



**ÉPOCA DESPORTIVA 2017-2018  
SEGURO DESPORTIVO DE GRUPO DE ACIDENTES PESSOAIS  
AGENTES DESPORTIVOS**

(Atletas amadores, árbitros, treinadores, dirigentes desportivos e demais agentes desportivos)

Para conhecimento dos Sócios Ordinários, Clubes, Sociedades Desportivas e demais interessados, no intuito do cumprimento dos termos do Decreto-Lei nº 10/2009 de 12 de, vem a Federação Portuguesa Futebol entidade reguladora da actividade, apresentar as condições e o preço de referência, relativamente ao seguro dos atletas, árbitros e demais agentes desportivos para a época desportiva 2017-2018.

Seguro Desportivo de Grupo da Federação Portuguesa Futebol  
Atletas Amadores - Apólice n.º PA14AH0210  
Árbitros e Árbitros Auxiliares – Apólice n.º PA14AH0286  
Treinadores, Dirigentes e outros Agentes Desportivos – Apólice n.º  
PA14AH0288

Emitidas pela Companhia de Seguros AIG Europe Limited – Sucursal em Portugal

**1. Disposições**

As cláusulas aplicáveis ao seguro desportivo de grupo da federação constam deste comunicado e das condições gerais serão publicadas no sítio [www.fpf.pt](http://www.fpf.pt).

**a. Pessoas Seguras**

- Jogadores Amadores inscritos na Federação Portuguesa de Futebol;
- Árbitros, Juízes, observadores e Cronometristas, habilitados como tal e inscritos na Federação Portuguesa de Futebol;
- Treinadores que se encontrem inscritos na Federação Portuguesa de Futebol, aderentes a este seguro;
- Dirigentes Desportivos, colaboradores ou funcionários dos clubes que exerçam funções administrativas e/ou outras relacionadas com a





modalidade e que considerados como agentes desportivos e como tal inscritos na Federação Portuguesa de Futebol.

### b. Âmbito de Cobertura

O presente seguro cobre o risco de acidentes pessoais inerentes à actividade do futebol nas suas diferentes vertentes, (futebol 11, 7, futsal ou futebol praia), nomeadamente os que decorrem dos treinos, das provas desportivas e respectivas deslocações, dentro e fora do território português, conforme estabelece o Decreto-Lei n.º 10/2009 de 12 de Janeiro, com as coberturas e capitais abaixo indicados.

Por “Acidente”, entende-se o acontecimento fortuito, súbito, violento ou não, devido a causa exterior e estranha da “Pessoa Segura” e que nesta origine lesões corporais medicamente comprovadas, inclusive os casos de “Morte Súbita”, sendo beneficiários do capital a indemnizar os legais herdeiros da “Pessoa Segura” falecida.

### 2. Procedimento

Em caso de sinistro deverá ser utilizado o modelo de participação correspondente, anexo a este comunicado e observados os procedimentos aí referidos. Para comunicação, esclarecimentos, acompanhamento de sinistros e devido encaminhamento clínico, os sinistrados e clubes têm à disposição um numero telefónico nacional **Nº 808 910 988**, através do qual encontrarão uma equipa especializada capaz de responder às questões mais pertinentes e efectuar o encaminhamento aos prestadores habilitados.





### 3. Riscos Cobertos, Capitais Seguros e Franquia

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 Incapacidade Temporária Absoluta é indemnizável até ao máximo de 180 dias, a partir do terceiro dia, e apenas quando a “Pessoa Segura” faça prova documental do impedimento de exercer a sua atividade profissional habitual por razão de acidente desportivo coberto pelo presente contrato.

Relativamente à cobertura de Invalidez Permanente, o presente contrato considera a Tabela Nacional de Incapacidades, sendo as indemnizações calculadas com base nas percentagens aí mencionadas.

4. Em caso de sinistro existe uma franquia de 100,00€ por sinistro para os atletas dos escalões Petizes, Traquinas, Benjamins e Infantis e de 200,00€ para os restantes escalões de atletas, agentes desportivos e árbitros.

### 5. Prémio Total Anual por Adesão:

Jogadores	FUTSAL	FUT 11/ FUT7	PRAIA (até 30 Agosto)
Seniores	50,00 €	87,50 €	20,00 €
Juniores	33,00 €	55,00 €	10,00 €
Juvenis	25,00 €	36,00 €	--
Iniciados	17,50 €	20,00 €	--
Infantis	7,00 €	7,00 €	--





Benjamins, Traquinas, Petizes	6,00€	6,00€	--
Agentes Desportivos	18,00 €	5,00€	
Árbitros, Auxiliares e Observadores	56,00 €	5,00€	

**6. Em caso de opção por subscrição de apólice de seguro própria.**

**a. Da Associação de Futebol:**

Os jogadores amadores, árbitros, juizes e cronometristas, treinadores e dirigentes desportivos podem optar por aderir ao seguro desportivo de grupo celebrado pela Associação Futebol cuja apólice, remetida à FPF em momento prévio à abertura das inscrições, garanta, no mínimo, os capitais e coberturas mínimos previstos na respectiva lei.

