



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

**SEGURO DESPORTIVO DE GRUPO (OBRIGATÓRIO)**  
**JOGADORES AMADORES E AGENTES DESPORTIVOS**  
**2018/2019**

Nos termos do Decreto-Lei n.º 10/2009 de 12 de janeiro e tendo em atenção a redução de custos na obtenção de um Seguro de Grupo de Acidentes Pessoais, a Direção da A.F. Leiria, no interesse dos seus Clubes filiados, optou pela proposta apresentada pela Federação Portuguesa de Futebol que representa em termos globais melhores condições, conforme tabela comparativa abaixo descrita:

2017/18			AFL/AON - 2018/2019	
	Vertente – Masc/Fem.		Vertente – Masc/Fem.	
Jogadores(as)	Futebol	Futsal	Futebol (a)	Futsal
Seniores	55,00 €	37,00 €	<b>46,75 €</b>	<b>31,45 €</b>
Juniores	32,00 €	21,00 €	<b>27,20 €</b>	<b>17,85 €</b>
Juvenis	23,00 €	18,00 €	<b>19,55 €</b>	<b>15,30 €</b>
Iniciados	13,00 €	12,00 €	<b>11,05 €</b>	<b>10,20 €</b>
Infantis	7,50 €	6,50 €	<b>6,38 €</b>	<b>5,53 €</b>
Benjamins, Traquinas e Petizes	7,50 €	6,50 €	<b>6,38 €</b>	<b>5,53 €</b>
ABC Futebol	Grátis	Grátis	<b>Grátis</b>	<b>Grátis</b>
Desporto e Lazer	20,00 €	20,00 €	<b>17,00 €</b>	<b>17,00 €</b>
Agentes Desportivos	17,00 €		<b>14,45 €</b>	
Franquias	ABC Futebol – Isento franquias Infantis até Petizes 75,00 € Restantes escalões 150,00 €		<b>ABC Futebol – Isento franquias Infantis até Petizes 75,00 € Restantes escalões 150,00 €</b>	

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

**Apólices:**

<b>Jogadores Amadores</b>	<b>B087518A0ZO5031 - 006A</b>
<b>Agentes Desportivos</b>	<b>B087518A0ZO5031 - 006S</b>
<b>Árbitros, Árbitros Assistentes, Juizes, Cronometristas e Observadores</b>	<b>B087518A0ZO5031 - 006R</b>



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.

### **RISCOS COBERTOS E CAPITALS SEGUROS:**

<b>Jogadores Amadores e demais agentes desportivos</b>	
Morte	28.000,00 €
Despesas de Funeral	5.000,00 €
Invalidez Permanente	28.000,00 €
Incapacidade Permanente Parcial, ponderada pelo grau de incapacidade fixado	28.000,00 €
Despesas de Tratamento e Repatriamento	7.500,00 €
Despesas de transporte	125,00 €

<b>Árbitros, Juizes, Cronometristas e Observadores</b>	
Morte	110.000,00 €
Despesas de Funeral	5.000,00 €
Invalidez Permanente Absoluta	110.000,00 €
Incapacidade Permanente Parcial, ponderada pelo grau de incapacidade fixado	110.000,00 €
Incapacidade Temporária Absoluta	42,50 € / Dia
Despesas de Tratamento e Repatriamento	7.500,00 €
Despesas de transporte	125,00 €

Saliente-se que as despesas de tratamento passaram de 5.000,00 € para 7.500,00 € e passa a haver despesas de transporte de acordo com o manual de procedimentos até 125,00 €.

