorrer em cada sentido de 20 Km.** O valor de despesas de transporte é um sublimite da cobertura de despesas de tratamento.

ESTOMATOLOGIA

Sub Limite de 400 € para Despesas com Estomatologia

A cobertura de Despesas de Tratamento por acidente vigora com uma **franquia contratual de €200,00 por sinistro** participado, sem mais franquias aplicáveis até ao encerramento do processo.

Procedimento em caso de sinistro

A participação do Sinistro deverá ser devidamente preenchida, assinada e carimbada pela Associação de Futebol de Vila real, enviada para alice.mariz@sosel.pt, juntamente com o comprovativo de transferência bancária, do valor da franquia contratual **IBAN da Allianz: PT50001000004804716850197** no prazo de 5 dias.

Essa participação deverá ser efetuada em impresso próprio da Companhia de Seguros Allianz Portugal SA disponível junto do corretor Sospel Seguros/ GA ou da AF VR.

Este documento deverá ser acompanhado por fotocópia do Cartão de Praticante e, caso o sinistro tenha ocorrido durante provas desportivas, da fotocópia do Boletim de Jogo/Prova.

G. A. – Corretores de Seguros, Lda.

Rua Abade Martins de Faria, n.º202 -
Beiriz
Apartado 60 –
4494-909 Póvoa de Varzim
E. geral@gaseguros.pt -

Sociedade por quotas de direito privado português matriculada na Conservatória do Registo Comercial da Póvoa de Varzim sob o n.º02468/991015 com Capital Social de 50.000 Euros

Corretora de Seguros inscrita nos Ramos Vida e Não Vida sob o n.º607260597 no Instituto de Seguros de Portugal e dirigente da Associação Nacional de Agentes e Corretores de Seguros



Urgências

A Pessoa Segura sinistrada deverá recorrer aos serviços de urgência da Unidade Hospitalar mais próxima, após a alta hospitalar deverá solicitar relatório do episódio de urgência e juntar á participação de sinistro.

Situações não urgentes

O Sinistrado deverá contactar de imediato a Entidade Responsável da Rede Clínica de Prestação de Cuidados de Saúde através do número: 925409184 / 252620001 (dias úteis das 9h-19h): Através deste contacto telefónico será indicado o prestador clínico mais indicado, de acordo com o local de residência e da lesão verificada.

O atleta deverá recorrer a uma das Clínicas da Rede Convencionada <http://redeclinica.gaseguros.pt/>, fazendo-se acompanhar de fotocópia da Participação de Sinistro devidamente autenticada pela AFVR.

No caso de existir necessidade de Exames Complementares de Diagnostico e/ou cirurgia, os sinistrados devem ser encaminhados para os serviços centrais:

- **Medicassur, Lda ou Rede Allianz / Rede Allianz**
Rua Almirantes Reis 163 – Póvoa de Varzim Tlf . 252 620 001

Em caso de comprovada necessidade de cirurgia pelos nossos serviços clínicos a intervenção terá de ser realizada na entidade designada para o efeito pela Allianz Portugal SA.

Assistência clínica fora da Rede Médica Convencionada

No caso da Pessoa Segura optar por efetuar qualquer tratamento médico e ou cirurgia num estabelecimento que não designado pela Rede Médica Convencionada, o pagamento das respetivas despesas será objeto de análise pela Entidade Responsável da Rede Clínica de Prestação de Cuidados de Saúde e, em caso de aceitação pela mesma, o reembolso das referidas despesas será limitado ao valor que o mesmo ato custaria na Entidade designada e desde que devidamente sustentada no âmbito das coberturas do contrato.



Indemnizações

As indemnizações relativas a incapacidades permanentes ou morte, serão pagas diretamente ao sinistrado ou aos seus legais herdeiros.

Contactos

De referir que no âmbito dos processos de sinistro os contactos disponíveis:

Tel: 252 696 705 / telem. 925409184

E-mail: alice.amariz@sosej.pt

Clinica Medicassur – telf. 252620001
Rua Almirante Reis 163
(Serviços Clínicos – Ortopedia/ cirurgia)

Allianz Portugal – info@allianz.pt

De referir que a linha de atendimento dedicada funciona no seguinte horário:

- dias úteis das 9h. às 12h. e das 14h. às 18h.

Póvoa de Varzim, 08 de agosto de 2025

G.A. Corretores de Seguros, Lda

G. A. – Corretores de Seguros, Lda.

Rua Abade Martins de Faria, nº202 -
Beiriz

Apartado 60 –
4494-909 Póvoa de Varzim
E. geral@gaseguros.pt -

Sociedade por quotas de direito privado português matriculada na Conservatória do Registo Comercial da Póvoa de Varzim sob o n.º02468/991015 com Capital Social de 50.000 Euros

Corretora de Seguros inscrita nos Ramos Vida e Não Vida sob o n.º607260597 no Instituto de Seguros de Portugal e dirigente da Associação Nacional de Agentes e Corretores de Seguros

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

Segurado ASSOCIAÇÃO FUTEBOL DE VILA REAL

Apólice 204901565

Elementos de Identificação

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 Clínica

*** 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 ____/____/____

**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, 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 5 (cinco) dias imediatos à ocorrência devidamente acompanhado do comprovativo de transferência bancária no valor de 200,00 € da Franquia Contratual, IBAN AZP PT50001000004804716850197, 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 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 5 (cinco) 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 contactar a Entidade responsável da Rede Clínica de Prestação de Cuidados de Saúde através do número: 925409184 / 252620001 (dias úteis das 9h-19h): Através deste contacto telefónico será indicado o prestador clínico mais indicado, <http://redeclinica.gaseguros.pt/>, de acordo com o local de residência e da lesão verificada.

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

Segurado ASSOCIAÇÃO FUTEBOL DE VILA REAL

Apólice 207820293

Árbitros

Elementos de Identificação

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 Clínica

*** 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 ____/____/____

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

Segurado ASSOCIAÇÃO FUTEBOL DE VILA REAL

Apólice 207820293

Participação de Sinistro

Compete ao Clube Associado, no caso de Jogadores e Agentes Desportivos, ou ao Conselho de Arbitragem, no caso de Árbitros, 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 5 (cinco) dias imediatos à ocorrência devidamente acompanhado do comprovativo de transferência bancária no valor de 200,00 € da Franquia Contratual, IBAN AZP PT50001000004804716850197, 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 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 5 (cinco) 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 contactar a Entidade responsável da Rede Clínica de Prestação de Cuidados de Saúde através do número: 925409184 / 252620001 (dias úteis das 9h-19h): Através deste contacto telefónico será indicado o prestador clínico mais indicado, <http://redeclinica.gaseguros.pt/>, de acordo com o local de residência e da lesão verificada.