

Seguro de Grupo de Acidentes Pessoais

Companhia de Seguros

AIG - Europe Limited

PA16AH0174 - Atletas Amadores

PA16AH0175 - Agentes Desportivos, Treinadores e Dirigentes

PA16AH0176 - Árbitros, Árbitros Assistentes e Observadores

Período do Seguro

Época Desportiva 2017/2018 – (01JUL2017 a 30JUN2018)

Proponente / Tomador de Seguro

Associação Futebol Évora

Risco Seguro

Risco Extraprofissional, entendendo-se como tal o desempenho de funções inerentes exclusivamente, à prática desportiva amadora de futebol de atletas amadores, árbitros, dirigentes e demais agentes desportivos nos termos estabelecidos no Decreto-Lei nº 10/2009 de 12 de janeiro.

Pessoas Seguras

Consideram-se Pessoas Seguras os praticantes amadores de futebol com inscrição válida na federação da modalidade, ao serviço dos seus clubes, em representação do Tomador de Seguro ou da seleção nacional ou regional da modalidade, bem como, os dirigentes e demais agentes desportivos, que por inerência do cargo exerçam funções relacionados com a prática amadora do futebol quaisquer que sejam as funções administrativas ou outras, todos estes desde que devidamente inscritos na Federação através desta Associação e que constem nas listagens enviadas à Seguradora.

Atividade Segura

Prática Desportiva Amadora da Modalidade Futebol.

Âmbito Territorial

Portugal, extensível a União Europeia.

Âmbito da Cobertura

Danos Corporais sofridos pelas Pessoas Seguras, até aos limites adiante indicados, em consequência de acidentes ocorridos em resultado da Atividade Segura, incluindo deslocações em qualquer meio de transporte de e para os locais onde tenham lugar as referidas atividades, desde que em representação de clubes inscritos, Associação e da Federação Portuguesa Futebol, de acordo com os termos e condições dispostos nas Condições Gerais, Especiais e Particulares aplicáveis.

Coberturas e Capitais Seguros

Morte ou Invalidez Permanente por Acidente	28.000,00€
Despesas de Tratamento por Acidente	5.000,00€
Despesas de Funeral	5.000,00€

Sinistro - Franquia

Escalões de Escolas, Infantis e Iniciados

Aplicar-se-á uma franquia de 75,00€ por sinistro e pessoa segura.

Restantes

Aplicar-se-á uma franquia de 150,00€ por sinistro e pessoa segura.

Prémio do Seguro

Prémio Total Fixo não estornável por Pessoa Segura (independente do género):

FUTEBOL 11/7		FUTSAL		Fut. Recreação e Lazer	
SENIOR	65,00 €	SENIOR	40,00 €	SENIOR	20,00 €
JUNIOR	40,00 €	JUNIOR	30,00 €	JUNIOR	10,00 €
JUVENIL	20,00 €	JUVENIL	20,00 €	JUVENIL	5,00 €
INICIADO	10,00 €	INICIADO	10,00 €	INICIADO	
INFANTIL	4,00 €	INFANTIL	4,00 €	INFANTIL	
TRAQUINA	3,00 €	TRAQUINA	3,00 €	TRAQUINA	
BENJAMIM	3,00 €	BENJAMIM	3,00 €	BENJAMIM	
PETIZ	3,00 €	PETIZ	3,00 €	PETIZ	
AGENTES	12,00 €				5,00€
ÁRBITROS	25,00 €				

No FUTEBOL DE RECREAÇÃO E LAZER temos prémios fracionados para períodos de tempo:

Até 30 dias - 30% prémio; de 30 a 60 dias – 40% prémio;

60 a 90 dias – 60% do prémio; > 90 dias – 100%

Termos e Condições

De acordo com o estipulado nas Condições Gerais e Especiais do Seguro de Acidentes Pessoais – Seguro Desportivo, e no respetivo Manual de Procedimentos em Caso de Sinistros.

A cobertura dos riscos de Morte e o de Invalidez Permanente não são cumuláveis, pelo que no caso da “Pessoa Segura” vier a falecer em consequência de Acidente a coberto da apólice, à indemnização por Morte será abatida a indemnização por Invalidez Permanente que eventualmente lhe tenha sido atribuída e/ou paga relativamente ao mesmo acidente.