As tarifas apresentadas poderão usufruir das seguintes condições para seguros temporários destinados a eventos pontuais:

Até 30 dias	->30% do prémio do escalão da modalidade
30 a 60 dias	->40% do prémio do escalão modalidade
60 a 90 dias	->60% do prémio do escalão da modalidade
>90 dias	100% do prémio do escalão modalidade

**Anexa-se o respetivo manual de procedimentos.**

A Direção da A.F. Leiria

## Manual de Procedimentos – Sinistros

Federação Portuguesa de Futebol

Associação de Futebol Leiria



Época desportiva 2018 / 2019





**Índice:**

- 1. Definições**
  - a. Tipo de seguro e actividade garantida
  - b. Âmbito temporal das condições
  - c. Pessoas seguras
- 2. Coberturas e capitais**
  - a. Termos e condições
- 3. Exclusões**
- 4. Conceito de acidente**
- 5. O que fazer em caso de acidente**
  - a. Contacto telefónico
  - b. Participação de ocorrência
  - c. Assistência clinica
  - d. Transportes
  - e. Reembolso de despesas
- 6. Impressos**
  - a. Participação de acidente ( Anexo I )
  - b. Boletim medico ( Anexo II )
  - c. Boletim de alta ( Anexo III )
  - d. Impresso de apresentação de despesas ( Anexo IV )
- 7. Informações gerais**
  - a. Contactos
  - b. Fluxo de sinistros

## 1. Definições

### a. Tipo de seguro e actividade garantida

Ficam cobertos os acidentes ocorridos em Portugal e União Europeia, quando emergentes de risco extra-profissional, entendendo-se como tal o desempenho de funções inerentes exclusivamente da prática desportiva amadora de desporto de atletas amadores, árbitros, dirigentes e demais agentes desportivos, que não se relacione com o desempenho da profissão ou ocupação da Pessoa Segura, não sendo, por isso, susceptível de ser garantida por um seguro de acidentes de trabalho.

### b. Âmbito temporal das condições

Época desportiva de 2018/2019 ( 01Jul2018 a 30Jun2019)

### c. Pessoas seguras

Consideram-se Pessoas Seguras os praticantes amadores de desporto com inscrição válida na Federação Portuguesa de Futebol, ao serviço dos seus clubes, em representação do Tomador do Seguro ou da selecção nacional ou regional, bem como, os dirigentes e demais agentes desportivos.

## 2. Coberturas e capitais

Danos corporais sofridos pelas Pessoas Seguras, até aos limites adiante indicados, em consequência de acidentes ocorridos em resultado da actividade segura, incluindo deslocações em qualquer meio de transporte de e para os locais onde tenham lugar as referidas actividades, desde que em representação de clubes inscritos, Associação ou da Federação Portuguesa de Futebol.

### **Atletas / Treinadores / Dirigentes Desportivos e ABC Futebol**

Morte / Morte Súbita – 28 000,00€

Invalidez Permanente – 28 000,00€

Despesas de Tratamento e Repatriamento – 7 500,00€

Despesas de Funeral – 5 000,00€

Despesas de deslocação – 125,00€

### **Franquias:**

Sénior / Júnior / Juvenis / Iniciados – 150,00€

Infantis / Benjamins / Traquinas / Petizes – 75,00€

Treinadores / Dirigentes Desportivos – 150,00€

ABC Futebol – sem franquia

**Árbitros / Juízes e Cronometristas**

Morte / Morte Súbita – 110 000,00€

Invalidez Permanente – 110 000,00€

Despesas de Tratamento e Repatriamento – 7 500,00€

Despesas de Funeral – 5 000,00€

Despesas de deslocação – 125,00€

Incapacidade Temporária Absoluta – 42,50€ /dia

**Franquias:**

Árbitros / Juízes e Cronometristas – 150,00€

Por cada processo de sinistro, haverá lugar à cobrança junto do sinistrado, nos moldes indicados no presente Manual de Procedimentos, da correspondente franquia contratual.

**a. Termos e condições**

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 directamente 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).