**b. Do seguro próprio do Agente Desportivo:**

Os jogadores amadores, árbitros, juizes e cronometristas, treinadores e dirigentes desportivos podem ainda optar por celebrar um seguro próprio, distinto do facultado pela FPF ou pela Associação de Futebol respectiva, cabendo à Associação, no momento da inscrição, verificar se o seguro contratado pelo agente desportivo garante um nível de cobertura igual ou superior ao legalmente estabelecido, através da análise do modelo respectivo a apresentar pelo interessado e mediante declaração emitida por seguradora nacional acreditada pelo A.S.P. .

**7. Suspensão da Inscrição:**

Sempre que a Federação Portuguesa de Futebol verifique que algum agente desportivo não se encontre coberto pelos contratos de seguro celebrados nos termos da lei suspende, de imediato, a sua inscrição.

**8. Anexos a este Comunicado:**

São anexos deste comunicado os Modelos A,B, C e os documentos de Participação de Sinistro (Anexo 1 PS), Boletim de Exame Médico (Anexo 2 BE) e Boletim de Alta (Anexo 3 BA).





**a. Os Modelos:**

- Deverão ser emitidos em papel timbrado da Seguradora e por esta devidamente carimbados e assinados;
- Serão utilizados sempre que o agente desportivo não adira ao seguro da Federação ou da Associação;
- Serão arquivados na Associação respectiva.

**b. As Participações:**

- São usadas unicamente em caso de sinistro e deverão ser sempre carimbadas pelos clubes dos atletas.



Pel'A Direção da FPF



(MODELO A)

(Certificado de Seguro – Árbitros, Juizes e Cronometristas)

Para certificação junto da Federação Portuguesa de Futebol, declaramos que (nome completo agente) contratou com esta Companhia a Apólice nº \_\_\_\_\_ de Acidentes Pessoais, válida para a época desportiva de 2017-2018 (01JUL2017 a 30JUN2018), garantindo o agente desportivo: \_\_\_\_\_ nascido a \_\_\_\_\_ a inscrever na Federação Portuguesa de Futebol através da Associação de Futebol de \_\_\_\_\_, nos termos do Decreto-Lei nº 10/2009 de 12 de Janeiro, com as coberturas e capitais seguros, por sinistro, não inferiores a:

Morte	110.000,00€
Despesas de Funeral	2.500,00€
Invalidez Permanente Absoluta	110.000,00€
Invalidez Permanente Parcial, ponderada pelo grau de incapacidade fixado.	110.000,00€
Despesas de Tratamento e Repatriamento	5.000,00€
Incapacidade Temporária Absoluta	42,50€/dia

No cumprimento do disposto do artº 18º do D.L. nº 10/2009 de 12 de Janeiro, os capitais mínimos acima indicados serão automaticamente atualizados em 01 de janeiro de 2018, de acordo com o índice de preços ao consumidor verificado no ano de 2017 e publicado pelo Instituto Nacional de Estatística, I.P.

Data: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(Assinatura e carimbo/selo branco do Segurador)





(MODELO B)

(Certificado de Seguro – Treinadores e Dirigentes)

Para certificação junto da Federação Portuguesa de Futebol, declaramos que (nome completo do Clube e da sede social/agente) contratou com esta Companhia a Apólice nº \_\_\_\_\_ de Acidentes Pessoais, válida para a época desportiva de 2017-2018 (01JUL2017 a 30JUN2018), garantindo o agente desportivo: \_\_\_\_\_ nascido a \_\_\_\_\_ a inscrever na Federação Portuguesa de Futebol através da Associação de Futebol de \_\_\_\_\_, nos termos do Decreto-Lei nº 10/2009 de 12 de Janeiro, com as coberturas e capitais seguros, por sinistro, não inferiores a:

Morte	27.500,00€
Despesas de Funeral	5.000,00€
Invalidez Permanente Absoluta	27.500,00€
Invalidez Permanente Parcial, ponderada pelo grau de incapacidade fixado.	27.500,00€
Despesas de Tratamento e Repatriamento	5.000,00€

No cumprimento do disposto do artº 18º do D.L. nº 10/2009 de 12 de Janeiro, os capitais mínimos acima indicados serão automaticamente atualizados em 01 de janeiro de 2018, de acordo com o índice de preços ao consumidor verificado no ano de 2017 e publicado pelo Instituto Nacional de Estatística, I.P.