A Invalidez Permanente igual ou inferior a 10% não é indemnizável, no entanto, se o grau de Invalidez for igual ou superior a 66 % será equiparado a 100%.

O risco de Morte é extensivo à denominada Morte Súbita, entendendo-se como tal a morte quando ocorrida durante a prática desportiva, mesmo que não provocada diretamente por acidente, desde que não resulte de doença ou situação clínica previamente diagnosticada.

A tabela base para o cálculo de Indemnizações devidas por Invalidez Permanente, é a Tabela Nacional de Incapacidades (DL 341/93 de 30.09).

Os sinistrados serão assistidos nos hospitais e centros médicos convencionados, disponibilizados pela linha de assistência criada para o efeito ou nos hospitais civis.

No caso de uma Pessoa Segura optar por efetuar uma Cirurgia ou um outro qualquer tratamento médico, num estabelecimento que não o designado pela Seguradora, o pagamento das

respectivas despesas será limitado ao valor que o mesmo acto médico custaria na Entidade designada e desde que devidamente sustentada no âmbito das coberturas do presente contrato.

As indemnizações relativas a Incapacidades Permanentes ou Morte, serão pagas diretamente ao sinistrado ou aos seus legais herdeiros.

Limites máximos de indemnização por ato médico fora da rede

CIRURGIAS PREÇOS FECHADOS

MENISCECTOMIA	950,00 €
LIGAMENTOPLASTIA + MATERIAL DE OSTEOSSINTESE	2.100,00 €
LIGAMENTOPLASTIA + MENISCECTOMIA + MATERIAL DE OSTEOSSINTESE	2.400,00 €
TRATAMENTO LUXAÇÃO RECIDIVANTE DO OMBRO SEM MATERIAL DE OSTEOSSINTESE	1.500,00 €
FRATURA LUXAÇÃO COTOVELO SEM MATERIAL DE OSTEOSSINTESE	980,00 €
OSTEOSSINTESE FRATURA LUXAÇÃO COMPLEXA COTOVELO SEM MATERIAL DE OSTEOSSINTESE	1.050,00 €

CIRURGIAS (Consumíveis e Blocos)

ENFERMARIA	60,00 €
PISO DE SALA CIRURGIA PESADA (>200K)	490,00 €
PISO DE SALA GRANDE CIRURGIA (151K≤200K)	450,00 €
PISO DE SALA MÉDIA CIRURGIA II (101K≤150K)	370,00 €
PISO DE SALA MÉDIA CIRURGIA I (51≤100K)	295,00 €
PISO DE SALA PEQUENA CIRURGIA (ATÉ 50K)	150,00 €
CONSUMÍVEIS CIRURGIA PESADA (>200K)	580,00 €
CONSUMÍVEIS GRANDE CIRURGIA (151K≤200K)	505,00 €
CONSUMÍVEIS MÉDIA CIRURGIA II (101K≤150K)	350,00 €
CONSUMÍVEIS MÉDIA CIRURGIA I (51≤100K)	290,00 €
CONSUMÍVEIS PEQUENA CIRURGIA (ATÉ 50K)	185,00 €
EQUIPAMENTO DE ARTROSCOPIA/FACOEMULSIFICAÇÃO/LAPAROSCOPIA/VITRECTOMIA	75,00 €
K CIRURGICO	2,20 €

IMAGIOLOGIA

RMN	110,00 €
TAC	40,00 €
ECO	20,00 €

AMBULATÓRIO

Avença	80,00 €
Medicina Física e reabilitação	8€ por tratamento (inclui consulta de fisioterapia)

Participações de Sinistros

A participação só é considerada realizada aquando da formalização em documento fornecido para o efeito e desde que acompanhada pelo pagamento do valor da franquia.

Nos sinistros a regularizar cujo acompanhamento clínico seja efetuado fora da rede convencionada, só serão alvo de reembolso após validação pela Auditoria Clínica, mas em valor nunca superior ao custo que esses atos médicos teriam dentro da rede convencionada. Para o efeito os principais atos médicos e cirúrgicos são alvo de identificação e atribuição de valor.