Toda a actividade clínica executada nas associações e clubes é da inteira responsabilidade dos mesmos embora que sujeita a acompanhamento da nossa rede e assessoria clínica

### 3. Exclusões

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

Estão excluídas as despesas de transporte seja qual for a sua origem ou natureza excepto efectuadas com o propósito de se deslocar à rede clinica da seguradora com limite de 125€ por anuidade e 0,50€ por km, desde que o prestador se localize a mais de 20 Km's de distância da residência do sinistrado.

### 4. Conceito de acidente

Entende-se por **Acidente** 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 da actividade segura.

### 5. O que fazer em caso de acidente

#### a. Contacto telefónico

Em caso de acidente deverá ser estabelecido contacto telefónico com a Entidade Responsável da Rede Clinica de Prestação de Cuidados de Saúde através do numero de telefone **222 061 814 ( dias uteis das 8h-21h )** para que sejam prestados os esclarecimentos de duvidas que possam existir e para que seja indicado o prestador clinico mais indicado de acordo com o local de residência e da lesão verificada.

No referido contacto telefónico será ainda reforçado que sem cumprimento do procedimento indicado em 5. b – participação de ocorrência ( abaixo neste manual) o sinistrado não poderá ser recebido no prestador.

#### b. Participação de ocorrência

Compete ao Clube do Atleta ou Agente Desportivo, participar formalmente o sinistro nos 5 (cinco) dias uteis posteriores à ocorrência do acidente, por escrito e em impresso próprio ( impresso em anexo, ponto 6. do Manual ), o qual depois de devidamente preenchido, assinado pelo Sinistrado ou, sendo menor, pelo Encarregado de Educação, e ainda assinado e carimbado pelo Clube, deve ser remetido para o endereço de email: [fpf@trustsaude.pt](mailto:fpf@trustsaude.pt)

Juntamente com a participação devidamente legalizada poderá ainda ser necessário o envio de fotocópia da ficha de inscrição do atleta.

Caso o acidente ocorra no decurso de uma prova desportiva, deve ser também enviado conjuntamente com a Participação de sinistro fotocópia do Boletim de Jogo / Ficha Técnica.

### **c. Assistência clinica**

Caso o Sinistrado necessite de assistência medica, deverão ser observadas as seguintes regras:

➤ Situação que não envolva urgência

O Sinistrado deverá contactar de imediato para a Entidade Responsável da Rede Clinica de Prestação de Cuidados de Saúde através do número:

**222 061 814 ( dias uteis das 8h-21h )** – Numero dedicado à Federação Portuguesa de Futebol

Através deste contacto telefónico será indicado o prestador clinico mais indicado de acordo com o local de residência e da lesão verificada.

Os exames complementares de diagnóstico, propostas cirúrgicas e tratamentos, ficam sujeitos a autorização prévia por parte do corpo clinico da Entidade Gestora da Rede Clinica de Prestação de Cuidados de Saúde.

**Lembramos que a franquia será liquidada pelo Sinistrado junto do prestador clinico.**

➤ Situação de urgência

Caso a ocorrência provoque uma situação de urgência, deverá o Sinistrado dirigir-se de imediato à Urgência do Hospital Publico mais próximo.

Deverá solicitar sempre à Entidade Hospitalar, relatório clinico (nota de alta ), assim como a entrega dos exames auxiliares de diagnostico eventualmente realizados.

**As despesas incorridas nos Hospitais Públicos, são regularizadas directamente pela Pessoa Segura com o Hospital Publico e, após análise do sinistro e da informação clinica, poderão ser reembolsáveis de acordo com as condições e nos termos das coberturas do contrato.**

➤ Assistência clinica fora da Rede Médica Convencionada

No caso da Pessoa Segura optar por efectuar qualquer tratamento medico e ou cirurgia, num estabelecimento que não designado pela Rede Médica Convencionada, o pagamento das respectivas despesas será objecto de análise pela Entidade Responsável da Rede Clinica de

Prestação de Cuidados de Saúde e, em caso de aceitação pela mesma, o reembolso das referidas despesas será limitado ao valor que o mesmo acto custaria na Entidade designada e desde que devidamente sustentada no âmbito das coberturas do contrato.

