

**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** \_\_\_\_\_ **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** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ **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**

**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** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**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 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.V.R.

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.V.R. e cartão de atleta.

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