São exceção os atos médicos de urgência declarada em hospitais públicos ou nos locais mais perto da origem do sinistro.

Exclusões

Para além das exclusões registadas nas condições gerais do contrato estão excluídas as despesas com ortóteses oculares (óculos) qualquer que seja a sua natureza ou a natureza do sinistro.

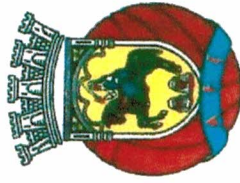
Estão excluídas as despesas de transporte seja qual for a sua origem ou natureza exceto as efetuadas no momento do sinistro por equipa e transporte especializado.

Definições Específicas

Por Acidente entende-se: O acontecimento fortuito, súbito, violento ou não, devido a causa exterior e estranha à vontade da "Pessoa Segura" e que nesta origine lesões corporais medicamente comprovadas, aquando de atividade segura.



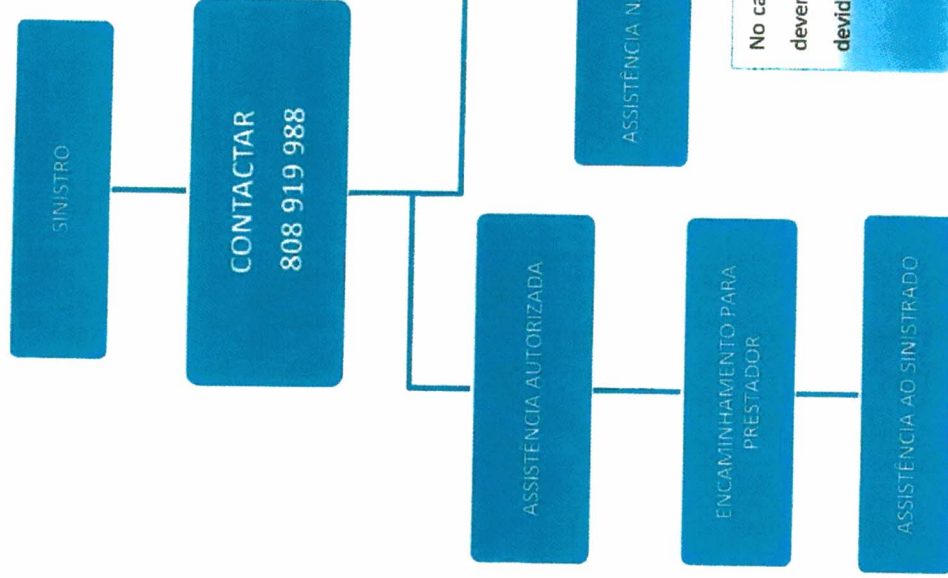
PROCEDIMENTO EM CASO DE ACIDENTE DESPORTIVO
APÓLICE Nº PA16AH0174 (Atletas) - Nº PA16AH0175 (Agentes Desportivos)
ASSOCIAÇÃO FUTEBOL ÉVORA



O sinistro deve ser comunicado através do número da assistência, 808 919 988 no momento da ocorrência;

Para o contacto deve ser portador da licença desportiva e fornecer: contacto telefónico, morada, profissão, nr. utente e NIF do sinistrado.

Caso não disponha dos modelos dos documentos a preencher pode solicitá-los no atendimento telefónico.



É comunicado o Nº. de autorização para posterior apresentação no prestador médico para o qual foi indicado.

É comunicado o prestador da assistência com indicação da morada e contacto telefónico.

A participação deve ser efectuada no próprio dia do sinistro ou, no máximo até 5 dias úteis após o mesmo e enviada, juntamente com o comprovativo do pagamento do valor da triagem clínica ou processo no valor de 150,00€ (para atletas Infantis ou de escalão inferior o custo é 75,00€):

-Cheque emitido a TRUECLINIC, LDA.