Nesse sentido passamos a indicar os limites máximos de indemnização por acto médico fora da rede, de acordo com a tabela abaixo;

#### CIRURGIAS

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	1.500,00 €
FRATURA LUXAÇÃO COTOVELO SEM MATERIAL DE OSTEOSSINTESE	980,00 €
OSTEOSSINTESE FRATURA LUXAÇÃO COMPLEXA COTOVELO SEM MATERIAL DE	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 €
CONSUMIVEIS CIRURGIA PESADA (>200K)	580,00 €
CONSUMIVEIS GRANDE CIRURGIA (151K≤200K)	505,00 €
CONSUMIVEIS MÉDIA CIRURGIA II (101K≤150K)	350,00 €
CONSUMIVEIS MÉDIA CIRURGIA I (51≤100K)	290,00 €
CONSUMIVEIS PEQUENA CIRURGIA (ATÉ 50K)	185,00 €
EQUIPAMENTO DE	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 fisioterapia)

Para evitar situações de **não aceitação - parcial ou total - das despesas**, quando as mesmas já foram incorridas, e naturalmente sempre que a situação clínica o possibilite sugerimos que com antecedência mínima de 7 dias a situação clínica seja submetida à apreciação da Entidade Responsável da Rede Clínica de Prestação de Cuidados de Saúde para que a mesma se

pronuncie devendo para tal ser enviado por email para [fpf@trustsaude.pt](mailto:fpf@trustsaude.pt) com a seguinte informação:

- **Participação de acidente**
- **Boletim medico**
- **Boletim de alta**
- **Impresso de apresentação de despesas**
- **Exames médicos e relatórios médicos**

Ainda que a Entidade Responsável da Rede Clinica de Prestação de Cuidados de Saúde concorde com a metodologia proposta o valor da indemnização continuará limitada aos valores constantes da tabela acima transcrita.

#### **d. Transportes**

Estão cobertas despesas de transporte **exclusivamente** tidas para deslocação à Rede Medica Convencionada, com limite de 125€ por anuidade e 0,50€ por km, desde que o prestador da rede médica convencionada se localize a mais de 20kms da residência do sinistrado.

#### **e. Reembolso de despesas**

Caso existam despesas cujo reembolso é pretendido **e após a participação de sinistro que deve ser feita nos termos previstos no ponto 5. b deste manual**, a referida documentação original – **informação clinica, incluindo prescrição do médico autenticada com vinheta do médico e originais de faturas/recibos** - devera ser remetida via CTT para – Trust Gestao Integrada de Saúde – Rua de Ceuta 47 – 4050-191 Porto, identificando o numero de processo do sinistro, o nome do sinistrado, Clube e acompanhada de documento comprovativo do NIB no qual conste o nome do sinistrado e o IBAN.

Caso o sinistrado seja menor deverá ser remetido o comprovativo do IBAN do encarregado de educação, e cartão de Cidadão do Menor.

Nota: deverá ser utilizado impresso próprio para o efeito ( Anexo IV )

### **6. Impressos**

- a. Participação de acidente ( Anexo I )**
- b. Boletim medico ( Anexo II )**
- c. Boletim de alta ( Anexo III )**
- d. Impresso de apresentação de despesas ( Anexo IV )**

