

**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.