

**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 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 –PT50004514604035085358863, 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 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.

#### 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.