Data: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(Assinatura e carimbo/selo branco do Segurador)





(MODELO C)

(Certificado de Seguro – Jogadores Amadores)

Para certificação junto da Federação Portuguesa de Futebol, declaramos que (nome completo do Clube e da sede social) contratou com esta Companhia a Apólice nº \_\_\_\_\_ de Acidentes Pessoais, válida para a época desportiva de 2017-2018 (01JUL2017 a 30JUN2018), garantindo os jogadores mencionados na tabela anexa a inscrever na Federação Portuguesa de Futebol através da Associação de Futebol de \_\_\_\_\_, nos termos do Decreto-Lei nº 10/2009 de 12 de Janeiro, com as coberturas e capitais seguros, por sinistro, não inferiores a:

Morte	27.500,00€
Despesas de Funeral	5.000,00€
Invalidez Permanente Absoluta	27.500,00€
Invalidez Permanente Parcial, ponderada pelo grau de incapacidade fixado.	27.500,00€
Despesas de Tratamento e Repatriamento	5.000,00€

No cumprimento do disposto do artº 18º do D.L. nº 10/2009 de 12 de Janeiro, os capitais mínimos acima indicados serão automaticamente actualizados em 01 de janeiro de 2018, de acordo com o índice de preços ao consumidor verificado no ano de 2017 e publicado pelo Instituto Nacional de Estatística, I.P. A presente Certificação respeita ao escalão etário \_\_\_\_\_  
Data: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(Assinatura e carimbo/selo branco do Segurador)







## ANEXO 1



### SEGURO DESPORTIVO DE ACIDENTES PESSOAIS PARTICIPAÇÃO DE SINISTRO

Tomador: FEDERAÇÃO PORTUGUESA FUTEBOL

Apólice nº: PA14AH0210  Atletas PA14AH0288  Agentes Desportivos PA14AH0286  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)

AIG Europe Limited, Pessoa Colectiva registada em Inglaterra e País de Gales, com NIPC 01486260,  
Sede Edifício AIG, 58 Fenchurch Street, Londres EC3M 4AB, Reino Unido.  
AIG Europe Limited - Sucursal em Portugal, com sede na Av. Liberdade, 131 - 3º, 1250-140 Lisboa,  
Registada na CRC de Lisboa sob o NIPC 980051070.  
Tel.: (+351) 213 303 376 – Fax.: (+351) 213 160 852 www.aig.com.pt, sinistros.aigportugal@aig.com





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](http://www.aig.com.pt/pt-politica-de-privacidade) ou solicitando uma cópia a [privacidade.portugal@aig.com](mailto: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.*

*Declaro ainda reconhecer as condições do contrato de seguro que lhe estão adjacentes e que as mesmas foram comunicadas à pessoa segura ou seu representante legal, à data da adesão.*

Contactos

Seguradora: AIG Europe Limited

e-mail: [sinistros.aigportugal@aig.com](mailto:sinistros.aigportugal@aig.com)

Mediador: SABSEG

[geral@trueclinic.pt](mailto:geral@trueclinic.pt)

AIG Europe Limited, Pessoa Colectiva registada em Inglaterra e País de Gales, com NIPC 01486260, Sede Edifício AIG, 58 Fenchurch Street, Londres EC3M 4AB, Reino Unido.  
AIG Europe Limited - Sucursal em Portugal, com sede na Av. Liberdade, 131 - 3º, 1250-140 Lisboa, Registada na CRC de Lisboa sob o NIPC 980051070.  
Tel.: (+351) 213 303 376 – Fax.: (+351) 213 160 852 [www.aig.com.pt](http://www.aig.com.pt), [sinistros.aigportugal@aig.com](mailto:sinistros.aigportugal@aig.com)





ANEXO 2



BOLETIM DE EXAME MÉDICO

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: \_\_/\_\_/\_\_\_\_ 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: \_\_\_\_\_

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)





ANEXO 3



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 __/__/__	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> ITA	<input type="checkbox"/> ITP: __%
__/__/__ a __/__/__	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> ITA	<input type="checkbox"/> ITP: __%
__/__/__ a __/__/__	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> ITA	<input type="checkbox"/> ITP: __%
__/__/__ a __/__/__	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> ITA	<input type="checkbox"/> ITP: __%

ALTA:  
Data da Alta: \_\_/\_\_/\_\_

- Motivo:
- Recusa – Sem nexo 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 anterior

Apoio Terceira Pessoa SIM  Horas/dia \_\_\_\_\_ Nr de Dias \_\_\_\_\_ NÃO

OBSERVAÇÕES : \_\_\_\_\_

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

Trueclinic, Rua Pinto Bessa nr 550-1ªEsq Frt 4300-428 Porto  
NIPC: 510 319 670

