



Para conhecimento dos Clubes filiados e demais entidades interessadas, se comunica:

SEGURO DESPORTIVO DE GRUPO (OBRIGATÓRIO)

JOGADORES AMADORES E AGENTES DESPORTIVOS

2016/2017

Tendo em consideração as grandes dificuldades na obtenção de propostas de entidades seguradoras para a efetivação de seguros desportivos, a Direcção da A.F. Leiria, no interesse dos seus Clubes filiados e em conformidade com o disposto no Decreto-Lei nº 10/2009 de 12 de janeiro, optou pela proposta da **SABSEG** que representa em termos globais melhores condições, conforme tabela comparativa abaixo descrita:

Proposta da FPF			Proposta SABSEG	
	Vertente – Masc. e Femin.		Vertente – Masc. e Femin.	
Jogadores(as)	Futebol	Futsal	Futebol (a)	Futsal
Seniores	87,50 €	50,00 €	56,00 €	38,00 €
Juniores	55,00 €	33,00 €	32,00 €	21,00 €
Juvenis	36,00 €	25,00 €	23,00 €	18,00 €
Iniciados	20,00 €	17,50 €	12,00 €	12,00 €
Infantis	7,00 €	7,00 €	6,50 €	5,50 €
Benjamins, Traquinas e Petizes	6,00 €	6,00 €	6,50 €	5,50 €
Treinadores e Dirigentes	18,00 €		16,00 €	
Franquias	Infantis até Petizes	90,00 €	Infantis até Petizes	75,00 €
	Restantes escalões	187,50 €	Restantes escalões	150,00 €

(a) A vertente do Futebol abrange o Futebol de Sete, de Cinco e de Rua.





Apólices:

Jogadores Amadores	PA14AH0709
Agentes Desportivos, treinadores e dirigentes	PA14AH0710
Árbitros, Árbitros Assistentes, Juizes e Cronometristas	PA14AH0711

Mais informamos que, caso os Clubes o entendam, poderão optar por outro Seguro de outra entidade seguradora desde que cumpra com o estabelecido no Decreto-Lei nº 10/2009 de 12 de janeiro e que garantam no mínimo os capitais e coberturas previstas neste comunicado.

Anexam-se os procedimentos a efetuar em caso de acidente desportivo.

RISCOS COBERTOS E CAPITAIS SEGUROS:

Pessoas Seguras	Morte	Invalidez Permanente Absoluta e Parcial	Despesas de Tratamento e Repatriamento	Incapacidade Temporária Absoluta	Despesas de Funeral
Jogadores Amadores	28.000,00 €	28.000,00 €	5.000,00 €	---	5.000,00 €
Árbitros, Juizes e Cronometristas	110.000,00 €	110.000,00 €	5.000,00 €	42,50 €	5.000,00 €
Treinadores e Dirigentes Desportivos	28.000,00 €	28.000,00 €	5.000,00 €	---	5.000,00 €

A Direcção da A.F. Leiria



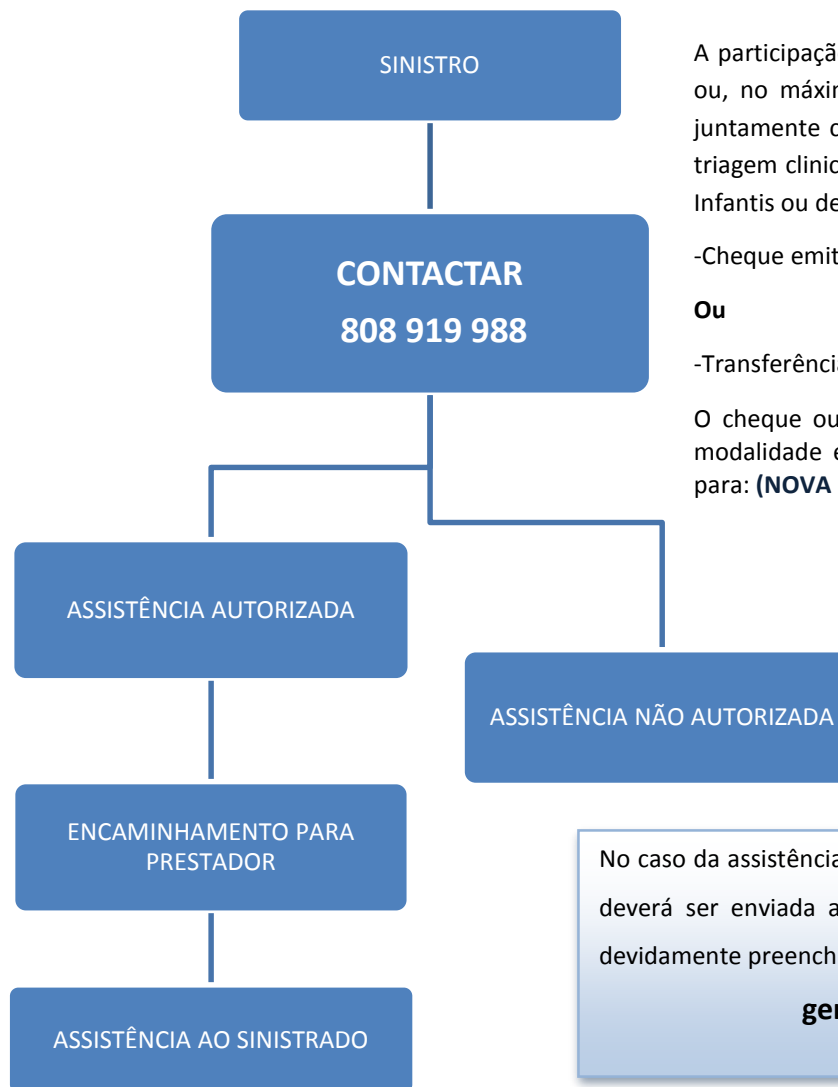
O sinistro deve ser comunicado através do número da assistência, 808 919 988 no momento da ocorrência;

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: **(NOVA MORADA)**

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

PARTICIPAÇÃO DE SINISTRO

Tomador: ASSOCIAÇÃO FUTEBOL LEIRIA

Apólice Nº: PA14AH0709 Atletas PA14AH0710 Agentes Desportivos PA14AH0711 Árbitros
 (assinale com uma cruz a opção correcta)

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 N.º: _____

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