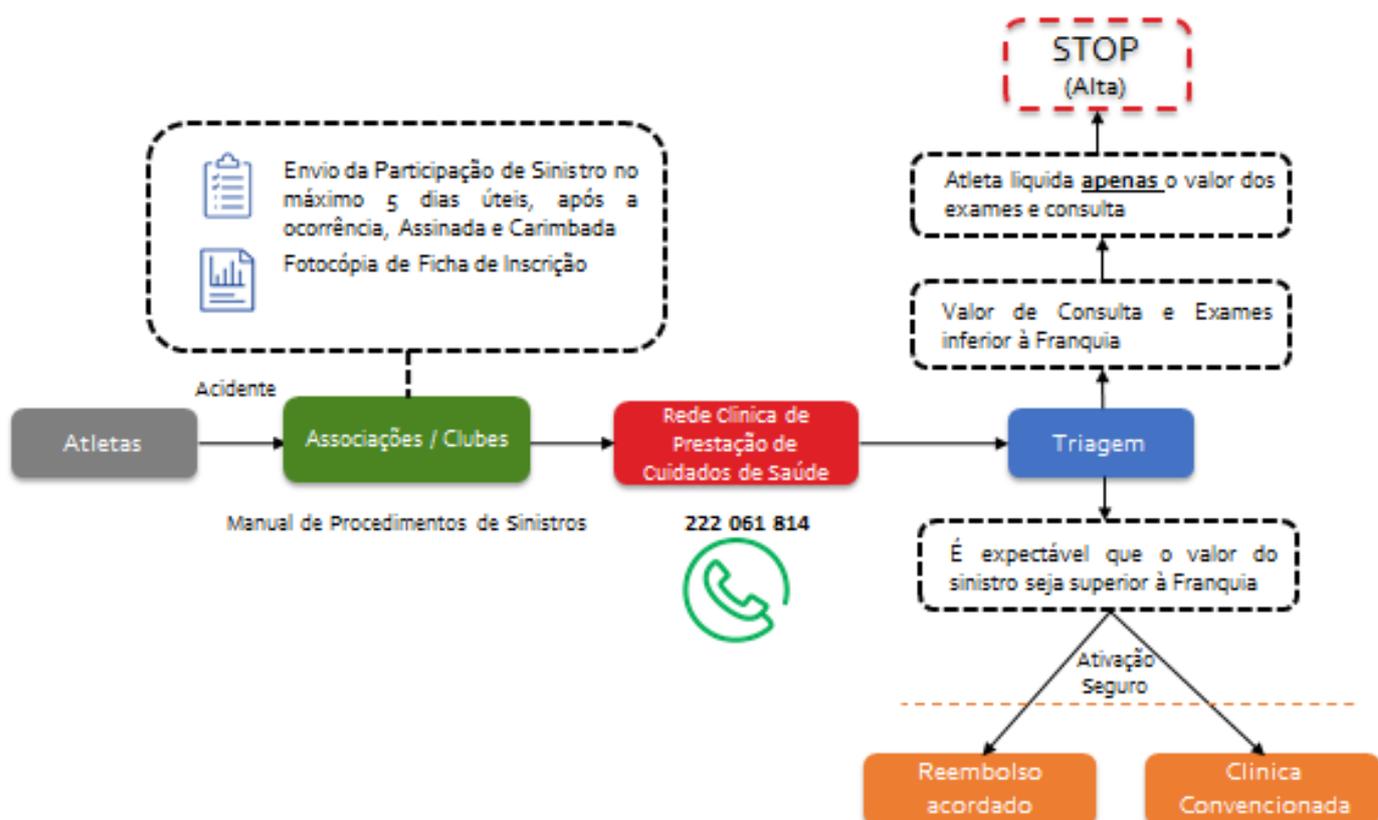
## 7. Informações gerais

### a. Contactos

Rede Clínica de Prestação de Cuidados de Saúde  
**TRUST – Gestao Integrada de Saúde**  
**Telefone: 222 061 814 ( dias uteis das 8h-21h )**  
**Email [fpf@trustsaude.pt](mailto:fpf@trustsaude.pt)**  
**Rua de Ceuta, 47 – 4050-191 Porto**