Ou

-Transferência para NIB: 0007.0000.0010.5033153.23

O cheque ou o comprovativo da transferência, conforme a modalidade escolhida para o pagamento, deve ser enviado para:

TRUECLINIC, Lda.
Rua das Andresas, 326
4100-050 Porto

No caso da assistência se realizar no departamento médico do clube deverá ser enviada a participação e o boletim de exame médico devidamente preenchidos para:

geral@trueclinic.pt

Exames Complementares e/ou Tratamentos necessários serão sempre alvo de autorização através do 808 919 988 | Não será reembolsado qualquer valor resultante de consultas ou meios de diagnóstico efectuados sem a prévia autorização da assistência, exceto os resultantes de episódios de urgência declarada e em hospitais públicos.



SEGURO DESPORTIVO DE ACIDENTES PESSOAIS
PARTICIPAÇÃO DE SINISTRO

Tomador: ASSOCIAÇÃO FUTEBOL ÉVORA

Apólice N.º: PA16AH0174 ☐ Atletas
(assinale com uma cruz a opção correcta)

PA16AH0175 ☐ Agentes Desportivos

PA16AH0176 ☐ Árbitros

Elementos de Identificação Pessoal

Pessoa Segura _____ Data de Nascimento ____/____/____
Morada _____ C. Postal ____
Profissão _____ Telemóvel _____ Email _____
Atleta menor de 14 anos ☐ Atleta maior de 14 anos ☐
Clube _____ N.º Atleta _____

Informação de Sinistro

Data do Sinistro ____/____/20____ Prova ☐ Treino ☐ Outro ☐
Se respondeu "Outro", especifique _____
Local do Sinistro _____ Descrição do Sinistro _____

Parte do corpo atingida _____

Assistência Clínica

Primeira assistência em _____ Clínica Convencionada _____
Situação grave necessitando de Urgência Hospitalar Sim ☐ Não ☐ Hospital _____
Se respondeu "Sim", identifique qual a situação _____
Sofreu Intervenção Cirúrgica de Urgência Sim ☐ Não ☐
Se respondeu "Sim", identifique qual o Estabelecimento e número de Processo Clínico _____

Assinatura do Atleta ou Representante

Data ____/____/20____

Certificação do Clube ou Entidade
(carimbo)



SEGURO DESPORTIVO DE ACIDENTES PESSOAIS
PARTICIPAÇÃO DE SINISTRO
CONTINUAÇÃO

Apólice:

Informação Profissional da Pessoa Segura

Profissão _____ Empresa _____ Tel _____

Descrição das funções exercidas _____

Em virtude do Acidente ficou TOTALMENTE ☐ PARCIALMENTE ☐ incapaz de exercer as suas funções profissionais.

Se respondeu "Parcialmente", quais as funções que continuou a executar? _____

Outros Seguros

Apólice e Seguradora em Acidentes de Trabalho _____

Identificação de outros Seguros que dêem cobertura às mesmas Despesas _____

Autorização para a obtenção de Informações Clínicas

Com a assinatura do presente documento a Pessoa Segura/Representante Legal declara o seu consentimento incondicional para que a AIG EUROPE LIMITED ou seus representantes devidamente credenciados, mantendo a confidencialidade exigível, recolham qualquer tipo de informação que entendam necessária para o enquadramento do sinistro no âmbito das Condições Gerais e Especiais da Apólice contratada.

Com a assinatura do presente documento a Pessoa Segura autoriza qualquer Clínico e/ou Estabelecimento Hospitalar a prestar quaisquer informações clínicas confidenciais relacionadas com a sua situação física ou mental, à AIG EUROPE LIMITED ou seus representantes devidamente credenciados.

Política de Privacidade

Ao fornecer os seus Dados Pessoais à AIG em ligação com a sua participação concorda com a recolha e processamento (incluindo a utilização e divulgação a terceiros) dos seus Dados Pessoais conforme é indicado nesta Política de Privacidade disponível em www.aig.com.pt/pt-politica-de-privacidade ou solicitando uma cópia a privacidade.portugal@aig.com ou directamente para a Sede Social da AIG. Em particular, está a concordar com a transferência de Dados Pessoais para fora da AEE, para países que incluem os EUA. Concorda que não irá fornecer Dados Pessoais sobre qualquer outro indivíduo sem a autorização dessa pessoa.

Assinatura da Pessoa Segura _____

BI/Cartão de Cidadão Nº: _____

Com a assinatura deste documento declaro a veracidade de todas as informações prestadas aceitando que falsas declarações impliquem a anulação do processo sem qualquer tipo de Reembolso.