### b. Fluxo de sinistros

## Gestão de Sinistros



## Seguro de Acidentes Pessoais e Doença Participação de Sinistro

Apólice No. Segurado: Morada: Telefone: Data de Nascimento: Morada Emprego: Telefone Emprego: Já tinha sofrido anteriormente do mesmo tipo de sintomas? Sim Não Se "Sim" quando? Data dos primeiros sintomas: Descrição dos Sintomas: Descrição da Ocorrência: Data do Sinistro: Local: 

Testemunhas – Identidade e Endereço:

Data da primeira consulta médica: Em Hospital ou Clínica? Em Médico? Identificação do Estabelecimento Hospitalar Identificação e endereço do Médico Telefone Identificação e endereço do Médico Assistente/  
de Família (se diferente do anterior)

## Seguro de Acidentes Pessoais e Doença Participação de Sinistro

Em caso de Hospitalização qual o período em que ficou no Hospital?

a

Profissão:  Empresa:  Tel:

Descrição das funções exercidas

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

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

Apólice e Seguradora em Acidentes de Trabalho

Identificação de outros Seguros que deem cobertura às mesmas Despesas

### **Autorização para a obtenção de Informações Clínicas**

Com a assinatura do presente documento a Pessoa Segura declara o seu consentimento incondicional para que a StarStone Insurance SE 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 StarStone Insurance SE ou seus representantes devidamente credenciados.

CC/Bilhete de Identidade:

---

Assinatura da Pessoa Segura

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.

## Boletim de Exame Médico

Acidente Pessoal Acidente de Trabalho Tomador:  N° 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):

<input type="text"/>					
<input type="text"/>					

### Antecedentes

Antecedentes Anteriores: SIM  NÃO  Data: Desses acidentes 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:

## Boletim de Exame Médico

### 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 coletivo  Taxi  Ambulância

Próxima consulta:

Prestador:

Nome do Médico:  Ordem Médicos nº

Assinatura

## Boletim de Alta Médica

Acidentes Pessoais/Doença/Hospitalização/Responsabilidade Civil Danos Corporais

Apólice No.

Segurado:

Sinistrado:

Data do Exame:

Local:

Data do início da assistência ao Sinistrado:

Data do último exame efetuado ao Sinistrado:

Depois das lesões primitivas verificaram-se complicações adicionais?

Em caso afirmativo de que tipo?

Com que consequências?

Após a Alta Médica a situação clínica do Sinistrado é considerada completamente consolidada?

Fica com Invalidez Permanente? (Se sim indicar % e anexar relatório pormenorizando a forma de cálculo)

O Sinistrado esteve:

	de	a
Hospitalizado	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Com Incapacidade Temporária Absoluta	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Com Incapacidade Temporária Parcial de _____%	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Com Incapacidade Temporária Parcial de _____%	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Com Incapacidade Temporária Parcial de _____%	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Sem Incapacidade desde	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Sinistrado com alta em:

Totalmente curado em:

Observações Adicionais:

Identificação do Médico:

Morada:  Telefone:

No. de inscrição na Ordem dos Médicos:

Data e Local: \_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_

**Nota:** Falsas declarações no preenchimento deste documento implicarão a anulação do sinistro

# Despesas Médicas

Nº de Sinistro  Data do Acidente

## DADOS PESSOAIS DO SINISTRADO

Nome:

Morada:

Código Postal:  Localidade:

Telefone:  NIB:

## SEGURADO

Nome:

Apólice:

## RESUMO DAS DESPESAS APRESENTADAS

- Todas as despesas devem ser agrafadas a este impresso
- Os documentos a anexar devem ser originais e comprovativos de pagamento

_____	Data _____	Valor _____
_____	Data _____	Valor _____
_____	Data _____	Valor _____
_____	Data _____	Valor _____
_____	Data _____	Valor _____
_____	Data _____	Valor _____
_____	Data _____	Valor _____
_____	Data _____	Valor _____
_____	Data _____	Valor _____
_____	Data _____	Valor _____
_____	Data _____	Valor _____

Data de Entrega

O Sinistrado \_\_\_\_\_