Contactos

Seguradora: AIG Europe Limited

e-mail: sinistros.aigportugal@aig.com

Mediador: SABSEG

geral@trueclinic.pt

Acidente Pessoal ☐ Acidente Trabalho ☐

Tomador _____	N.º de Apólice _____	Data do Acidente ____/____/____
Sinistrado _____	Data de Nascimento: ____/____/____	
Idade _____	Profissão _____	Telefone _____
1ª Assistência (Entidade Hospitalar) _____		

ACIDENTE

Data ____/____/____ | Hora ____:____ Local: _____

 Descrição do Acidente: _____

EXAME MÉDICO (1ª consulta)

Data ____/____/____ | Hora ____:____

Data em que deixou de trabalhar: ____/____/____

 Nexo causal com acidente: SIM ☐ NÃO ☐

Código ICD9 | Diagnóstico (pormenorizado e legível):

____	____	____	____	____	____
____	____	____	____	____	____

Antecedentes

 Acidentes Anteriores SIM ☐ NÃO ☐ Data: ____/____/____ Desse acidente resultou I.P.? SIM ☐ NÃO ☐

Se SIM, qual a desvalorização atribuída e qual a Companhia de Seguros? _____

Tratamento Prescrito (Especialidades e ECD's requisitados):

OBSERVAÇÕES: _____

SITUAÇÃO CLÍNICA

Com Incapacidade Temporária Absoluta desde ____/____/____ Com previsão de incapacidade de ____ dias

Com Incapacidade Temporária Parcial de ____% desde ____/____/____

Sem Incapacidade desde ____/____/____

 IPP Provável: SIM ☐ ____% NÃO ☐

 I.P.T.H.: SIM ☐ ____% NÃO ☐

 I.P.A.: SIM ☐ ____% NÃO ☐

 Terceira Pessoa: SIM ☐ Horas/dia ____ Nr dias ____ NÃO ☐

 Tipo de transporte clinicamente recomendado: Transporte colectivo ☐ Táxi ☐ Ambulância ☐

Próxima consulta: ____/____/____

Prestador _____
Nome do Médico _____ Ordem Médicos nº _____
_____, ____/____/____
O Médico _____ (ASSINATURA)

Acidente Pessoal ☐

BOLETIM DE ALTA

Acidente Trabalho ☐

Tomador _____ N.º de Apólice _____ Data do Acidente ____/____/____
Sinistrado _____ Data de Nascimento: ____/____/____
Idade _____ Profissão _____ Telefone _____
1ª Assistência (Entidade Hospitalar) _____

Descrição do Acidente: _____

Data do primeiro exame ____/____/____ | Hora ____:____

Data do último exame ____/____/____ | Hora ____:____

Depois das lesões observadas inicialmente, apresentaram-se complicações? _____ Se sim, pormenorizar. Qual o estado atual das lesões sofridas? _____

Diagnostico _____

Exames Complementares de Diagnóstico e Tratamentos efetuados: _____ Se sim, quais: _____

SITUAÇÃO CLÍNICA | Durante o tratamento o sinistrado esteve:

____/____/____ a ____/____/____ ☐ SI ☐ ITA ☐ ITP: ____%
____/____/____ a ____/____/____ ☐ SI ☐ ITA ☐ ITP: ____%
____/____/____ a ____/____/____ ☐ SI ☐ ITA ☐ ITP: ____%
____/____/____ a ____/____/____ ☐ SI ☐ ITA ☐ ITP: ____%

ALTA:

Data da Alta: ____/____/____

Motivo:

☐ Recusa – Sem nexos causalidade☐ Transferência para _____☐ Abandono de tratamento☐ Curado sem desvalorização☐ I.P.P. de ____%☐ I.P.T.H. c/ IPP de ____%☐ I.P.A.☐ Morte☐ Alta com situação anteriorApoio Terceira Pessoa **SIM** ☐ Horas/dia _____ Nr de Dias _____ **NÃO** ☐

OBSERVAÇÕES: _____

Prestador _____ Nome do Médico _____

Ordem Médicos nº _____

O Médico

(ASSINATURA)